

Con la collaborazione di



FNOMCeO
Federazione Nazionale degli Ordini
dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri



Federazione Ordini
Farmacisti Italiani

Rapporto civico sulla salute

2025



Con il contributo non condizionante di



Indice

	Pag
Premessa	1
1 I dati del rapporto PIT: le segnalazioni dei cittadini	2
Nota metodologica	3
1.1 Il trend delle segnalazioni negli ultimi cinque anni	5
1.2 Oggetto delle segnalazioni del 2024: sintesi dei principali risultati	8
1.3 Accesso alle prestazioni e tempi massimi segnalati	15
1.4 Assistenza sanitaria di prossimità	27
1.5 Assistenza ospedaliera	32
1.6 Assistenza previdenziale	36
1.7 La sicurezza delle cure	39
1.8 Prevenzione	43
1.9 Ticket- spesa privata	46
1.10 Umanizzazione e relazione con operatori sanitari	48
1.11 Accesso alle informazioni e alla documentazione	50
1.12 Malattie rare	52
2. Prevenzione	54
2.1 La prevenzione nei Lea	55
2.2 Screening oncologici	58
2.3 Accesso alle vaccinazioni	66
2.4 Indicatore stile di vita	76
2.5 Focus prevenzione in pediatria: nuovi orizzonti e sfide territoriali Prevenzione del VRS in età pediatrica dal 2023 ad oggi: evoluzione, criticità e dinamiche del federalismo sanitario Screening Neonatali Estesi Screening nella popolazione pediatrica per due patologie: il diabete di tipo 1 e la celiachia	80
3. Accesso alle prestazioni	102
3.1 Novità normative per la riduzione ed il governo delle liste d'attesa	103
3.2 Analisi civica della piattaforma Agenas	107
3.3 Accesso civico generalizzato sulle liste d'attesa Metodologia e criteri di valutazione Schede regionali analitiche Lettura civica sintetica	112
3.4 rinuncia alle cure	113
3.5 Mobilità sanitaria	117
4. Assistenza sanitaria territoriale	158
4.1 Stato di attuazione della riforma dell'Assistenza sanitaria territoriale	143
4.2 Survey rivolta a pazienti con patologie croniche	165

Obiettivi dell'indagine e profilo dei rispondenti	165
Accesso ai servizi territoriali e carenze di personale sanitario	166
Semplificazione prescrittiva farmaci per patologie croniche	168
Accesso e qualità dell'Assistenza domiciliare	173
4.3 Accesso civico generalizzato sull'Assistenza domiciliare integrata (ADI)	178
Metodologia e criteri di valutazione	180
Schede regionali analitiche	182
Lettura civica sintetica	198
4.4 Residenze sanitarie assistenziali (RSA)	201
I dati sulle RSA	201
Le sentenze su Alzheimer, RSA e quote a carico delle famiglie	204
Conclusioni	206
Proposte	207
Ringraziamenti	208

PREMESSA

Cittadinanzattiva, attraverso il *Rapporto civico sulla salute 2025*, ha voluto analizzare ancora una volta il grado di esigibilità degli elementi fondanti del Servizio sanitario nazionale - universalità, solidarietà ed equità, intesa come “l’assenza di differenze ingiuste ed evitabili” - e cogliere e restituire la sua complessità organizzativa e la capacità da parte delle Regioni di fornire risposte in termini di servizi e assistenza ai cittadini.

Il Rapporto nasce con l’idea di evidenziare criticità e punti di forza del Ssn nella sua articolazione regionale: per questo da quattro anni abbiamo voluto integrare **le nostre maggiori fonti di informazione civica, quelle del tradizionale Rapporto Pit Salute**, che analizza le segnalazioni spontanee dei cittadini raccolte dai tanti Punti di tutela di Cittadinanzattiva sul territorio, **con quelle dell’Osservatorio civico sul federalismo in sanità**, che provengono dalla nostra attività annuale (monitoraggi, indagini civiche, survey) e dallo studio delle informazioni prodotte da altri soggetti del mondo istituzionale, accademico o della ricerca. L’obiettivo è quello di mostrare come si traduce oggi il diritto alla salute dei cittadini nel complesso sistema del federalismo sanitario.

Nel Rapporto vengono analizzate e approfondite le macroaree relative ad **Accesso alle prestazioni, Prevenzione, Assistenza sanitaria territoriale**.

La prospettiva di Cittadinanzattiva non è cambiata rispetto agli scorsi anni e anche nel presente Rapporto si vuole ribadire l’impegno finora profuso nel monitorare lo stato del Ssn per essere interlocutori attenti ed effettivi nel governo della sanità pubblica e rafforzare per il cittadino non solo il ruolo di destinatario, ma soprattutto di *attore della salute* a garanzia primaria dei suoi stessi diritti e in attuazione dei principi costituzionali di partecipazione e di sussidiarietà.

1 I DATI DEL RAPPORTO PIT: LE SEGNALAZIONI DEI CITTADINI

Introduzione

I **Rapporto Pit Salute** di Cittadinanzattiva giunge quest'anno alla sua **XXVII edizione**, confermandosi uno strumento essenziale per una lettura dello stato del Servizio Sanitario Nazionale (SSN) attraverso la prospettiva unica dei cittadini. Il Rapporto si fonda sull'elaborazione delle **16.854 segnalazioni** gestite dalle sedi del Tribunale per i diritti del malato e dai Punti d'Intervento e Tutela (Pit) locali nel periodo compreso tra il **1° gennaio e il 31 dicembre 2024**.

Il 2024 si delineava come un anno cruciale, in cui la distanza tra i principi fondativi del sistema – universalità, equità, accessibilità – e l'esperienza concreta dei cittadini si è progressivamente ampliata. L'analisi di queste segnalazioni, affiancata da un'elaborazione del *trend* degli ultimi cinque anni – utile a interpretare i cambiamenti profondi che hanno modificato il volto del SSN – evidenzia un sistema in uno stato di **profonda fragilità strutturale**.

I dati raccolti offrono uno sguardo diretto sulle difficoltà quotidiane e restituiscono l'immagine di un SSN indebolito, sovente inadeguato a fronteggiare le richieste di salute. La crisi è alimentata da noti e crescenti fattori di pressione, tra cui:

- Il sistematico **depauperamento del personale sanitario** per mancato *turnover* e difficoltà di reclutamento.
- La **drammatica debolezza dell'assistenza territoriale**, pilastro mai pienamente realizzato.
- L'**invecchiamento demografico** e l'incremento delle **malattie croniche**, che richiedono una rimodulazione dell'offerta.
- L'**acuirsi delle disuguaglianze regionali** e la conseguente crescita del **ricorso alla sanità privata**, spesso per necessità imposta dai lunghi tempi di attesa.

Proprio la crisi delle **liste d'attesa** emerge come la manifestazione più dolorosa e sintomatica di questa fragilità, minando il diritto alla cura.

Nonostante il quadro critico, il SSN si trova di fronte a un'irripetibile occasione di svolta. Le sfide della transizione digitale e dell'approccio *One Health* incrociano le ingenti risorse e le opportunità offerte dal **Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR)**. Tuttavia, si registrano **forti ritardi e l'ombra di possibili definanziamenti** nell'attuazione della Missione 6 "Salute", che rappresenta la via maestra per la riorganizzazione territoriale (Case e Ospedali di Comunità), rischiando di vanificare l'impegno riformatore.

In questo contesto, la prospettiva di Cittadinanzattiva rimane immutata: monitorare lo stato del SSN e ribadire che il cittadino, in virtù dei principi costituzionali di partecipazione e sussidiarietà, è non solo soggetto finale ma **attore attivo e garanzia primaria** dei propri diritti. Il presente Rapporto si fa portatore della volontà di essere un soggetto fidato e competente nella gestione dei rapporti cittadino-Sanità, dove la risoluzione dei conflitti passa attraverso la **consapevolezza dei ruoli e la condivisione delle informazioni**.

Per ogni cittadino, il diritto alla salute è “incomprimibile” è, cioè, un diritto fondamentale che non può essere ridotto né sacrificato. In un Servizio Sanitario Nazionale attraversato da criticità – tempi d’attesa troppo lunghi, carenze di personale, disparità territoriali – le recenti riforme, dal Decreto liste d’attesa¹ al DM 77², mirano a migliorare l’organizzazione e garantire maggiore efficienza. Ma dal punto di vista dei cittadini, queste trasformazioni hanno un limite invalicabile: il diritto a ricevere cure tempestive, eque e di qualità. È un diritto che non può essere compresso da vincoli economici o ostacoli burocratici. Difendere il carattere incomprimibile della salute significa ribadire che il SSN deve evolvere, sì, ma sempre mettendo al centro le persone.

Il contributo che si vuole offrire con questa XXVII edizione è duplice: avviare la riflessione dall’analisi puntuale delle criticità e degli eventi sentinella registrati dai nostri punti di tutela locali, e proporre al contempo **suggerimenti concreti per la "salvaguardia" e il rilancio** di un SSN universale e solidale. Come di consueto, è doveroso ricordare che i dati riportati non hanno valore statistico, ma sono frutto delle segnalazioni spontanee dei cittadini. Essi rappresentano, dunque, uno “spaccato” di parte ma di fondamentale significato per il valore intrinseco che ogni segnalazione porta con sé in termini di tutela del diritto alla salute.

NOTA METODOLOGICA

Il Rapporto PiT Salute si configura come un essenziale strumento di analisi civica, il cui fondamento risiede nelle informazioni raccolte direttamente dal servizio PiT Salute di Cittadinanzattiva. Questo servizio, nel corso della sua attività, offre consulenza, assistenza e si impegna nella tutela dei diritti dei cittadini nella loro interazione quotidiana con i servizi sanitari, sia pubblici che privati.

Ciò che distingue il Rapporto da altre pubblicazioni informative o prodotti di ricerca sullo stato della Sanità in Italia è la sua peculiare prospettiva: l’elaborazione dei dati parte in modo esclusivo dal **punto di vista e dalla condizione del cittadino**. L’obiettivo primario di questa metodologia è cogliere e analizzare le politiche volte ad assicurare il pieno riconoscimento e la protezione dei diritti di chi usufruisce del sistema sanitario. La pubblicazione di questo Rapporto, infatti, si inserisce a pieno titolo nel quadro dell’attività di informazione e analisi civica che da sempre costituisce una componente fondamentale delle politiche di Cittadinanzattiva.

L’intento finale del Rapporto è quello di mettere a disposizione dell’opinione pubblica, dei cittadini e di tutti gli attori coinvolti nel Servizio Sanitario Nazionale e nel sistema di welfare (a tutti i livelli) un patrimonio di dati e informazioni sul rapporto tra cittadinanza e servizio sanitario. Mantenendo un approccio che pone in primo piano le necessità degli utenti, queste informazioni diventano uno strumento concreto e di indirizzo. In linea con le attività di Cittadinanzattiva, i dati raccolti potranno essere utilizzati per verificare in modo puntuale l’impatto di politiche e programmi sanitari, per individuare le priorità di intervento, per

¹ Decreto-legge 7 giugno 2024, n. 73, convertito con modificazioni dalla Legge 29 luglio 2024, n. 107

² Decreto Ministero della Salute n. 77 del 23 maggio 2022.

indirizzare la spesa pubblica, per orientare la programmazione regionale e la gestione delle aziende sanitarie e, naturalmente, per guidare le scelte politiche a tutela dei diritti dei cittadini. Il presente Rapporto prende in considerazione un totale di **16.854 segnalazioni** relative al periodo che va dal **1° gennaio al 31 dicembre 2024**.

Valore e Limiti Metodologici

È importante sottolineare, come ogni anno, che i dati presentati in questo Rapporto non possono essere trattati dal punto di vista statistico in senso stretto. Essi non sono l'espressione di un campione rappresentativo della totalità degli utenti del SSN, in quanto le richieste di intervento rivolte a Cittadinanzattiva non possono essere estese alla generalità dei cittadini. Per tale motivo, l'analisi che ne deriva non può essere applicata con le medesime prospettive di una ricerca statistica campionaria.

Tuttavia, non è questo il ruolo e la finalità del Rapporto: il significato profondo dei dati utilizzati sta, infatti, nella loro capacità di agire come una sorta di **termometro civico**. Essi si trasformano in indicatori delle più rilevanti situazioni di malessere e disagio con le quali i cittadini si confrontano nel loro contatto con il servizio sanitario.

Le informazioni che emergono dal Rapporto PiT Salute sono dunque preziose per diversi scopi:

1. Consentono la registrazione degli **eventi sentinella**, ovvero fatti o circostanze che non dovrebbero mai accadere e il cui verificarsi, anche se sporadico o limitato a un territorio specifico, è indice dell'esistenza di una situazione di emergenza o di un disagio strutturale.
2. Permettono la scoperta di eventuali **nuove problematiche** e forniscono indicazioni sulle linee di tendenza emergenti nel sistema.
3. Offrono la possibilità di **verificare l'andamento di situazioni critiche** preesistenti e di monitorare l'efficacia delle eventuali misure correttive adottate.

1.1 IL TREND DELLE SEGNALAZIONI NEGLI ULTIMI CINQUE ANNI

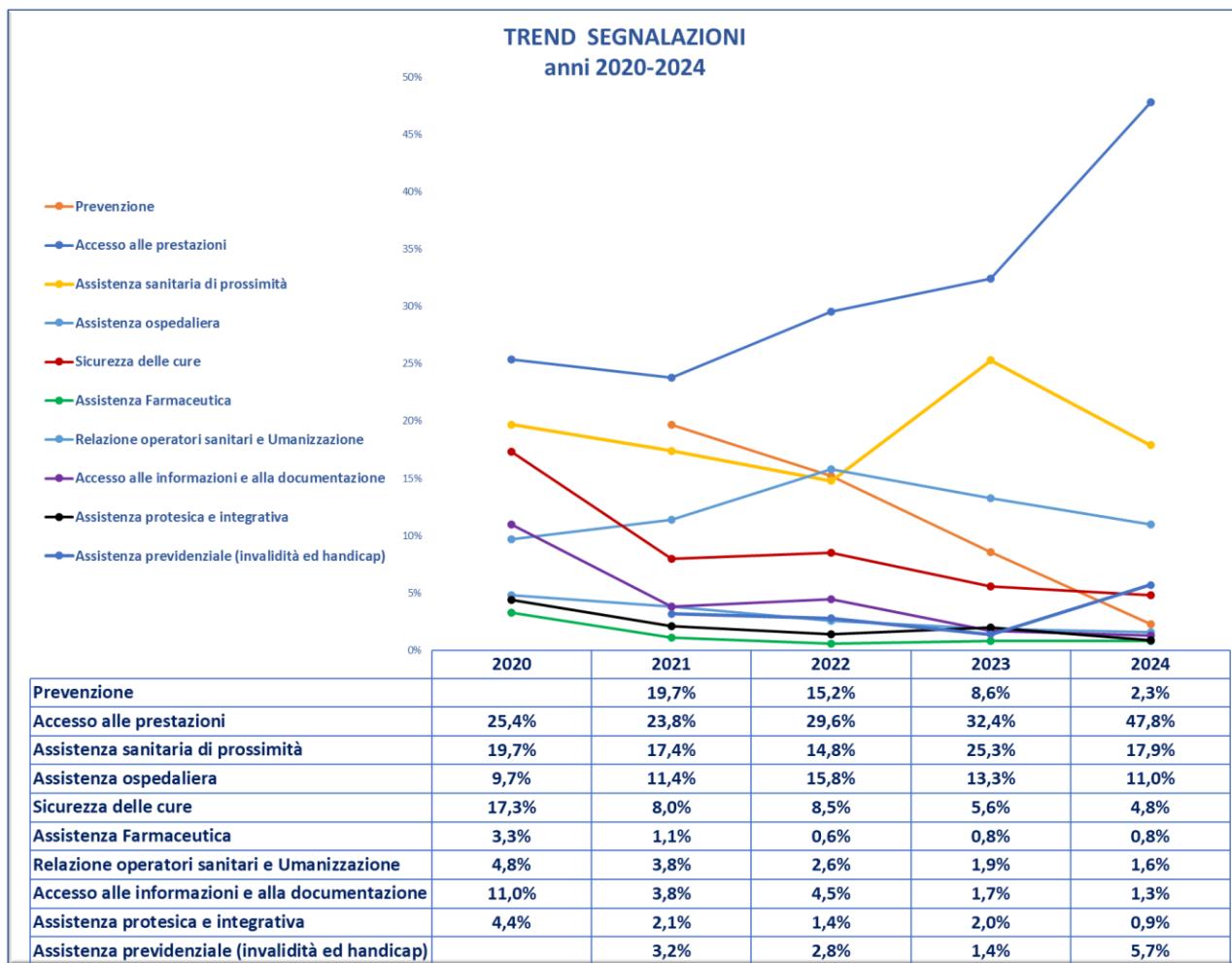


Figura 1. Fonte: Rapporto Civico Salute 2025 – Elaborazione Agenzia Valutazione Civica - Cittadinanzattiva

Come ogni anno, per avviare l’analisi delle segnalazioni raccolte da Cittadinanzattiva, può essere utile partire dai “trend” presenti in ogni settore. L’andamento delle segnalazioni nel periodo 2020–2024 evidenzia una progressiva riconfigurazione delle aree di criticità percepite dagli utenti del Servizio Sanitario Nazionale (SSN), con un chiaro spostamento dell’attenzione dai temi legati alla sicurezza e alla qualità delle cure verso problematiche di accesso, continuità assistenziale e funzionamento complessivo dei servizi.

Le segnalazioni relative alla **prevenzione** mostrano una contrazione significativa e costante nel periodo: dal 19,7% del 2020 al 2,3% del 2024. La riduzione può essere interpretata come effetto di una minor attenzione dei cittadini dovuta all’emergere di criticità più pressanti, piuttosto che come indicatore di un miglioramento strutturale dei programmi di prevenzione, ancora caratterizzati da disomogeneità territoriali e da difficoltà nella ripresa post-pandemica.

L’**accesso alle prestazioni** registra un incremento marcato e continuativo: dal **25,4% nel 2020** al **47,8% nel 2024**, con un’accelerazione significativa nell’ultimo biennio. Tale crescita indica un aggravamento delle criticità strutturali legate alle liste d’attesa, alla disponibilità di servizi specialistici e alla saturazione della capacità erogativa, in linea con la carenza di personale e con la persistente eterogeneità regionale nella programmazione.

Questo quasi raddoppio evidenzia come la barriera all’accesso (tempi di attesa, difficoltà a prenotare, lunghe liste) sia diventata il problema di gran lunga più pressante per i cittadini.

L'assistenza sanitaria di prossimità (voce relativa al rapporto tra i cittadini e i Medici di Medicina generale e i Pediatri di Libera Scelta, alla continuità assistenziale e al raccordo ospedale territorio) presenta un trend con un andamento irregolare, con una riduzione tra il 2020 e il 2022 (dal 19,7% al 14,8%), un incremento rilevante nel 2023 (25,3%) e un successivo calo nel 2024 (17,9%). Le oscillazioni riflettono le difficoltà del sistema territoriale a garantire presa in carico e continuità assistenziale durante la fase di attuazione dei nuovi modelli organizzativi (Case della Comunità, COT, riforma DM77), ancora implementati in modo disomogeneo.

Il Trend relativo **all'assistenza ospedaliera** evidenzia un incremento nella prima fase (2020–2022), con un picco al 15,8%, seguito da una riduzione nel 2023–2024 fino all'11%. Il trend suggerisce un iniziale impatto delle riorganizzazioni ospedaliere nel post-pandemia, cui fa seguito un progressivo ridirezionamento delle segnalazioni verso problematiche di accesso più generalizzate e pervasive.

Nell'ambito **sicurezza delle cure** si osserva un calo costante dal 13% nel 2020 al 4,8% nel 2024. La diminuzione può indicare una minore percezione del rischio clinico da parte dei cittadini, ma non necessariamente una riduzione effettiva degli eventi avversi. Il dato appare influenzato dal sovrapporsi di criticità organizzative e dall'attenzione crescente verso i tempi d'accesso e la qualità dei percorsi assistenziali.

A seguire con uno stacco significativo in termini di punti percentuali, le segnalazioni relative a: **assistenza farmaceutica (1,6% nel 2024)**, in leggero calo dal 2020 al 2022 (fino allo 0,6%), poi piccolo recupero (2023–2024 intorno all'1%); **relazione operatori sanitari e umanizzazione** (1,6% nel 2024), il trend mostra una costante diminuzione delle segnalazioni in questo ambito (si passa dal 4,8% del 2020 all'1,6% del 2024); **accesso alle informazioni e alla documentazione**, il trend mostra valori minimi nel 2021 (2,6%) e nel 2023 (1,9%) in ripresa nel 2024(4,5%); l'area rimane residuale, con valori compresi tra lo 0,9% e il 4,4%; **assistenza protesica e integrativa**, in questo ambito, le segnalazioni negli ultimi cinque anni sono sempre rimaste sotto il 5%, si riscontra un lieve calo fino al 2022, una piccola risalita nel 2023 e un nuovo calo nel 2024 (0,9%); **assistenza previdenziale(invalidità ed handicap)** Il dato si mantiene relativamente stabile fino al 2023, con un incremento significativo nel 2024 (5,7%). Il trend è coerente con l'allungamento dei tempi dei procedimenti valutativi, la complessità delle procedure Inps e l'aumento della domanda di accertamento, la semplificazione delle procedure Inps è stata avviata a partire dal 2025, pertanto le segnalazioni fotografano uno stato di forte criticità del settore, oggetto appunto di riforme e semplificazioni nel corso del 2025 e 2026.

Volendo dare una lettura complessiva dei dati, il trend che descrive l'evoluzione 2020-2024 delle segnalazioni indica chiaramente uno spostamento di attenzione da parte dei cittadini: da questioni legate alla qualità e sicurezza delle cure verso tematiche di accesso, continuità assistenziale e funzionamento generale del sistema.

La riduzione significativa delle segnalazioni relative alla prevenzione (dal 19,7% nel 2020 al 2,3% nel 2024) non va interpretata necessariamente come un successo dei programmi preventivi, ma piuttosto come un effetto indiretto di un peggioramento, percepito o reale, dell'accesso ai servizi. In altre parole: quando diventa critico ottenere una visita, un esame o un ricovero, la prevenzione — spesso meno urgente — finisce per non essere considerata prioritaria dai cittadini.

L'aumento costante delle segnalazioni sull'accesso alle prestazioni (dal 25,4% al 47,8%) è eloquente e dimostra che oggi il problema principale per i cittadini è “arrivare” al servizio, non (o non solo) la qualità di ciò che ricevono.

Le oscillazioni riguardanti l'assistenza territoriale/ di prossimità e l'assistenza ospedaliera riflettono un sistema in difficoltà, che alterna momenti di implementazione di riforme (p.es. nuovi modelli come le “Case della Comunità” o il raccordo ospedale-territorio) a momenti in cui tali riforme non riescono a garantire in modo stabile continuità e presa in carico.

Il calo delle segnalazioni su sicurezza delle cure e sulle relazioni con operatori sanitari (umanizzazione, comunicazione, assistenza protesica/integrativa) non indica necessariamente che gli eventi avversi o le criticità siano diminuiti, piuttosto, può essere cambiato il focus delle segnalazioni, a favore di problemi più tangibili e immediati come l'accesso o le liste d'attesa.

Da questo punto di vista, le segnalazioni sono un termometro prezioso: mostrano che, agli occhi dei cittadini, il nodo centrale- strutturale — oggi è “accedere” in tempi ragionevoli al SSN.

In conclusione Il trend delle segnalazioni di Cittadinanzattiva degli ultimi cinque anni fotografa un'Italia in cui il principale problema percepito dai cittadini rispetto al SSN non è più la qualità delle cure, ma la praticabilità dell'accesso: tempi di attesa insostenibili, difficoltà a prenotare, liste bloccate, rinunce alle cure, scarsa continuità assistenziale.

Questo non è un semplice disagio individuale, ma un campanello d'allarme collettivo: se decine di migliaia di persone denunciano ogni anno questi problemi, significa che il SSN è ormai in forte sofferenza strutturale.

1.2 OGGETTO DELLE SEGNALAZIONI DEL 2024: SINTESI DEI PRINCIPALI RISULTATI

Nel 2024 la criticità che ha più *afflitto* i cittadini che si sono rivolti a Cittadinanzattiva è quella relativa **all'accesso alle prestazioni** (47,8%), seguono, seppur con uno scarto notevole in termini di percentuale, le segnalazioni relative **all'assistenza sanitaria di prossimità** (17,9%), **all'assistenza ospedaliera** (11,0%), **all'assistenza previdenziale** (5,7%), **alla sicurezza delle cure** (5,8%), **prevenzione** (2,3%), ai **ticket-spesa privata** (2,3%)

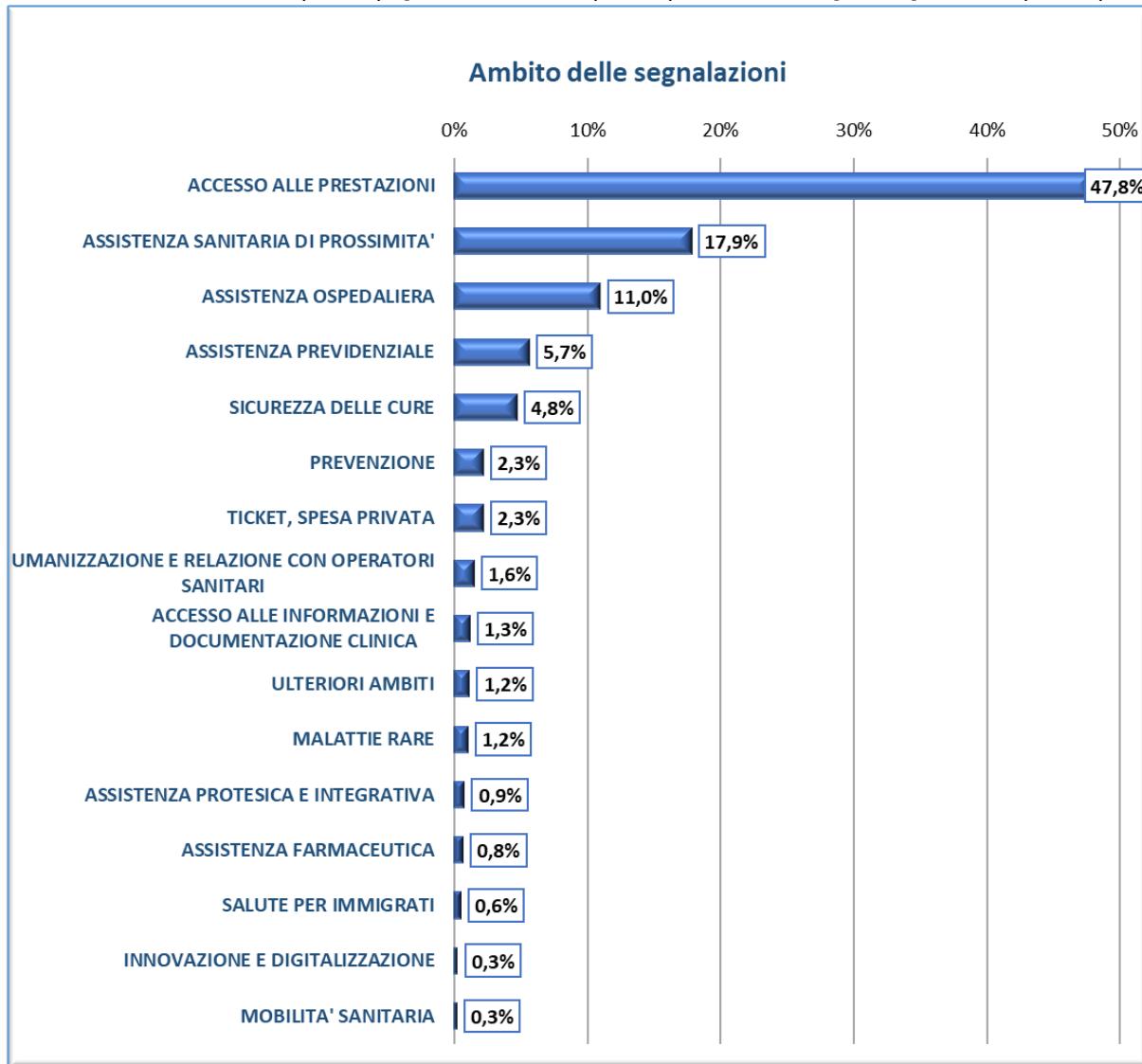


Figura 2. Fonte: Rapporto Civico Salute 2025 – Elaborazione Agenzia Valutazione Civica - Cittadinanzattiva

Seguono, con percentuali meno significative ma che ci indicano comunque delle criticità riscontrate dai cittadini, le segnalazioni relative a: **umanizzazione e relazione con operatori sanitari** (1,6%), **accesso alle informazioni e documentazione clinica** (1,3%), **ulteriori ambiti** (1,3%), **malattie rare** (1,2%), **assistenza protesica e integrativa** (0,9%)

In coda le segnalazioni relative a: **assistenza farmaceutica** (0,8%), **salute per immigrati** (0,6%), **innovazione e digitalizzazione** (0,3%), **mobilità sanitaria** (0,3%).

Accesso alle prestazioni (47,8%)

Per il terzo anno consecutivo (dopo il 2022 e il 2023), l'accesso alle prestazioni sanitarie si conferma l'ambito più critico per i cittadini che si rivolgono a Cittadinanzattiva. Nel 2024, il dato è particolarmente significativo: quasi la metà dei cittadini (il 47,8%) segnala difficoltà nell'ottenere tali prestazioni.

Le criticità si concentrano su tre aspetti principali in rapporto alle segnalazioni totali relative all'accesso alle cure:

- **Liste d'attesa** (70,2%): l'elemento più segnalato, assorbendo quasi la totalità dei reclami sull'accesso.
- **Difficoltà generali di accesso** (16,6%): problemi riscontrati sin dalla fase di prenotazione (es. difficoltà a contattare il CUP, tempi d'attesa telefonici eccessivi, impossibilità di riprogrammare visite).
- **Intramoenia** (13,3%): I cittadini lamentano di essere costretti a ricorrere alla libera professione (Intramoenia) a causa dell'impossibilità di prenotare una visita in tempi accettabili tramite il canale pubblico.

Le **liste d'attesa** rappresentano da anni un fattore di enorme disagio e stress, la cui criticità è esplosa negli ultimi quattro anni (2020-2024). I cittadini segnalano principalmente ritardi insostenibili nell'accesso alle prestazioni e la frequente chiusura delle agende, che rende impossibile persino la prenotazione.

È emblematico che, nonostante l'entrata in vigore a giugno 2024 del decreto nazionale sulle liste d'attesa – mirato ad abbreviare i tempi e garantire maggiore tempestività – i dati annuali dimostrino che la misura non abbia ancora prodotto un impatto immediato e significativo sull'esperienza concreta dei cittadini. Le segnalazioni di prenotazioni impossibili e ritardi insostenibili persistono.

Il 2024 è stato per i cittadini un anno di grande criticità poiché, in modo diffuso su tutto il territorio nazionale, si sono visti negare un diritto fondamentale: accedere gratuitamente e nei tempi appropriati alle prestazioni sanitarie garantite dal Servizio Sanitario Nazionale (SSN).

Questa situazione ha ricadute sociali, sanitarie ed economiche devastanti: i cittadini sono costretti a rinunciare a curarsi o a indebitarsi per accedere alle cure in regime privato. Questi dati evidenziano l'urgenza di interventi concreti e sostenuti per garantire la trasparenza, l'equità e la tempestività nell'erogazione delle prestazioni sanitarie, riducendo le disuguaglianze territoriali e tutelando la salute dei cittadini.

L'assistenza sanitaria di prossimità (17,9%)

L'assistenza sanitaria di prossimità (voce relativa al rapporto tra i cittadini e i Medici di Medicina generale e i Pediatri di Libera Scelta, alla continuità assistenziale e al raccordo ospedale territorio, Assistenza domiciliare, RSA, etc.) rappresenta la seconda maggiore problematica segnalata dai cittadini in termini di inefficienze riscontrate nel Servizio Sanitario Nazionale (SSN), seppur con un notevole scarto rispetto alle difficoltà di accesso alle cure.

Le problematiche si concentrano sui seguenti aspetti principali, in rapporto alle segnalazioni totali relative all'Assistenza Territoriale:

- **Rapporto con Medici di Medicina Generale e Pediatri di Libera Scelta (58,7%)**
- **RSA/Lungodegenza e altre strutture residenziali (10,0%)**
- **Salute mentale (9,8%)**
- **Assistenza domiciliare-ADI-(7,8%)**
- **Raccordo ospedale territorio (4,8%)**

Il settore dell'assistenza territoriale rimane un punto cruciale per i cittadini, i quali vi riscontrano molte criticità, pur riconoscendolo come un riferimento essenziale e di prossimità. Le questioni evidenziate sono peraltro al centro della riforma sanitaria del territorio, che mira a delineare un nuovo modello assistenziale; è dunque auspicabile che le istanze sollevate dai cittadini vengano concretamente prese in considerazione.

Le problematiche segnalate riguardano diverse aree e rivelano, ancora una volta, significative lacune nella presa in carico complessiva dei pazienti e carenze nel coordinamento tra le strutture territoriali.

Oltre la metà delle segnalazioni relative a questo settore si concentra sul **Rapporto con i Medici di Medicina Generale e i Pediatri di Libera Scelta (58,7%)**. I cittadini continuano a porre grande enfasi sul rapporto con il proprio medico, che rimane il primo riferimento per i pazienti. Tuttavia, dall'analisi delle segnalazioni emerge che questo rapporto è spesso reso difficile dalla scarsità di tempo disponibile o da un deficit nelle informazioni fornite. Nonostante ciò, i cittadini continuano a ritenerne fondamentale il contatto diretto e ravvicinato con il proprio MMG.

Le criticità relative agli altri ambiti più frequentemente segnalati (**RSA/Lungodegenza, Salute Mentale, Assistenza Domiciliare, Coordinamento Ospedale-Territorio**) riguardano principalmente le strutture presenti sul territorio. Queste dovrebbero attivarsi per una presa in carico integrata dei pazienti, ma le testimonianze raccolte evidenziano grandi ritardi e, nei casi più estremi, una totale assenza dei servizi socio-assistenziali che dovrebbero essere attivati a livello locale.

Assistenza Ospedaliera (11,8%)

L'Assistenza Ospedaliera costituisce la terza area di maggiore criticità riscontrata dai cittadini nel Servizio Sanitario Nazionale, raccogliendo l'11,8% del totale delle segnalazioni. Le problematiche si concentrano sui seguenti aspetti principali, in rapporto alle segnalazioni totali relative all'assistenza ospedaliera:

- **Emergenza-Urgenza e Pronto Soccorso (78,1%)**
- **Ricoveri (17,6%)**
- **Dimissioni (4,2%)**

La gestione dell'Emergenza-Urgenza e dei Pronto Soccorso continua a rappresentare la problematica più grave per i cittadini che si sono rivolti al Tribunale per i diritti del Malato di Cittadinanzattiva. In particolare, sono state segnalate: lunghe attese telefoniche prima di poter parlare con un operatore, il costante sovraffollamento dei Pronto Soccorso, ore di attesa eccessive, una gestione disorganizzata delle priorità (Triage) e una marcata carenza di personale sanitario.

Queste situazioni mettono i cittadini direttamente a confronto con l'efficienza organizzativa dei servizi, a partire dalla corretta gestione delle urgenze fino alla vera e propria presa in carico a livello ospedaliero.

Nel complesso, il settore dell'assistenza ospedaliera necessita urgentemente di una riforma strutturale che proceda in sincronia con quella dell'assistenza territoriale e di prossimità. La

carenza strutturale di personale, il ritardo nell'impiego dei fondi previsti dal Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR) e l'impatto della recente pandemia hanno ulteriormente esasperato una situazione già critica, portando il settore sull'orlo del collasso operativo.

Assistenza previdenziale (5,7%)

Le segnalazioni relative all'assistenza previdenziale fanno registrare un incremento significativo nel 2024 (+4,3 rispetto al 2023). I cittadini lamentano l'allungamento dei tempi dei procedimenti valutativi, la complessità delle procedure Inps e l'aumento della domanda di accertamento. Per cercare di rispondere a queste criticità il legislatore ha avviato una revisione complessiva del sistema. Le nuove procedure di accertamento, almeno in teoria, dovrebbero migliorare la situazione dei cittadini. Il riferimento normativo principale è il Decreto Legislativo 3 maggio 2024, n. 62, in attuazione della Legge Delega 227/2021. La riforma della disabilità ridefinisce la "condizione di disabilità" non solo come dato clinico, ma secondo un modello multidimensionale, che valuta la persona nella sua interezza: non solo patologia, ma capacità di funzionamento nella vita quotidiana, relazioni sociali, lavoro, autonomia.

Le problematiche si concentrano sui seguenti aspetti principali, in rapporto alle segnalazioni totali relative all'assistenza previdenziale:

- **Invalidità e accompagnamento** (92%)
- **Handicap** (8%).

I dati indicano chiaramente che la quasi totalità delle segnalazioni nell'ambito dell'assistenza previdenziale riguarda le procedure di invalidità e accompagnamento (92 %). Questo significa che la domanda — e le esigenze di tutela — sono forti, e che il sistema attuale (quello precedente alla riforma) risulta inadeguato a gestirle in modo efficace e rispettoso. Le lamentele principali — allungamento dei tempi, complessità delle procedure, aumento della domanda — riflettono una situazione di stress crescente per famiglie e persone fragili. È del tutto coerente che una riforma sia stata avviata nel 2025: la burocrazia attuale — con visite multiple, moduli cartacei, richieste separate, disparità territoriali — rappresenta un ostacolo reale al pieno esercizio dei diritti.

In questo senso, le nuove misure normative (digitalizzazione, certificato unico, visita unica, valutazione multidimensionale) sembrano non solo opportune, ma urgenti. Tuttavia, le segnalazioni di Cittadinanzattiva mostrano che molti problemi persistono — perché la riforma è solo all'inizio, la sperimentazione in corso e non ancora estesa a tutto il territorio, e molte persone stanno ancora vivendo secondo le regole "vecchie".

È dunque una fotografia "di transizione": da un lato, un sistema in crisi; dall'altro, una riforma potenzialmente migliorativa — ma che richiede tempi, risorse, implementazione stabile e vigilanza, per tradursi in reale beneficio per i cittadini.

Sicurezza delle cure (4,8%)

La sicurezza delle cure si conferma un ambito estremamente delicato e meritevole di grande attenzione nella percezione dei cittadini. Questo settore investe aspetti fondamentali quali il diritto a ricevere cure sicure, la disponibilità di strutture adeguate, l'efficienza dei macchinari, la preparazione del personale sanitario e la qualità complessiva del percorso di cura.

Le segnalazioni del 2024 si concentrano sui seguenti aspetti principali in rapporto alle segnalazioni totali relative alla sicurezza delle cure:

- **Presunti errori nella pratica medica** (69,1%),
- **Macchinari** (15,7%)
- **Condizioni Igienico Sanitare degli ambienti Sanitari** (8,8%),

- **Infezioni in Strutture Sanitarie (6,4%).**

I presunti errori nella pratica medica rappresentano la voce più consistente, concentrando quasi il 70% delle preoccupazioni. Nonostante la mole di queste segnalazioni sia numericamente diminuita rispetto agli anni precedenti, tale dato non è rassicurante. Al contrario, esso suggerisce un generale aggravamento delle condizioni di erogazione dei servizi, a discapito della qualità e dell'attenzione riservata ai singoli pazienti.

Il quadro complessivo che emerge è dunque piuttosto sconfortante e delinea uno scenario di forte degrado sia dei servizi che delle strutture. La combinazione di presunti errori medici, macchinari vetusti o malfunzionanti, condizioni igienico-sanitarie pessime e il rischio di infezioni contratte nelle strutture sanitarie, crea una situazione critica. Parallelamente, il contesto normativo è in fase di trasformazione. Il Governo, con un recente disegno di legge delega sulle professioni sanitarie – approvato dal Consiglio dei Ministri nel settembre 2025 – ha ridefinito la responsabilità penale del personale sanitario. In base al nuovo impianto, il professionista potrà essere perseguito penalmente solo in caso di colpa grave; in tutti gli altri casi, sarà esclusa la punibilità penale. La riforma può rappresentare un'opportunità per alleggerire la pressione sul sistema sanitario, ma comporta il rischio di indebolire le garanzie per i cittadini. Servono quindi adeguate tutele, trasparenza e un'effettiva garanzia del diritto alla sicurezza delle cure.

Prevenzione (2,3%)

Il tema della prevenzione ha registrato nel 2024 una significativa flessione nel numero di segnalazioni pervenute, scendendo al 2,3% del totale, rispetto all'8,6% del 2023. È importante notare che il biennio 2021-2022 era stato fortemente influenzato dall'elevato volume di segnalazioni legate alle vaccinazioni anti-COVID e alle campagne vaccinali annesse. La diminuzione delle segnalazioni non è necessariamente indice di un miglioramento strutturale. Tale calo può infatti riflettere una minore attenzione da parte dei cittadini, focalizzati su criticità sanitarie percepite come più urgenti. I programmi di prevenzione continuano a presentare problematiche irrisolte, quali disomogeneità a livello territoriale e ritardi.

Le segnalazioni del 2024 si concentrano sui seguenti aspetti principali in rapporto alle segnalazioni totali relative alla prevenzione:

- **vaccinazioni ordinarie (35,8%)**
- **screening mammografico (25,8%),**
- **vaccinazioni anti sars cov2 (16,8%)**
- **screening cervice uterina (13,4%)**
- **screening colon retto (8,2%)**

Nell'ambito delle segnalazioni relative alle **vaccinazioni ordinarie** La criticità principale riguarda le difficoltà di prenotazione. I cittadini spesso riscontrano ritardi che impediscono loro di rispettare le tempistiche previste sia per i richiami che per la prima somministrazione. Rientrano in questa categoria, a titolo esemplificativo: i vaccini Antinfluenzale, Difterite-tetano-pertosse, Poliomielite, Epatite B, Morbillo-parotite-rosolia, Varicella, Pneumococco, Meningococco, Rotavirus, Papillomavirus.

Per quanto riguarda le **vaccinazioni anti sars -covid 2**, dopo che le questioni organizzative e le disuguaglianze di accesso sono state in gran parte superate, l'attenzione dei cittadini si è spostata sui problemi informativi. Le segnalazioni riguardano informazioni mancanti, incomplete o contraddittorie, specialmente in relazione a: tempistiche e modalità di somministrazione del vaccino anti- COVID e di quello antinfluenzale, possibilità di

somministrazione contemporanea dei due vaccini, indicazioni sulle categorie idonee alla vaccinazione.

In merito agli **Screening** il problema più ricorrente segnalato dai cittadini è la difficoltà nella prenotazione autonoma, ovvero senza aver ricevuto l'avviso ufficiale da parte dell'Azienda Sanitaria Locale (ASL) di competenza. Si registra inoltre il mancato invio dell'invito al destinatario dello screening.

Ticket- spesa privata (2,3%)

La problematica relativa alla spesa sanitaria a carico del cittadino (spesa privata) e ai ticket si conferma trasversale a tutti gli ambiti. I cittadini denunciano oneri finanziari consistenti per prestazioni mediche o esami diagnostici eseguiti in regime intramoenia o completamente privato, spesso a causa dell'impossibilità di accedere tempestivamente ai servizi del Servizio Sanitario Nazionale (SSN), o in alternativa, lamentano i costi giudicati eccessivi dei ticket per prestazioni effettuate in convenzione.

Le segnalazioni del 2024 si concentrano sui seguenti aspetti principali in rapporto alle segnalazioni totali relative Ticket-spesa elevata:

- **costi sostenuti privatamente per prestazioni e servizi necessari non garantiti dal SSN, SSR (74,5%)**
- **Ticket ritenuti elevati (25,5%),**

Umanizzazione e relazione con operatori sanitari (1,6%)

L'umanizzazione delle cure è un tema fondamentale per organizzazioni come Cittadinanzattiva e per chiunque abbia interesse nel buon funzionamento del Servizio Pubblico in ambito sanitario. Molti progressi sono stati compiuti a vari livelli per rafforzare l'umanizzazione, in particolare attraverso una maggiore trasparenza, la definizione di specifici percorsi e professionalità, e l'investimento nella formazione continua degli operatori.

Ciononostante, restano ancora diverse sfide da affrontare. La più urgente è indubbiamente la necessità di diffondere le buone pratiche e di istituire un modello standardizzato di presa in carico che risulti il più possibile attento ed efficace su scala nazionale, eliminando, dove possibile, le disparità e valorizzando al contempo le specificità locali.

Accesso alle Informazioni e alla Documentazione (1,3%)

L'accesso alle informazioni si è sempre configurato come una problematica di carattere trasversale, in quanto i cittadini riferiscono, in quasi tutti gli ambiti, una diffusa difficoltà nel reperire notizie di carattere generale. Si pensi, ad esempio, alla necessità di sapere come prenotare una visita, individuare la struttura territoriale idonea per una specifica patologia o conoscere le modalità di adesione a un programma di screening.

Parallelamente, l'ottenimento di dati e documenti relativi alla propria condizione clinica dovrebbe essere un processo immediato; eppure, da anni, i cittadini denunciano notevoli difficoltà e barriere burocratiche per essere pienamente informati su aspetti che li riguardano direttamente (come risultati di esami, date di appuntamenti per prestazioni, rilascio di certificati, ecc.).

Le segnalazioni del 2024 si concentrano sui seguenti aspetti principali in rapporto alle segnalazioni totali relative all'accesso alle informazioni e alla documentazione:

- **Difficoltà di accesso alla documentazione clinica (55,5%),**
- **difficoltà di accesso alle informazioni (44,5%),**

Garantire un accesso semplice, uniforme e tempestivo alle informazioni e alla documentazione non rappresenta solo un adempimento amministrativo, ma un elemento fondamentale per la tutela dei diritti, la continuità assistenziale e la qualità complessiva del rapporto tra cittadini e sistema sanitario.

Malattie rare (1,3%)

Le malattie rare sono state segnalate dallo 1,3%, dei cittadini che si sono rivolti a Cittadinanzattiva nel 2024.

Nonostante questa percentuale sia contenuta in termini numerici assoluti, le problematiche riportate dai cittadini affetti da malattie rare meritano la massima attenzione e devono essere tenute nella giusta considerazione. Dietro questo dato si celano persone e famiglie che affrontano quotidianamente percorsi di incertezza, sofferenza, diseguaglianza. Nella stragrande maggioranza dei casi, infatti, queste criticità hanno un impatto drammatico sulla qualità della vita dei pazienti e possono persino provocare un aggravamento delle loro condizioni di salute.

In questo specifico settore, le difficoltà segnalate con maggiore frequenza dai cittadini sono: difficoltà nel giungere alla prima diagnosi che si rivela essere un percorso spesso lungo e complesso che ritarda l'inizio di cure appropriate.

Disorientamento causato da una diagnosi poco chiara: la mancanza di una comunicazione netta e completa genera incertezza e ostacola la gestione della patologia.

Prestazioni non inserite nei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA): l'esclusione di trattamenti o servizi necessari dai LEA obbliga i pazienti a sostenere costi elevati o a rinunciare a cure fondamentali.

Assistenza protesica e integrativa (0,9%)

L'accesso tempestivo e appropriato a protesi, ausili e presidi rappresenta un tassello fondamentale per garantire l'autonomia, la qualità della vita e la piena partecipazione sociale delle persone con disabilità o con condizioni di salute croniche. In Italia, come richiamato anche nei principali documenti istituzionali e nelle rilevazioni delle organizzazioni civiche, il settore dell'assistenza protesica e degli ausili continua a essere caratterizzato da disomogeneità territoriali, tempi di attesa variabili e difficoltà burocratiche. I cittadini che hanno diritto a protesi e ausili lamentano spesso ritardi nell'erogazione e nella consegna ma anche errori e presidi non personalizzati.

In particolare le criticità relative a questo ambito nel 2024 hanno **riguardano: l'assistenza protesica (73,3%) e assistenza integrativa-ausili (26,7%)**

Assistenza farmaceutica (0,8%)

Le segnalazioni concernenti l'assistenza farmaceutica, pur essendo poco numerose, evidenziano problematiche significative. I cittadini lamentano in particolare due ordini di difficoltà e disagi:

- I rinnovo del piano terapeutico: Il processo di rivalutazione del piano genera spesso complicazioni e stress. Eventuali ritardi in questa procedura comportano il rischio, anche se circoscritto nel tempo, di dover sospendere il trattamento farmacologico in corso.
- L'irreperibilità dei medicinali: Si riscontrano notevoli problemi legati alla carenza di farmaci. L'indisponibilità di un medicinale si manifesta in due modi principali: assenza fisica, il farmaco non è presente nei luoghi di distribuzione (farmacie ospedaliere, delle ASL e comunitarie), impedendo di fatto al paziente l'accesso alla cura necessaria e irreperibilità temporanea, la non disponibilità è dovuta a ritardi nella consegna o nella fornitura del prodotto.

In entrambi gli scenari, la conseguenza è un forte disagio per gli cittadini. Nei casi più gravi, come riportato nelle segnalazioni, i cittadini sono stati costretti a interrompere momentaneamente le terapie in atto.

Salute per immigrati (0,6%)

Le segnalazioni relative all'ambito salute per immigrati se pur contenute da un punto di vista numerico, offrono tuttavia un'interessante panoramica su quelle che sono le criticità che riscontrano gli stranieri che hanno a che fare con il nostro SSN. Principalmente hanno segnalato criticità in merito a: Barriere burocratiche- ad esempio ottenere la tessera sanitaria- barriere linguistiche o comunicative

Innovazione e digitalizzazione (0,3%)

Le segnalazioni in tema di digitalizzazione e innovazione risultano residuali, a conferma che la maggior parte dei cittadini non utilizza pienamente, o addirittura non conosce, gli strumenti digitali disponibili in ambito sanitario. Tra le segnalazioni raccolte, in questo ambito, quelle **relative al Fascicolo Sanitario Elettronico rappresentano l'87,7%, mentre quelle riguardanti la telemedicina costituiscono il 14,3%**.

I cittadini lamentano principalmente: la scarsa applicazione degli strumenti digitali da parte delle strutture presenti sul territorio e la mancanza di un raccordo efficace e di procedure omogenee nella gestione della digitalizzazione dei dati sanitari.

Mobilità sanitaria (0,3%)

Le voci che compongono il settore della mobilità sanitaria si riferiscono a problemi relativi a: cure fuori regione e a cure all'estero. Le principali difficoltà segnalate riguardano la complessità delle procedure amministrative, i lunghi tempi di attesa per l'autorizzazione alle cure, la scarsa chiarezza sulle modalità di rimborso e la necessità di affrontare spostamenti spesso onerosi e logisticamente impegnativi.

Ulteriori ambiti (1,2%)

La "voce" altri ambiti raccoglie le segnalazioni poco frequenti che non è stato possibile inserire in una categoria specifica.

1.3 ACCESSO ALLE PRESTAZIONI

L'accesso alle prestazioni sanitarie rappresenta uno dei principali indicatori della capacità del Servizio Sanitario Nazionale (SSN) di garantire il diritto alla salute così come sancito dall'art. 32 della Costituzione. Negli ultimi anni, tuttavia, tale diritto risulta sempre più compromesso. L'impatto della pandemia, la riduzione della disponibilità di professionisti, l'inadeguatezza dei sistemi di prenotazione e la frammentazione dei servizi territoriali hanno contribuito a generare un contesto critico in cui i cittadini faticano ad accedere in modo tempestivo e appropriato alle cure necessarie.

Nel 2024 questo quadro, già fragile, si conferma e si aggrava ulteriormente: per il terzo anno consecutivo — dopo il 2022 e il 2023 — l'accesso alle prestazioni costituisce l'ambito più problematico segnalato ai servizi di tutela di Cittadinanzattiva. Quasi un cittadino su due (47,8%) tra coloro che si rivolgono all'organizzazione indica difficoltà nell'ottenere una prestazione sanitaria. Un dato che da solo testimonia la distanza ancora marcata tra i principi universalistici del SSN e l'esperienza quotidiana delle persone. L'entrata in vigore del decreto nazionale sulle liste d'attesa a giugno 2024 avrebbe dovuto rappresentare una svolta per il riordino del sistema e per l'ampliamento dell'offerta. Tuttavia, i dati del 2024 mostrano che gli effetti non sono stati immediati né percepibili dai cittadini.

Nonostante l'obiettivo di abbreviare i tempi e rendere più trasparente la gestione delle agende, le segnalazioni continuano a documentare prenotazioni impossibili, ritardi non giustificati e scarsa applicazione delle priorità cliniche. Questo evidenzia la necessità di un monitoraggio attento e coerente dell'attuazione del decreto e di un rafforzamento di personale, tecnologie e governance delle liste d'attesa.

La voce dei cittadini

L'analisi delle segnalazioni mostra che le difficoltà di accesso si articolano in tre aree principali: **liste d'attesa** (70,2%), **difficoltà di accesso alle prestazioni** (16,6%), **Intramoenia** (13,3%):

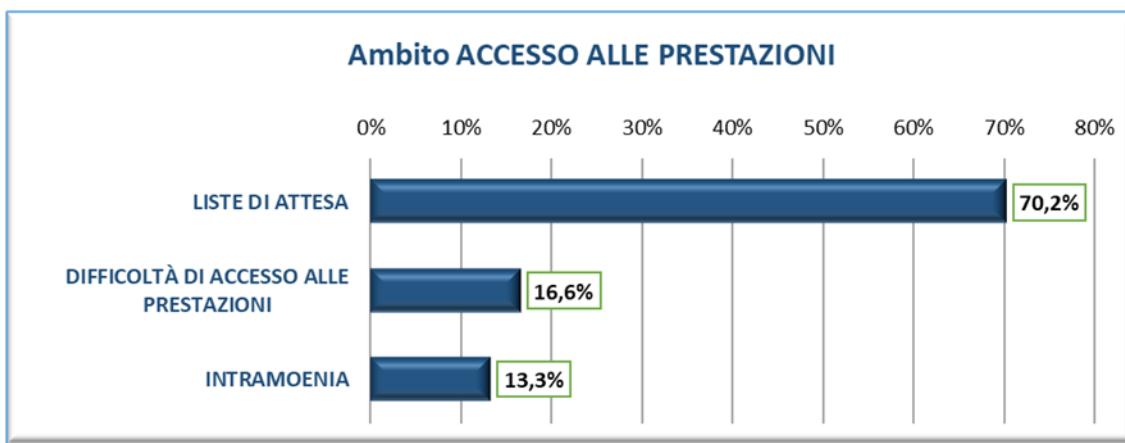


Figura 3. Fonte: Rapporto Civico Salute 2025 – Elaborazione Agenzia Valutazione Civica - Cittadinanzattiva

Liste d'attesa 70,2%

La voce delle **liste d'attesa** è quella attorno alla quale si concentrano la gran parte delle segnalazioni (70,2%) relative all'accesso. Attese spesso superiori a tre-sei mesi per visite specialistiche, esami diagnostici o interventi, assenza di slot disponibili, agende chiuse: tutto ciò ha reso l'accesso alle cure una corsa a ostacoli, con ripercussioni dirette sulla salute, sulla fiducia nel sistema e — in molti casi — sulla possibilità stessa di curarsi in tempo utile.

In questo scenario, ogni ritardo non è solo un disagio: può rappresentare la differenza tra una diagnosi precoce o uno slittamento di mesi, tra la cura tempestiva di una malattia e l'aggravarsi delle condizioni. Di conseguenza, un dato come quello rilevato da Cittadinanzattiva sul 2024 assume un significato che va ben oltre le percentuali: racconta un welfare in difficoltà e molte storie reali di cittadini che non riescono a esercitare un diritto fondamentale.

L'analisi del dettaglio delle segnalazioni relative alle liste d'attesa evidenzia come il problema non sia circoscritto a una sola tipologia di prestazione, ma riguardi l'intera filiera diagnostico-assistenziale.

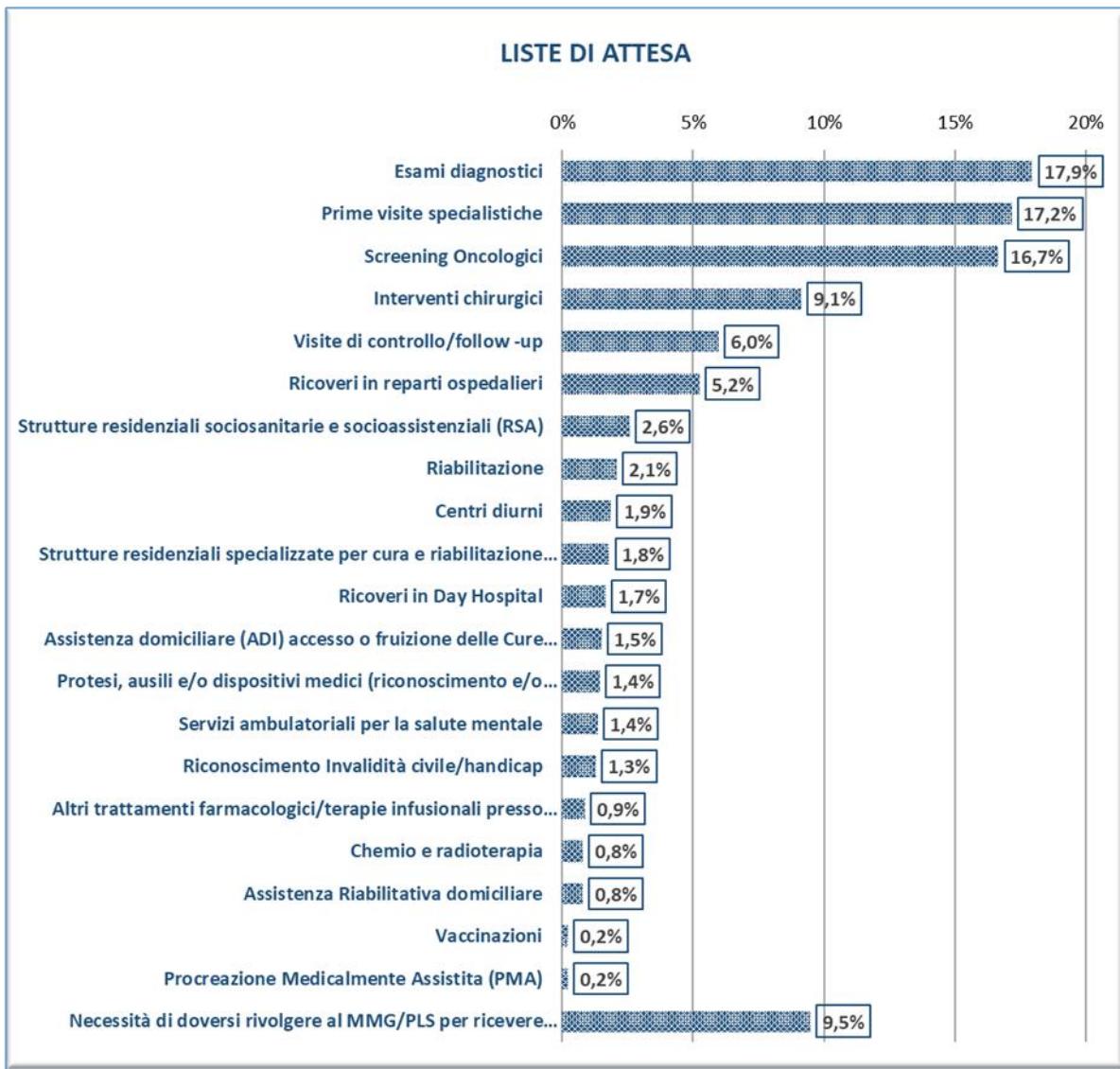


Figura 3. Fonte: Rapporto Civico Salute 2025 – Elaborazione Agenzia Valutazione Civica - Cittadinanzattiva

I cittadini dichiarano ritardi e tempi d'attesa eccessivamente lunghi soprattutto in relazione a: **esami diagnostici (17,9%) prime visite specialistiche (17,2%), screening oncologici (16,7%), Interventi chirurgici (9,1%), Visite di controllo o follow-up: 6,0% Ricoveri in reparti ospedalieri (5,2%)**. Questi dati confermano un quadro critico che interessa tutte le fasi del percorso di cura, dalla diagnosi alla presa in carico, fino al trattamento e al monitoraggio clinico.

Gli esami diagnostici rappresentano la categoria maggiormente colpita, le difficoltà comprendono:

- attese di molti mesi per risonanze magnetiche, ecografie e TAC;
- assenza di disponibilità nell'agenda elettronica per determinati esami;
- differenze territoriali marcate tra strutture della stessa regione.

Il ritardo nella diagnosi ha un impatto diretto sulla prognosi: i pazienti riferiscono di aver rinviato avvii di cure importanti o di aver dovuto ricorrere al privato per evitare il rischio di peggioramento clinico.

Quasi alla pari con la diagnostica, le **prime visite specialistiche (17,2%)** continuano a rappresentare un nodo critico. La prima visita costituisce l'avvio del percorso di cura, e ritardarla implica:

- slittamento di eventuali approfondimenti diagnostici;
- ritardi nell'impostazione della terapia;
- difficoltà per i pazienti cronici non ancora stabilizzati.

Le segnalazioni mostrano situazioni in cui la prima disponibilità utile per una visita endocrinologica, dermatologica o cardiologica è fissata tra i 7 e i 14 mesi, un tempo incompatibile con la tutela della salute.

Di particolare gravità è il dato sugli **screening oncologici (16,7%)**. Gli screening sono strumenti fondamentali di prevenzione secondaria: ritardarne l'accesso compromette la possibilità di identificare tumori in fase precoce, con impatto sia clinico sia economico sul SSN.

Il dato suggerisce un arretramento nella capacità del sistema di garantire prevenzione tempestiva, con potenziali ricadute in termini di diagnosi tardive.

Gli **interventi chirurgici (9,1%)** rappresentano un ambito in cui la questione delle liste d'attesa assume un profilo ancora più delicato. Le segnalazioni ricevute descrivono:

- slittamenti ripetuti della data dell'intervento;
- rinvii dovuti alla carenza di anestesisti o alla ridotta disponibilità delle sale operatorie;
- situazioni in cui il differimento dell'intervento comporta dolore cronico, riduzione della mobilità o peggioramento della qualità della vita.

Non si tratta quindi solo di ritardi, ma di *barriere* che incidono in modo significativo sulla vita quotidiana delle persone e sul loro stato psicofisico.

Sebbene rappresentino il **6,0%** delle segnalazioni, le **difficoltà legate ai controlli e ai follow-up** hanno un impatto elevato soprattutto per:

- pazienti oncologici;
- persone con patologie croniche o degenerative;
- pazienti operati che attendono verifiche post-chirurgiche.

Il follow-up non è un servizio accessorio: è parte integrante del percorso clinico. I ritardi in questa fase aumentano il rischio di ricadute, complicanze o mancato monitoraggio dell'efficacia terapeutica.

Anche se la percentuale di segnalazioni sui **ricoveri ospedalieri (5,2%)** è più contenuta, la loro presenza nel quadro generale rappresenta un segnale allarmante. I cittadini riportano:

- tempi lunghi per ricoveri programmati;
- mancanza di posti letto, in particolare nei reparti chirurgici e internistici;
- degenze differite con conseguenze negative sul decorso clinico.

Il problema dei ricoveri si intreccia con la carenza di personale, la riduzione dei posti letto e le difficoltà di gestione del flusso ospedaliero.

La distribuzione delle segnalazioni evidenzia che l'impatto delle liste d'attesa non si limita a una fase specifica, ma attraversa l'intero percorso di cura. Ogni fase subisce ritardi, con un effetto domino che peggiora progressivamente lo stato di salute delle persone. Inoltre, la necessità di rivolgersi al privato per aggirare le attese rende il sistema sempre meno equo e alimenta differenze sociali e territoriali.

Mancato rispetto dei codici di priorità

Un'analisi dettagliata delle segnalazioni sulle liste d'attesa ci permette di evidenziare in quali ambiti è più frequente il mancato rispetto dei codici di priorità (U, B, D, P) presenti nelle ricette che identificano il carattere d'urgenza e le tempistiche nelle quali le prestazioni devono essere erogate.

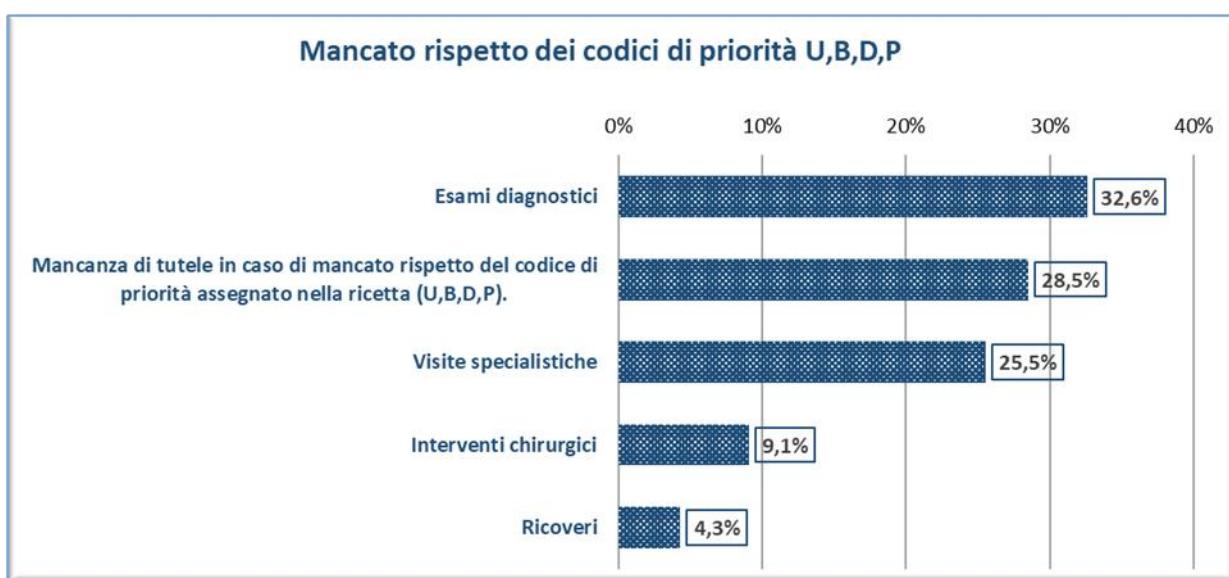


Figura 4. Fonte: Rapporto Civico Salute 2025 – Elaborazione Agenzia Valutazione Civica - Cittadinanzattiva

Il mancato rispetto dei codici è più frequente quando un cittadino deve svolgere esami diagnostici (32,6%) e visite specialistiche (25,5%), seguono interventi chirurgici (9,1%) e ricoveri (4,3%). Il restante 28,5% delle segnalazioni relative ai codici di priorità riguarda la mancata attivazione di percorsi di tutela in caso di mancato rispetto dei codici di priorità.

Le criticità segnalate dai cittadini fotografano una profonda frattura tra i **Livelli Essenziali di Assistenza (LEA)** teoricamente garantiti e la realtà dei servizi erogati. L'analisi rivela un SSN in uno stato di grave affanno, incapace di rispondere con tempestività, equità e appropriatezza alle necessità dei cittadini.

Tempi di attesa massimi segnalati per prestazione diagnostiche

Dalle segnalazioni dei cittadini è possibile evincere i tempi massimi di attesa calcolati in giorni con riferimento al sistema di garanzia previsto dai Lea in base ai codici di priorità.⁷ **E' opportuno precisare che non si tratta di dati statistici ma di dati che derivano dalle informazioni che hanno fornito i cittadini che si sono rivolti a Cittadinanzattiva**

Le tabelle sui tempi massimi di attesa segnalati per la diagnostica strumentale mostrano una violazione strutturale e diffusa dei tempi massimi previsti per i codici di priorità.

La tabella evidenzia in modo chiaro un quadro di forte criticità nelle liste di attesa, con numerose prestazioni che superano ampiamente i tempi massimi previsti per la categoria di priorità clinica.

Le priorità previste dai LEA sono:

- **U – Urgente:** entro 72 ore
- **B – Breve:** entro 10 giorni
- **D – Differibile:** entro 60 giorni
- **P – Programmata:** entro 120 giorni

TEMPI MASSIMI SEGNALATI (IN GIORNI) ELENCO DA SISTEMA DI GARANZIA LEA

Liste attesa per PRESTAZIONI DIAGNOSTICHE strumentali per immagini	Classe U (Urgente) ³ , entro 72 ore;	Classe B (Breve), entro 10 giorni;	Classe D (Differibile) , entro 60 giorni	Classe P (Programm ata), entro 120 giorni	Classe “Non determinata ”
	Numero giorni:	Numero giorni:	Numero giorni:	Numero giorni:	Numero giorni:
15 - 16 Mammografia -	-	-	83	-	370
TAC (non specificato)	-	70	360	-	30
17 - 18 TAC del Torace	60	150	240	360	-
19 – 24 TAC dell’addome	90	120	240	330	-
25 – 26 TAC Cranio – encefalo	30	60	120	330	-
27 – 28 TAC del rachide vertebra- cervicale	-	120	350	-	-
29 – 32 TAC rachide vertebrale lombosacr.	60	120	300	240	-
33 TAC di Bacino e articolazioni sacroili.	-	-	-	-	-
RM Risonanza Magnetica (non specificata)	-	-	-	-	120
34 – 35 RM di encefalo e tronco encefalico,	80	180	452	540	90
36 - 37 RM di addome inferiore e pelvico	60	225	240	365	-
38 - 39 RM della colonna in toto	-	150	450	-	60
40 Diagnostica ecografica capo e collo	-	-	-	-	-
Ecocolordoppler (non specificato)	-	-	-	-	60
41 Ecocolordoppler cardiaco	60	90	150	300	50
42 Ecocolordoppler dei tronchi sovraortici	-	-	300	240	40
Ecografia (non specificato)	-	-	-	-	180
43 -45 Ecografia dell’addome	90	120	320	-	365
46- 47 Ecografia della mammella	60	90	150	-	-
48 Ecografia ostetrica	90	120	-	180	-
49 Ecografia ginecologica	-	-	-	-	-
50 Ecocolordoppler arti inferiori	-	52	-	-	-
Radiografia (RX) non specificato	-	-	-	-	30
Esami di laboratorio (non specificato)	-	-	-	180	10
51 Coloscopia totale	120	240	360	720	365
52 Polipectomia dell’intestino	-	-	-	-	-
53 Rettosigmoidoscopia	-	-	-	-	-
54 Gastroscopia Esofagogastroduodenoscopia	60	270	240	-	300
55 Gastroscopia con biopsia	90	150	-	-	-

³ Classe U (Urgente), prestazioni da eseguire nel più breve tempo possibile e, comunque, entro 72 ore.

56 Elettrocardiogramma	90	150	-	240	60
57 Elettrocardiogramma dinamico (Holter)	60	90	-	-	-
58 Test cardiovascolare da sforzo	-	-	-	-	60
59 Altri test cardiovascolari da sforzo	-	-	-	-	-
60 Esame audiometrico tonale	-	-	-	-	-
61 – 62 Spirometria	90	150	-	240	268
63 Fondo oculare (Fotografia del fundus)	-	150	280	-	-
64 - 67 Elettromiografia	-	-	-	-	100
68 - 69- Valutazione EMG dinamica del cammino	-	-	-	-	-

Figura 5. Fonte: Rapporto Civico Salute 2025 – Elaborazione Agenzia Valutazione Civica - Cittadinanzattiva

Nella pratica, molte prestazioni **eccedono di mesi o addirittura anni i tempi previsti.**

Aree con maggiore scostamento dei tempi garantiti:

TAC:

- **TAC del torace (classe B)** → Previsto: 10 giorni → Segnalato: 150 giorni → **Scostamento: +140 giorni**
- **TAC dell'addome (classe B)** → Previsto: 10 giorni → Segnalato: 120 giorni → **+110 giorni**
- **TAC encefalo (classe D)** → Previsto: 60 giorni → Segnalato: 120 giorni → **+60 giorni**

Risonanza Magnetica (RM) La RM è l'area più critica dell'intera rilevazione:

- **RM encefalo e tronco encefalico (classe D)** → Previsto: 60 giorni → Segnalato: 452 giorni → **+392 giorni**
- **RM addome inferiore e pelvico (classe B)** → Previsto: 10 giorni → Segnalato → **+215 giorni**
- **RM colonna in toto (classe D)** → Previsto: 60 giorni → Segnalato: 450 giorni → **+390 giorni**

Ecografie Le ecografie, pur meno estreme rispetto alle RM, mostrano comunque condizioni fuori standard:

- **Ecografia addome (classe B)** → Previsto: 10 giorni → Segnalato: 120 giorni → **+110 giorni**
- **Ecografia mammella (classe B)** → Previsto: 10 giorni → Segnalato: 90 giorni → **+80 giorni**
- **Ecografia ostetrica (classe P)** → Previsto: 120 giorni Segnalato: 180 giorni → **+60 giorni**

Ecocolordoppler

- **Ecocolordoppler cardiaco (classe B)** → Previsto: 10 giorni → Segnalato: 90 giorni → **+80 giorni**

- **Ecocolordoppler tronchi sovraortici (classe D)** → Previsto: 60 giorni → Segnalato: 300 giorni → **+240 giorni**
- Endoscopia (colonoscopia e polipectomia)** Quest'area mostra le attese più lunghe dell'intera tabella:
- **Colonoscopia totale (classe P)** → Previsto: 120 giorni → Segnalato: 720 giorni → **+600 giorni** (1 anno e 8 mesi)
 - **Polipectomia dell'intestino (classe P)** → Previsto: 120 giorni → Segnalato: 365 giorni → **+245 giorni**

Tempi d'attesa massimi per prime visite specialistiche

Liste di attesa per PRIME VISITE SPECIALISTICHE	Classe U (Urgente) ⁴ , entro 72 ore;	Classe B (Breve), entro 10 giorni;	Classe D (Differibile), entro 30 giorni per le visite	Classe P (Programmata), entro 120 giorni	Classe "Non determinata"
	Numero giorni:	Numero giorni:	Numero giorni:	Numero giorni:	Numero giorni:
1 Prima Visita cardiologica	60	90	120	300	44
2 Prima Visita chirurgia vascolare	-	-	-	-	-
3 Prima Visita endocrinologica	30	90	150	365	442
4 Prima Visita neurologica	60	90	150	200	35
5 Prima Visita oculistica	120	420	395	540	180
6 Prima Visita ortopedica	60	90	240	300	-
7 Prima Visita ginecologica	60	90	165	-	120
8 Prima Visita otorinolaringoiatrica	90	90	180	-	-
9 Prima Visita urologica	90	150	240	-	266
10 Prima Visita dermatologica	30	60	-	365	180
11 Prima Visita fisiatrica	-	-	-	-	-
12 Prima Visita gastroenterologica	30	60	120	400	-
13 Prima Visita oncologica	30	90	-	240	-
14 Prima Visita pneumologica	-	-	-	180	-

Figura 6. Fonte: Rapporto Civico Salute 2025 – Elaborazione Agenzia Valutazione Civica - Cittadinanzattiva

In merito ai tempi d'attesa massimi segnalati per prime visite specialistiche la specialità più critica in assoluto, in base ai tempi massimi segnalati dai cittadini che si sono rivolti a Cittadinanzattiva risulta essere **l'oculistica**.

Aree con maggiore scostamento dei tempi garantiti:

- **Oculistica (classe B)** → Previsto: 10 giorni → Segnalato: 420 giorni → **+410 giorni**
- **Oculistica (classe U)** → Previsto: 3 giorni → Segnalato: 120 giorni → **+117 giorni**
- **Oculistica (classe D)** → Previsto: 30 giorni → Segnalato: 395 giorni → **+365 giorni**
- **Oculistica (classe P)** → Previsto: 120 giorni → Segnalato: 540 giorni → **+420 giorni**

⁴ Classe U (Urgente), prestazioni da eseguire nel più breve tempo possibile e, comunque, entro 72 ore.

- **Urologica (classe U)**→ Previsto: 3 giorni→ Segnalato: 90 giorni→ +87 giorni
- **Otorinolaringoiatrica (classe U)**→ Previsto: 3 giorni→ Segnalato: 90 giorni→ +87 giorni
- **Cardiologica (classe U)**→ Previsto: 3 giorni→ Segnalato: 60 giorni→ +57 giorni
- **Neurologica (classe U)**→ Previsto: 3 giorni→ Segnalato: 60 giorni→ +57 giorni
- **Ortopedica (classe U)**→ Previsto: 3 giorni→ Segnalato: 60 giorni→ +57 giorni
- **Ginecologica (classe U)**→ Previsto: 3 giorni→ Segnalato: 60 giorni→ +57 giorni
- **Urologica (classe B)**→ Previsto: 10 giorni→ Segnalato: 150 giorni→ +140 giorni
- **Ortopedica (classe D)**→ Previsto: 30 giorni→ Segnalato: 240 giorni→ +210 giorni
- **Urologica (classe D)**→ Previsto: 30 giorni→ Segnalato: 240 giorni +210 giorni
- **Gastroenterologica (classe P)**→ Previsto: 120 giorni→ Segnalato: 400 giorni→ +280 giorni
- **Endocrinologica (classe P)**→ Previsto: 120 giorni→ Segnalato: 365 giorni → +245 giorni
- **Dermatologica (classe P)**→ Previsto: 120 giorni→ Segnalato: 365 giorni → +245 giorni
- **Ginecologica (classe D)**→ Previsto: 30 giorni→ Segnalato: 165 giorni → +135 giorni
- **Otorinolaringoiatrica (classe D)**→ Previsto: 30 giorni→ Segnalato: 180 giorni→ +150 giorni
- **Oncologica (classe P)**→ Previsto: 120 giorni→ Segnalato: 240 giorni → +120 giorni
- **Endocrinologica (classe D)**→ Previsto: 30 giorni→ Segnalato: 150 giorni→ +120 giorni
- **Pneumologica (classe P)**→ Previsto: 120 giorni→ Segnalato: 180 giorni→ +60 giorni

Tempi massimi per prime visite specialistiche di controllo

Le aree più critiche per i ritardi rispetto ai LEA nell'ambito delle visite specialistiche di controllo⁵ sono: **cardiologia, endocrinologia, neurologia, oculistica, urologia, dermatologia e pneumologia.**

⁵ In questo caso ci riferiamo a pazienti affetti da malattie croniche, già in cura, per i quali si è resa necessaria una rivalutazione o un approfondimento attraverso una visita un esame diagnostico.

Liste di attesa per VISITE SPECIALISTICHE DI CONTROLLO	Classe U (Urgente) ⁶ , entro 72 ore;	Classe B (Breve), entro 10 giorni;	Classe D (Differibile), entro 30 giorni per le visite	Classe P (Programmata), entro 120 giorni	Classe "Non determinata"
	Numero giorni:	Numero giorni:	Numero giorni:	Numero giorni:	Numero giorni:
1 Visita cardiologica	60	123	150	-	192
2 Visita chirurgia vascolare	-	35	-	-	118
3 Visita endocrinologica	50	200	300	-	-
4 Visita neurologica	30	90	180	180	104
5 Visita oculistica	60	100	150	240	95
6 Visita ortopedica	-	60	90	-	128
7 Visita ginecologica	-	60	90	-	-
8 Visita otorinolaringoiatrica	40	33	-	-	64
9 Visita urologica	60	90	240	-	144
10 Visita dermatologica	30	120	260	-	158
11 Visita fisiiatrica	-	90	120	-	-
12 Visita gastroenterologica	20	30	60	-	-
13 Visita oncologica	30	60	-	210	-
14 Visita pneumologica	-	-	-	450	96
15 Visita odontoiatrica	-	-	-	-	-
16 Visita Psichiatrica	-	-	-	180	120

Figura 7. Fonte: Rapporto Civico Salute 2025 – Elaborazione Agenzia Valutazione Civica - Cittadinanzattiva

Visita cardiologica

- **Classe U (Urgente, entro 72 ore)** → Segnalato: 60 giorni → +57 giorni → **Criticità elevata**, ritardo significativo, rischio compromissione intervento tempestivo.
- **Classe B (Breve, entro 10 giorni)** → Segnalato: 123 giorni +113 giorni → **Criticità grave**, rischio per diagnosi precoce.
- **Classe D (Differibile, entro 30 giorni)** → Segnalato: 150 giorni → +120 giorni →
- **Criticità grave**, possibile peggioramento della condizione cardiaca.

Visita chirurgia vascolare

- Classe B → Previsto 10 giorni, Segnalato: 35 giorni → +25 giorni → **ritardo significativo**

Visita endocrinologica

- Classe U → 50 giorni vs 3 giorni previsto (ipotizzando LEA), **+47 giorni**
- Classe B → 200 giorni vs 10 giorni previsto → +190 giorni **critico**
- Classe D → 300 giorni vs 30 giorni → **fortemente critico**

Visita neurologica

- Classe U → 30 giorni vs 3 giorni → +27 giorni → **elevata criticità**
- Classe B → 90 giorni vs 10 giorni → +80 giorni
- Classe D → 180 giorni vs 30 giorni → +150 giorni

⁶ Classe U (Urgente), prestazioni da eseguire nel più breve tempo possibile e, comunque, entro 72 ore.

- Classe P → 180 giorni vs 120 giorni → +60 giorni
- Classe Non determinata → 104 giorni

Visita oculistica

- Classe U → 60 giorni vs 3 giorni → +57 giorni
- Classe B → 100 giorni vs 10 giorni → +90 giorni
- Classe D → 150 giorni vs 30 giorni → +120 giorni
- Classe P → 240 giorni vs 120 giorni → +120 giorni
- Classe Non determinata → 95 giorni

Visita urologica

- Classe U → 60 giorni vs 3 giorni → +57 giorni
- Classe B → 90 giorni vs 10 giorni → +80 giorni
- Classe D → 240 giorni vs 30 giorni → +210 giorni
- Classe Non determinata → 144 giorni

Visita dermatologica

- Classe U → 30 giorni vs 3 giorni → +27 giorni
- Classe B → 120 giorni vs 10 giorni → +110 giorni
- Classe D → 260 giorni vs 30 giorni → +230 giorni
- Classe Non determinata → 158 giorni

Visita pneumologica

- Classe P → 450 giorni vs 120 giorni → **altamente critica, grave impatto sulla salute**
- Classe Non determinata → 96 giorni

Tempi massimi per interventi

I ritardi più gravi riguardano **interventi oncologici e cardiovascolari**, con superamenti fino a +185 giorni rispetto ai limiti LEA. Tali ritardi comportano un **impatto diretto sul diritto alla salute**, con aumento del rischio di complicanze, progressione della malattia o peggioramento della qualità della vita. Anche ritardi moderati (+60 giorni) nelle classi ad alta priorità (B) sono significativi e richiedono attenzione nella gestione delle liste d'attesa.

Liste attesa per INTERVENTI IN GIORNI PRESTAZIONI IN RICOVERO ORDINARIO O DIURNO	Classe A Ricovero entro 30 giorni.	Classe B Ricovero entro 60 giorni.	Classe C Ricovero entro 180 giorni.	Classe D Ricovero entro 12 mesi.	Classe “Non determinata”
	Numero giorni:	Numero giorni:	Numero giorni:	Numero giorni:	Numero giorni:
1 Interventi chirurgici tumore mammella	90	150	240	-	19
2 Interventi chirurgici tumore prostata	120	180	360	-	55
3 Interventi chirurgici tumore colon	90	120	-	240	-
4 Interventi chirurgici tumore retto	120	80	-	-	-

5 Interventi chirurgici tumore dell'utero	-	-	-	-	-
6 Interventi chirurgici per melanoma	90	120	-	540	-
7 Interventi chirurgici tumore tiroide	-	180	240	-	-
8 By pass aortocoronarico	60	120	-	-	-
9 Angioplastica coronarica	60	120	360	-	-
10 Endoarteriectomia carotidea ⁷	-	-	-	-	-
11 Intervento protesi d'anca	60	90	-	180	-
12 Interventi chirurgici tumore polmone	60	90	240	540	-
13 Colecistectomia laparoscopica	90	150	-	-	-
14 Coronarografia	-	180	240	-	-
15 Biopsia percutanea del fegato	-	-	-	-	-
16 Emorroidectomia	-	-	-	-	-
17 Riparazione ernia inguinale	90	120	-	545	180

Figura 8. Fonte: Rapporto Civico Salute 2025 – Elaborazione Agenzia Valutazione Civica - Cittadinanzattiva

Gli interventi con **ritardi più critici** rispetto ai limiti LEA sono:

- **Interventi chirurgici per melanoma** (Classe D, limite LEA 360 giorni): segnalati 540 giorni → **+180 giorni**. Criticità elevata: il ritardo può comportare progressione tumorale e compromettere la prognosi.
- **Interventi chirurgici tumore polmone** (Classe D, limite LEA 360 giorni): segnalati 540 giorni → **+180 giorni**. Ritardo grave, rischio di peggioramento clinico significativo.
- **Riparazione ernia inguinale** (Classe D, limite LEA 360 giorni): segnalati 545 giorni → **+185 giorni**. Ritardo molto significativo, con impatto sulla qualità della vita e possibile complicanze.
- **Interventi chirurgici tumore tiroide** (Classe B, limite LEA 60 giorni): segnalati 180 giorni → **+120 giorni**. Ritardo elevato rispetto alla priorità, possibile impatto prognostico.
- **By pass aortocoronarico** (Classe B, limite LEA 60 giorni): segnalati 120 giorni → **+60 giorni**. Ritardo rilevante, con aumento del rischio cardiovascolare.
- **Angioplastica coronarica** (Classe B, limite LEA 60 giorni): segnalati 120 giorni → **+60 giorni**. Ritardo significativo, rischio ischemico acuto.
- **Interventi chirurgici tumore colon** (Classe C, limite LEA 180 giorni): segnalati 240 giorni → **+60 giorni**. Ritardo importante, possibile peggioramento della prognosi.

Difficoltà generali di accesso – 16,6%

Un ulteriore pacchetto di segnalazioni riguarda problemi generalizzati nei processi di prenotazione:

CUP irraggiungibili, con attese telefoniche prolungate o linee costantemente occupate.

Piattaforme digitali non performanti, spesso non aggiornate o incapaci di gestire elevati volumi di utenza.

Impossibilità di riprogrammare una visita, anche nei casi in cui l'annullamento sia dovuto a esigenze sanitarie del cittadino o a disservizi della struttura.

⁷ Rimozione di placche nell'arteria carotide

Molte persone segnalano la necessità di telefonare più volte al giorno per settimane, senza riuscire a parlare con un operatore o fissare un appuntamento.

Intramoenia – 13,3%

Una quota significativa di cittadini denuncia di essere di fatto costretta a rivolgersi all'attività libero-professionale (Intramoenia) per ottenere la stessa visita che non riesce a prenotare attraverso il canale pubblico.

Conclusioni

I dati di Cittadinanzattiva relativi all'accesso su gennaio-dicembre 2024 lanciano un allarme chiaro: quasi metà delle segnalazioni riguarda l'impossibilità di accedere in tempo alle prestazioni, lasciando migliaia di cittadini tra il rischio per la salute e la necessità di pagare di tasca propria cure che dovrebbero essere garantite. Garantire trasparenza, efficienza, equità e tempestività non è un'opzione, ma un dovere del SSN. Il decreto sulle liste d'attesa, in vigore da giugno 2024, rappresenta una concreta possibilità di cambiamento: forse servirà ancora tempo per vederne appieno gli effetti, ma se applicato con costanza potrà trasformare l'allarme di oggi in accesso equo e rapido alle cure domani, restituendo fiducia ai cittadini e dignità al diritto alla salute. Perché il cambiamento diventi reale, però, serve l'impegno di tutti: cittadini consapevoli, operatori sanitari motivati, amministratori responsabili. Solo facendo ciascuno la propria parte possiamo riappropriarci di un SSN pubblico, universale ed efficiente, capace di garantire cure tempestive e diritto alla salute per tutti.

1.4 ASSISTENZA SANITARIA DI PROSSIMITÀ

L'assistenza sanitaria di prossimità continua a rappresentare uno dei pilastri fondamentali del Servizio Sanitario Nazionale (SSN), soprattutto in una fase di profonde trasformazioni del sistema territoriale. Le riforme in corso puntano a rafforzare la presa in carico dei cittadini attraverso il **potenziamento delle Case della Comunità**, la creazione degli **Ospedali di Comunità**, la revisione dell'**Assistenza Domiciliare Integrata (ADI)** e la riorganizzazione dei servizi rivolti alla **non autosufficienza**. L'obiettivo dichiarato è quello di garantire continuità assistenziale, integrazione tra ospedale e territorio e risposta più tempestiva ai bisogni dei cittadini, con particolare attenzione a fragili, anziani e persone con patologie croniche. Tuttavia, le segnalazioni raccolte da Cittadinanzattiva mostrano come, nonostante le riforme, persistano disfunzioni strutturali e difficoltà operative che impattano direttamente sulla qualità dell'assistenza percepita dai cittadini. L'assistenza sanitaria di prossimità costituisce un punto di riferimento centrale per i cittadini e un pilastro del Servizio Sanitario Nazionale. Include servizi erogati dai Medici di Medicina Generale (MMG) e dai Pediatri di Libera Scelta (PLS), strutture residenziali per anziani e persone non autosufficienti (RSA), assistenza domiciliare e servizi di salute mentale.

La voce dei cittadini

Nonostante le riforme territoriali in corso — dal potenziamento delle Case della Comunità e degli Ospedali di Comunità alla revisione dell'Assistenza Domiciliare Integrata (ADI) e dei servizi per la non autosufficienza — le segnalazioni raccolte da Cittadinanzattiva evidenziano come l'assistenza di prossimità rimanga un settore critico, caratterizzato da disfunzioni che impattano sulla continuità e sulla qualità della cura.

L'assistenza sanitaria di prossimità, nel 2024 ha fatto registrare una percentuale del **17,9% di segnalazioni** rispetto alle segnalazioni totali, rappresenta la seconda maggiore

problematica segnalata dai cittadini in termini di inefficienze riscontrate nel Servizio Sanitario Nazionale (SSN), seppur con un notevole scarto rispetto alle difficoltà di accesso alle cure. Le segnalazioni confermano che l'assistenza sanitaria di prossimità resta un settore nevralgico del SSN: centrale per la vita dei cittadini, ma oggi caratterizzato da frammentazione, carenze operative e disuguaglianze territoriali.

Le principali criticità segnalate riguardano: Rapporto con MMG/PLS (58,7%), RSA e strutture di lungodegenza (10,0%), Salute mentale (9,8%), Assistenza domiciliare (7,8%), Raccordo ospedale-territorio (4,8%), consultori (3,8%).

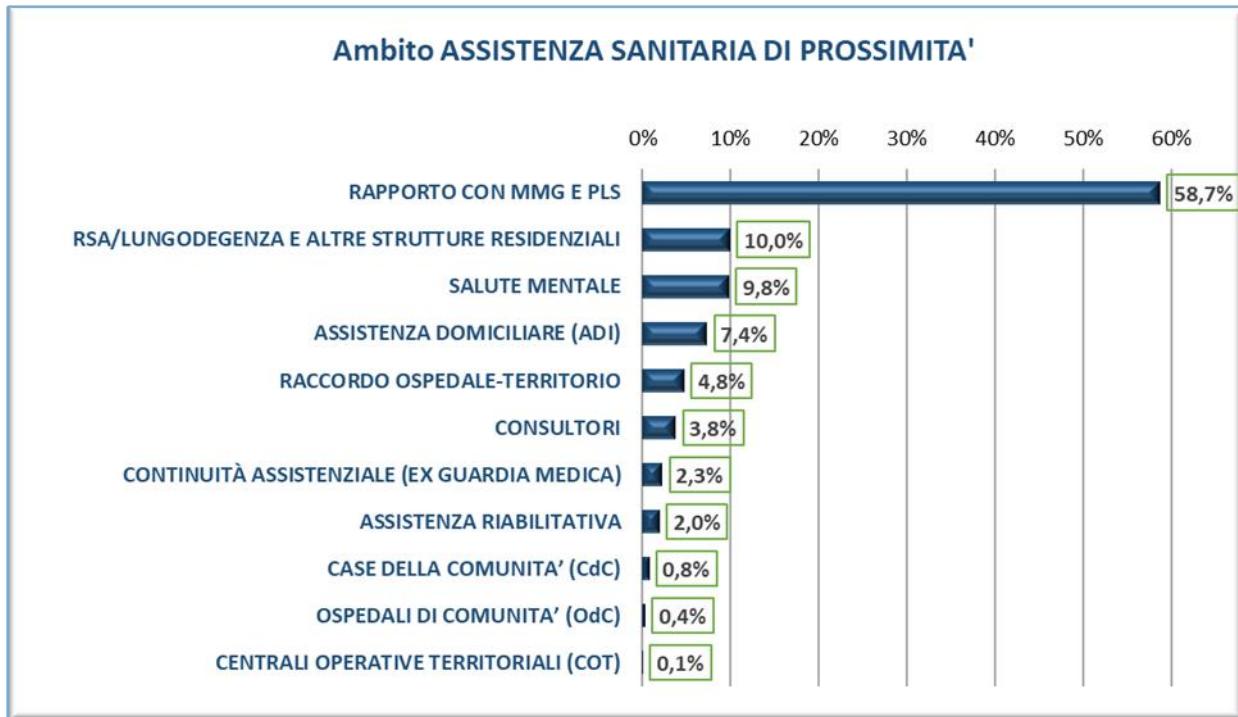


Figura 9. Fonte: Rapporto Civico Salute 2025 – Elaborazione Agenzia Valutazione Civica – Cittadinanzattiva

Rapporto con MMG/PLS

La percentuale più alta di segnalazioni riguarda i Medici di Medicina Generale e i Pediatri di Libera Scelta ((58,7%). I cittadini evidenziano problemi legati a:

- **Tempi di attesa e disponibilità limitata:** molti pazienti segnalano difficoltà a ottenere appuntamenti tempestivi o a contattare il medico per urgenze.
- **Difficoltà comunicative:** informazioni poco chiare sui percorsi di cura e sui referti.
- **Continuità assistenziale insufficiente:** in caso di assenze o turni ridotti dei medici, i pazienti non ricevono alternative chiare.

Queste criticità confermano come MMG e PLS siano il punto di riferimento principale per la popolazione, ma siano sottoposti a sovraccarico di lavoro, limitazioni di tempo e mancanza di strumenti organizzativi adeguati. La riforma territoriale deve garantire maggiore disponibilità, coordinamento e supporto operativo.

RSA e strutture di lungodegenza

Le segnalazioni relative all'assistenza territoriale di prossimità relative a RSA e lungodegenza sono il 10,0% rispetto al totale di questo settore. Le segnalazioni raccolte da Cittadinanzattiva evidenziano criticità ricorrenti: carenza di personale e formazione, tempi di risposta lunghi in presenza di variazioni dello stato clinico dei residenti, e forte

variabilità della qualità dei servizi tra territori. Queste aree di criticità concorrono a una percezione diffusa di insicurezza e di inadeguatezza dell'offerta residenziale per anziani e non autosufficienti, con conseguenze importanti per cittadini e caregiver familiari.

Le segnalazioni relative a RSA e lungodegenze indicano:

- **Carenza di personale e formazione:** problemi di assistenza quotidiana e supporto sanitario ridotto.
- **Tempi di risposta lunghi:** ritardi nella gestione di situazioni acute o cambi di stato clinico dei residenti.
- **Qualità dei servizi variabile tra territori:** alcune regioni offrono standard adeguati, altre no.
- **Criticità rispetto alle rette nella ripartizione delle quote sanitaria/residenziale tra SSN-SSR e famiglie**

Il dato evidenzia come la residenzialità per anziani e non autosufficienti rimanga insufficiente, sia per quantità che per qualità, con impatti diretti sui cittadini e sui familiari caregiver. La composizione delle rette in RSA è uno dei nodi più controversi. Il quadro normativo prevede storicamente la distinzione tra una “quota sanitaria” (parte riconducibile all’assistenza sanitaria e in parte a carico del Servizio Sanitario Nazionale) e una “quota residenziale” o sociale (a carico dell’utente o del Comune, a seconda dei casi). Tuttavia, nella pratica permangono incertezze e contenziosi su cosa debba essere considerato servizio sanitario a carico del SSN e cosa debba rimanere a carico dell’ospite (o del suo patrimonio), con ricadute dirette sulla sostenibilità economica per le famiglie e su disparità di accesso. Sentenze e orientamenti giurisprudenziali recenti mostrano casi di contenzioso sulla restituzione di rette percepite impropriamente. È pertanto necessario chiarire e uniformare modalità, criteri e trasparenza nella fatturazione delle rette (quota sanitaria vs. quota residenziale).

Salute mentale

Le segnalazioni nel settore salute mentale rappresentano il 9,8% rispetto al totale delle segnalazioni relative all’assistenza territoriale di prossimità. La salute mentale emerge come un ambito critico che richiede maggiore integrazione tra servizi sanitari e sociali, oltre a un incremento delle risorse professionali e strutturali.

Le criticità evidenziate dai cittadini si concentrano su:

- **Accesso limitato a servizi specialistici:** tempi di attesa troppo lunghi, mancanza di centri territoriali.
- **Integrazione insufficiente con MMG e assistenza sociale:** percorsi non coordinati tra ospedale, territorio e servizi psicologici.
- **Scarso supporto per famiglie:** mancanza di informazioni, sostegno e continuità dei trattamenti.

Assistenza domiciliare

Le segnalazioni sull’Assistenza Domiciliare (7,8%) confermano un quadro di criticità che permane nonostante gli interventi normativi degli ultimi anni, in particolare la riforma dell’ADI e la spinta al potenziamento dei servizi territoriali prevista dal PNRR e dal DM 77/2022. La disponibilità di servizi domiciliari continua a essere

disomogenea, con differenze marcate tra regioni e tra ASL, sia in termini di numero di utenti raggiunti sia di intensità assistenziale garantita. La riforma dell'ADI ha posto obiettivi chiari di ampliamento della platea e di incremento delle ore erogate, ma le segnalazioni dei cittadini mostrano che tali traguardi non si sono ancora pienamente tradotti in un effettivo ampliamento della copertura. Molti pazienti fragili – anziani non autosufficienti, persone con cronicità complesse, malati terminali – continuano a non ricevere il supporto necessario, con un evidente impatto sulla loro permanenza al domicilio. Le disfunzioni nell'ADI ricadono in maniera diretta sui caregiver familiari, che spesso suppliscono alle mancanze del servizio con un impegno quotidiano elevato, sia fisico che emotivo.

Le segnalazioni indicano problemi legati a:

- **Copertura insufficiente:** servizi domiciliari non disponibili per tutti i pazienti che ne avrebbero bisogno.
- **Frammentazione dei percorsi:** coordinamento debole tra servizi sanitari, sociali e medici di riferimento.
- **Tempi di attivazione lunghi:** ritardi nell'attivazione dell'ADI e dei servizi di supporto a domicilio.

Raccordo ospedale-territorio

Le segnalazioni relative al raccordo ospedale territorio (4,8% rispetto al totale delle segnalazioni relative all'assistenza territoriale di prossimità), seppur meno numerose rispetto ad altri ambiti, queste segnalazioni indicano un nodo strutturale: la continuità della cura resta compromessa, con conseguenze negative sul recupero del paziente e sulla gestione delle cronicità.

Le segnalazioni mostrano:

- **Scarso coordinamento tra ospedale e servizi territoriali:** ritardi nel passaggio da ricovero a domicilio o a RSA.
- **Assistenza frammentata:** informazioni e protocolli non condivisi tra professionisti.

Consultori

Le segnalazioni relative ai consultori sono il 3,8% rispetto al totale di quelle relative all'assistenza sanitaria di prossimità. I Consultori si configurano come presidi socio-sanitari dedicati all'erogazione di prestazioni in ambito ostetrico-ginecologico, psicologico e sociale. La loro funzione primaria si inserisce nel contesto della prevenzione, mirando specificamente a tutelare la salute riproduttiva delle donne, a incoraggiare un approccio consapevole alla genitorialità (sia materna che paterna) e a salvaguardare l'infanzia.

Nonostante il loro forte radicamento e la vicinanza con le comunità locali, si riscontrano in questo settore delle notevoli criticità e inefficienze. Tali problematiche derivano prevalentemente dalla mancata capacità di rispondere efficacemente alle necessità della popolazione, dalla scarsità di personale specializzato, dall'erogazione di un servizio non sempre costante e dalla debolezza o assenza di collegamenti sinergici con altre realtà assistenziali presenti sul territorio.

Conclusioni

L'analisi delle segnalazioni raccolte nel 2024 conferma con chiarezza che l'assistenza sanitaria di prossimità rappresenta uno dei nodi più sensibili e strategici del Servizio Sanitario Nazionale. Pur nel quadro di un processo di riforma che punta a rafforzare la rete territoriale, i cittadini continuano a rilevare disfunzioni, frammentazione organizzativa e disuguaglianze nell'accesso ai servizi. Da questo quadro emerge un messaggio chiaro: **il territorio è ancora un cantiere aperto**, in cui la promessa di una sanità più vicina ai cittadini non può realizzarsi senza un investimento coerente su personale, governance e integrazione dei percorsi. La prossimità non è solo una riorganizzazione di servizi, ma un impegno a rendere ogni livello dell'assistenza accessibile, coordinato e capace di garantire continuità di cura. In questo senso, le segnalazioni dei cittadini svolgono una funzione essenziale: **rendono visibile ciò che spesso non emerge nei dati amministrativi**, riportano al centro dell'attenzione i bisogni delle persone più fragili e indicano con precisione le aree che richiedono interventi urgenti.

1.5 ASSISTENZA OSPEDALIERA

I dati raccolti da Cittadinanzattiva nel 2024 mettono in luce un quadro di forte sofferenza dell'assistenza ospedaliera, che si posiziona al terzo posto tra le criticità più segnalate dai cittadini (11% del totale), subito dopo l'accesso alle prestazioni e l'assistenza sanitaria di prossimità (17,9%). Le segnalazioni evidenziano in particolare la crisi dell'area dell'emergenza-urgenza, che da anni rappresenta il punto più fragile della rete ospedaliera. Questo scenario trova piena conferma anche nei dati prodotti da organismi professionali e scientifici, come la **Società Italiana di Medicina di Emergenza-Urgenza (SIMEU)**. Nel 2024 SIMEU⁸ ha documentato un **aumento dei tempi di attesa, del sovraffollamento e del fenomeno del boarding**, con una permanenza media in Pronto Soccorso che continua a superare le soglie raccomandate e con tempi di attesa spesso superiori alle due ore e mezza per i codici a minore priorità. La stessa società scientifica ha inoltre rilevato una riduzione del personale nei Dipartimenti di Emergenza, definendo la situazione "strutturalmente insostenibile" e richiamando a più riprese il rischio di un collasso del sistema. La convergenza tra le segnalazioni dei cittadini e le analisi professionali mostra come la crisi della rete ospedaliera – e in particolare del Pronto Soccorso – non sia un fenomeno episodico, ma un problema sistematico che si ripercuote sulla percezione di sicurezza, accessibilità e dignità delle cure.

La voce dei cittadini

Nel 2024 l'assistenza ospedaliera si posiziona al terzo posto per percentuale di segnalazioni rispetto al totale, è la terza criticità più segnalata (11%) dopo accesso alle prestazioni e assistenza sanitaria di prossimità. Le segnalazioni si suddividono tra: **Emergenza/Urgenza – Pronto Soccorso** (78,1%), Ricoveri (17,6%), Dimissioni (4,2%). L'attenzione dei cittadini si focalizza dunque quasi esclusivamente sul Pronto Soccorso, percepito come luogo di inefficienza, sovraccarico e rischio. Ciò suggerisce che la crisi dell'emergenza-urgenza rappresenta oggi la principale fonte di insoddisfazione e preoccupazione dei cittadini nei confronti del Servizio Sanitario.

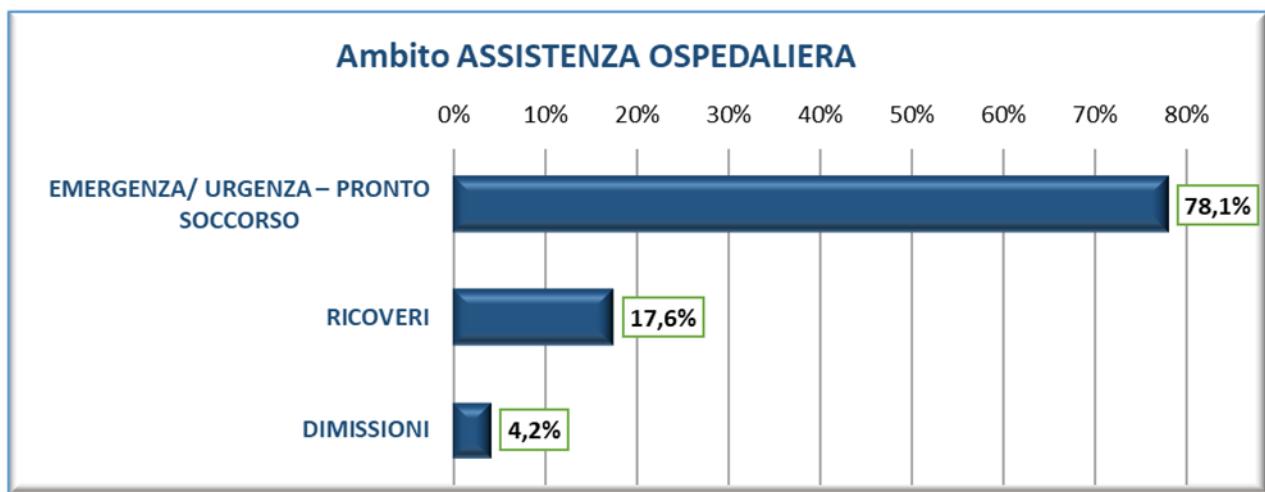


Figura 10. Fonte: Rapporto Civico Salute 2025 – Elaborazione Agenzia Valutazione Civica – Cittadinanzattiva

⁸ Report Osservatorio SIMEU 2024 <https://www.simeu.it/w/>

Emergenza/Urgenza- Pronto Soccorso

Il 2024 fa emergere una crisi trasversale della **accessibilità**: l'aumento delle segnalazioni sulle liste d'attesa e sull'assistenza territoriale segnala una percezione crescente di iniquità e di rischio per la garanzia costituzionale alla salute. La debolezza dei servizi territoriali – dalla medicina generale all'assistenza domiciliare, fino alla specialistica ambulatoriale – alimenta un ricorso inappropriato al Pronto Soccorso per patologie non urgenti. Ciò genera un **circolo vizioso**:

1. servizi territoriali carenti →
2. maggior afflusso al PS →
3. sovraffollamento e boarding →
4. peggioramento dell'assistenza e ulteriore perdita di fiducia nel sistema.

Il Pronto Soccorso diventa così il luogo dove confluiscano tutte le fragilità del sistema, non solo quelle dell'emergenza.

L'altissima percentuale di segnalazioni sui sul **Pronto Soccorso (78,1%)** suggerisce che la crisi dell'emergenza-urgenza è la principale fonte di insoddisfazione e preoccupazione per i cittadini che si rivolgono all'ospedale.

Le principali difficoltà segnalate dai cittadini nei Pronto Soccorso sono:

1. Lunghe attese e sovraffollamento (Boarding)

Le segnalazioni confermano che le attese restano uno dei problemi più gravi e persistenti:

- tempi di attesa che superano spesso i 147 minuti per i codici verdi;
- permanenza forzata di pazienti su barelle o in aree improprie in attesa di ricovero;
- difficoltà nel trasferimento dei pazienti nei reparti a causa della carenza di posti letto;
- attese in ambulanza dovute all'impossibilità di consegnare le barelle.

Il boarding, già indicato da SIMEU come fattore di rischio clinico e organizzativo, viene così direttamente percepito dai cittadini come segno di un sistema in affanno.

2. Criticità nel Triage

Il triage, nodo fondamentale della gestione delle priorità, è spesso vissuto come:

- poco trasparente;
- disorganizzato;
- insufficiente per mancanza di personale;
- fonte di tensione nella sala d'attesa, specie quando l'operatore deve gestire contemporaneamente utenti e accoglienza.

La scarsa comprensibilità delle regole del triage amplifica la sfiducia dei cittadini e la sensazione di iniquità.

3. Fattori strutturali e di personale

La qualità percepita dell'assistenza risente pesantemente di:

- carenza di personale medico, infermieristico e OSS, con turni estenuanti e riduzione del personale nelle fasce notturne e festive;
- spazi inadeguati, mancanza di privacy, sale d'attesa sovraffollate;
- impossibilità per molti caregiver di assistere il proprio congiunto a causa della mancanza di spazi dedicati.

Questi elementi generano un ambiente che non tutela la dignità delle persone e acuisce il senso di disorientamento e vulnerabilità.

Ricoveri

La percentuale di segnalazioni relativa ai ricoveri nell'ambito dell'assistenza ospedaliera è del 17,6%. Le segnalazioni evidenziano criticità che incidono direttamente sulla continuità assistenziale e sulla qualità del percorso ospedaliero. Le problematiche emerse riflettono difficoltà sia organizzative sia comunicative all'interno dei reparti. Complessivamente, le segnalazioni relative ai ricoveri indicano una difficoltà del sistema nel garantire percorsi fluidi, sostenibili e orientati alla centralità della persona.

Le segnalazioni dei cittadini fanno riferimento, in particolare, a:

- **Ritardi nell'assegnazione del posto letto:** pazienti costretti a permanere per molte ore – talvolta giornate – in Pronto Soccorso in attesa di un ricovero, spesso su barelle o in spazi non dedicati. Viene frequentemente denunciata la mancanza di informazioni chiare sul tempo necessario per il trasferimento nei reparti.
- **Carenza di personale nei reparti:** familiari e caregiver segnalano che la ridotta presenza di infermieri e OSS comporta tempi più lunghi nell'erogazione delle cure di base (mobilizzazione, somministrazione delle terapie, cambio del paziente), con ripercussioni sulla sicurezza e sul comfort.
- **Difficoltà nell'accesso dei caregiver:** alcuni reparti limitano fortemente la presenza dei familiari anche in situazioni in cui sarebbe invece utile un supporto assistenziale e relazionale, come nei casi di pazienti fragili o non autosufficienti. Tali restrizioni, non sempre adeguatamente motivate, sono percepite come un ostacolo al benessere del paziente.
- **Scarsa comunicazione da parte del personale sanitario:** cittadini e familiari lamentano l'assenza di colloqui strutturati sulle condizioni cliniche, sui programmi terapeutici o sulle tempistiche previste del ricovero. Questa criticità è particolarmente evidente nei reparti a più alta intensità assistenziale, dove la pressione organizzativa è maggiore.

Dimissioni

La percentuale di segnalazioni relativa alle dimissioni nell'ambito dell'assistenza ospedaliera è del 4,2%. La percentuale più contenuta di segnalazioni dedicate alla fase delle dimissioni non deve essere interpretata come assenza di criticità; al contrario, le segnalazioni raccolte mostrano come un momento cruciale del percorso di cura sia spesso gestito in modo non pienamente coerente con i principi di continuità, sicurezza e informazione al cittadino.

Le principali problematiche segnalate includono:

- **Dimissioni percepite come premature:** pazienti e familiari riferiscono casi in cui il rientro al domicilio avviene senza una sufficiente stabilità clinica o senza un chiaro piano di presa in carico post-ospedaliera. Nei racconti emerge la sensazione che il bisogno di liberare i posti letto prevalga talvolta sulla valutazione globale della persona.
- **Assenza o incompletezza della lettera di dimissione:** diverse segnalazioni riportano documenti incompleti, privi di indicazioni precise sulla terapia farmacologica da seguire, sulle visite di controllo o sul percorso riabilitativo. Ciò comporta disorientamento, soprattutto per pazienti anziani o con più patologie.
- **Difficoltà nell'attivazione dell'assistenza territoriale:** in molti casi il cittadino non viene accompagnato nella transizione verso i servizi di prossimità (ADI, RSA, UVM, specialistica), lasciando famiglie e caregiver a fronteggiare da soli una fase delicata. In particolare, si segnalano ritardi nell'attivazione dell'assistenza domiciliare o l'assenza di indicazioni su come attivarla.
- **Mancanza di istruzioni pratiche:** segnalazioni frequenti riguardano la scarsa informazione su medicazioni, gestione di presidi sanitari, nutrizione, o monitoraggio dei sintomi di allarme. Ciò genera insicurezza e aumenta il rischio di rientri in Pronto Soccorso.

Nel complesso, le criticità relative alle dimissioni evidenziano un problema di **continuità assistenziale**: il passaggio dall'ospedale al territorio non è ancora pienamente integrato e genera incertezza in una fase in cui il cittadino si trova spesso in condizione di particolare fragilità.

Conclusioni

La fotografia del 2024 relativa all' Emergenza -Urgenza mostra un Servizio Sanitario che soffre soprattutto nei punti di contatto più critici con il cittadino: l'accesso alle prestazioni, la prossimità territoriale e, su tutto, l'emergenza-urgenza. La convergenza tra dati civici e dati tecnici (come quelli di SIMEU) impone una riflessione chiara: **il Pronto Soccorso non può continuare a essere il luogo dove si riversano le fragilità irrisolte di tutto il sistema sanitario**. I diritto alla salute non è solo il diritto alla cura, ma alla **cura tempestiva, accessibile e dignitosa**.

Le segnalazioni dei cittadini non sono semplici lamenti: sono un esercizio di partecipazione democratica e un contributo indispensabile per migliorare i servizi. Ogni attesa prolungata, ogni barella nei corridoi, ogni paziente lasciato senza informazioni è un segnale che deve essere raccolto.

1.6 ASSISTENZA PREVIDENZIALE

L'assistenza previdenziale rappresenta uno dei principali strumenti di tutela dei cittadini con disabilità o fragilità. Le segnalazioni relative all'assistenza previdenziale hanno registrato nel 2024 un aumento significativo, pari a +4,3% rispetto all'anno precedente, raggiungendo il 5,7% del totale delle segnalazioni totali. Le criticità principali denunciate dai cittadini riguardano l'allungamento dei tempi dei procedimenti valutativi, la complessità delle procedure INPS e l'aumento della domanda di accertamento. Studi esterni, come quelli dell'ISTAT 2024 sui tempi di accesso ai servizi pubblici, confermano che oltre il 60% delle persone con disabilità segnala difficoltà nell'orientarsi tra le procedure e le informazioni spesso poco chiare o contraddittorie. Tali dati sottolineano l'urgenza di interventi strutturali per garantire il diritto all'assistenza in modo efficace ed equo. Per affrontare queste criticità, nel 2025 è stata avviata una riforma complessiva del sistema di disabilità, basata sul Decreto Legislativo 3 maggio 2024, n. 62, in attuazione della Legge Delega 227/2021. La riforma ridefinisce la condizione di disabilità secondo un modello multidimensionale, che valuta la persona nella sua interezza: non solo la patologia, ma anche le capacità di funzionamento nella vita quotidiana, l'autonomia, le relazioni sociali e la partecipazione lavorativa.

Le nuove procedure INPS introducono strumenti concreti di semplificazione:

- Digitalizzazione dei flussi e dei documenti;
- Certificato unico multidimensionale;
- Visita unica multidisciplinare;
- Maggiore uniformità territoriale;
- Riduzione delle visite ripetute e semplificazione della modulistica.

Tuttavia, le segnalazioni del 2024 riflettono il sistema precedente alla riforma. Il pieno beneficio della riforma sarà visibile solo con l'implementazione su tutto il territorio, la formazione del personale e la diffusione dei nuovi strumenti. La fotografia attuale resta quindi di **transizione**, con evidenti criticità ancora presenti.

La voce dei cittadini

Le segnalazioni che si riferiscono all'assistenza previdenziale fanno registrare un incremento significativo nel 2024 (+4,3% rispetto al 2023). La quasi totalità delle segnalazioni relative all'ambito dell'assistenza previdenziale si riferisce alle **procedure relative all'invalidità e all'accompagnamento** (92,0%) **residuali quelle sull'Handicap** (8,0%)

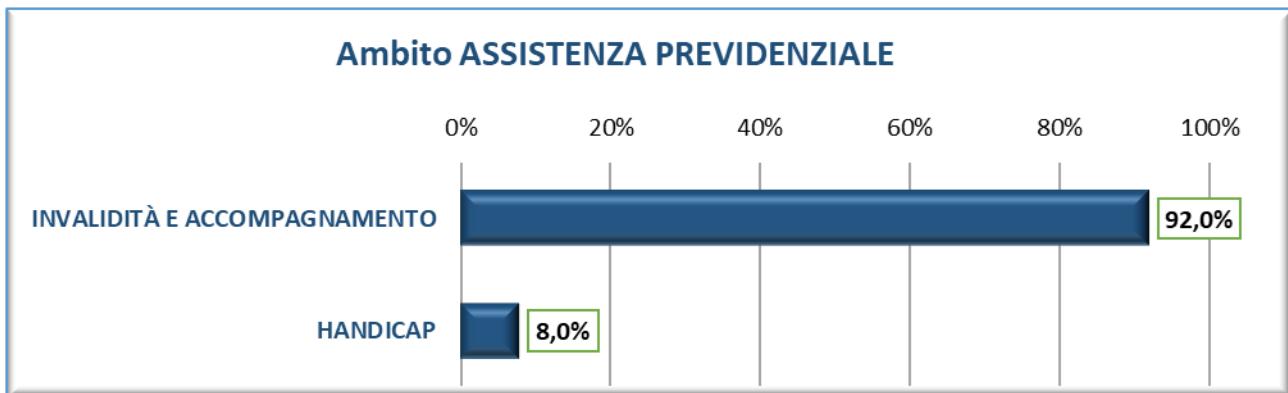


Figura 11. Fonte: Rapporto Civico Salute 2025 – Elaborazione Agenzia Valutazione Civica – Cittadinanzattiva

Questa distribuzione indica chiaramente che la quasi totalità dei problemi riguarda le procedure di invalidità e accompagnamento, a conferma della forte domanda di tutela e del carico burocratico ancora presente nel sistema.

Invalidità e accompagnamento

Le segnalazioni dei cittadini relative all'invalidità e all'accompagnamento, sono, dunque, quasi la totalità (92,0%) di quelle relative all'assistenza previdenziale.

Questo significa che la domanda — e le esigenze di tutela — sono forti, e che il sistema attuale (quello precedente alla riforma) risulta inadeguato a gestirle in modo efficace e rispettoso. Le lamentele principali, allungamento dei tempi, complessità delle procedure, aumento della domanda, riflettono una situazione di stress crescente per famiglie e persone fragili.

Tra i principali disservizi segnalati dai cittadini, emergono:

- **Lunghe attese e procedure ripetitive:** molte persone devono sottoporsi a più visite mediche per lo stesso accertamento, con tempi di attesa che superano spesso i sei mesi;
- **Modulistica complessa e frammentata:** i cittadini lamentano la necessità di compilare numerosi moduli cartacei, allegare certificati diversi per ogni ufficio e presentare richieste separate per servizi correlati;
- **Disparità territoriali:** le procedure possono variare significativamente da regione a regione, generando confusione e ingiustizie tra cittadini che si trovano in contesti amministrativi differenti;
- **Comunicazioni inefficaci:** notifiche incomplete o ritardate e assenza di feedback chiari sullo stato delle pratiche;
- **Integrazione insufficiente con servizi sanitari e sociali:** spesso la documentazione richiesta dall'INPS non coincide con quella fornita dai medici o dai servizi territoriali, costringendo le famiglie a ulteriori spostamenti e duplicazioni.

Le segnalazioni confermano che la burocrazia attuale, con visite multiple, moduli cartacei, richieste separate, disparità territoriali, rappresenta un ostacolo reale al pieno esercizio dei diritti.

In questo senso, le nuove misure normative (digitalizzazione, certificato unico, visita unica, valutazione multidimensionale) sembrano non solo opportune, ma urgenti. Tuttavia, le segnalazioni di Cittadinanzattiva mostrano che molti problemi persistono — perché la riforma è solo all'inizio, la sperimentazione in corso e non ancora estesa a tutto il territorio, e molte persone stanno ancora vivendo secondo le regole "vecchie". È dunque una fotografia "di transizione": da un lato, un sistema in crisi; dall'altro, una riforma potenzialmente migliorativa — ma che richiede tempi, risorse, implementazione stabile e vigilanza, per tradursi in reale beneficio per i cittadini.

Handicap

Sebbene solo l'8% delle segnalazioni relative all'assistenza previdenziale riguardi l'handicap, i disservizi riportati evidenziano comunque criticità significative per le persone coinvolte:

- **Accesso ai servizi educativi e scolastici:** alcune famiglie segnalano ritardi nella valutazione dell'handicap scolastico, con conseguente ritardo nell'attivazione di insegnanti di sostegno o strumenti didattici personalizzati;

- **Riconoscimento di benefici economici minori:** cittadini con handicap lieve o medio spesso incontrano difficoltà nell'ottenere contributi o agevolazioni fiscali, perché le procedure richiedono certificazioni complesse o presentazioni multiple presso uffici diversi;
- **Disparità territoriali e burocrazia:** in alcune regioni la pratica per il riconoscimento dell'handicap richiede visite ripetute o tempi di valutazione molto più lunghi rispetto ad altre, generando frustrazione e difficoltà di pianificazione per le famiglie;
- **Problemi di coordinamento tra enti:** alcune segnalazioni indicano che i servizi sociali e sanitari non condividono sempre le informazioni necessarie, costringendo i cittadini a produrre più volte la stessa documentazione.

Questi esempi mostrano che, anche per la quota minore di segnalazioni relative all'handicap, le difficoltà burocratiche e organizzative restano un ostacolo reale alla piena tutela dei diritti delle persone fragili.

I caregiver familiari

In questo scenario di grande difficoltà per le persone fragili, i caregiver svolgono un ruolo fondamentale nell'assistenza previdenziale, spesso costituendo il filo diretto tra la persona fragile e le istituzioni. Essi gestiscono moduli, appuntamenti, contatti con uffici pubblici e servizi sanitari, e sono indispensabili per garantire che i diritti dei cittadini siano effettivamente esercitati. Cittadinanzattiva ha più volte sottolineato la necessità di un riconoscimento legislativo dei caregiver, sia in termini di supporto economico che di formazione e tutela del loro ruolo. La **proposta di legge nazionale sui caregiver familiari**, ancora in attesa di approvazione, rappresenterebbe un passo fondamentale per valorizzare il lavoro non retribuito svolto da milioni di persone, alleviando il peso sulle famiglie e migliorando l'accesso ai servizi per chi assiste

Conclusioni

Il quadro del 2024 mostra un sistema di assistenza previdenziale in difficoltà, caratterizzato da procedure complesse, lunghe attese, disomogeneità territoriali e disservizi frequenti. La riforma della disabilità avviata nel 2025 rappresenta un importante tentativo di superare queste criticità, introducendo strumenti più efficaci, una valutazione multidimensionale e una semplificazione dei processi. Tuttavia, il pieno successo della riforma dipenderà dalla sua implementazione uniforme, dall'adeguata formazione del personale, dalla digitalizzazione dei processi e dal monitoraggio costante dei risultati. Parallelamente, è imprescindibile garantire **riconoscimento e sostegno ai caregiver**, attraverso una legge nazionale che ne valorizzi il ruolo e ne sostenga le funzioni.

1.7 LA SICUREZZA DELLE CURE

La sicurezza delle cure costituisce un pilastro fondamentale del diritto alla salute: garantire che ogni paziente riceva prestazioni sanitarie in condizioni sicure, con strutture, mezzi, ambiente e personale adeguati, è imprescindibile per assicurare la qualità dell'assistenza e tutelare la fiducia dei cittadini nel sistema sanitario. Questo principio è riconosciuto a livello internazionale: secondo un recente Rapporto⁹ della World Health Organization (OMS), a livello europeo circa il 5,2 % dei pazienti ha subito almeno un errore medico nel corso di una cura. L'OMS evidenzia inoltre che, nella sua Regione europea, fino a 1 paziente su 10 subisce un danno correlato all'assistenza sanitaria e che una parte significativa di tali danni sarebbe evitabile con adeguati standard di sicurezza e prevenzione. In Italia, il problema delle infezioni correlate all'assistenza (ICA) continua a rappresentare una criticità concreta: secondo i dati più recenti, la prevalenza media di pazienti con almeno un'ICA in ospedali per acuti è dell'8,8%. Tali evidenze dimostrano come le problematiche segnalate dai cittadini non siano isolate, ma riflettano criticità strutturali e sistemiche, condivise anche a livello internazionale e nazionale. In questo contesto, risulta ancor più strategico il ruolo della prevenzione sistematica: l'adozione di standard igienici, il monitoraggio delle infezioni, la manutenzione e la modernizzazione dei macchinari, la formazione continua del personale e l'istituzione di sistemi di gestione del rischio clinico efficaci appaiono come leve indispensabili per ridurre gli eventi avversi ed elevare la qualità delle cure.

La voce dei cittadini

Le segnalazioni del 2024 si concentrano sui seguenti aspetti principali in rapporto alle segnalazioni totali relative alla sicurezza delle cure: **Presunti errori nella pratica medica** (69,1%), **Macchinari (15,7%) Condizioni Igienico Sanitare degli ambienti Sanitari** (8,8%), **Infezioni in Strutture Sanitarie** (6,4%). Queste categorie rappresentano le aree in cui i cittadini manifestano maggiormente criticità e preoccupazioni, delineando un quadro complesso che incide profondamente sulla percezione di affidabilità e qualità del sistema sanitario.

<https://www.who.int/publications/i/item/9789240095458>

⁹

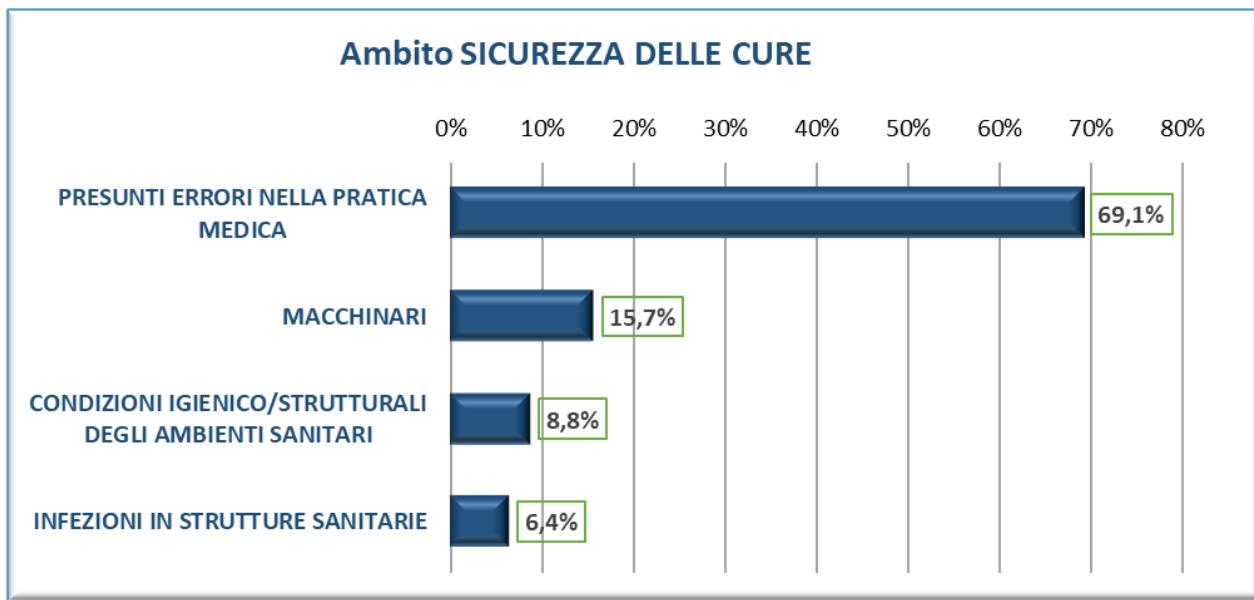


Figura 12. Fonte: Rapporto Civico Salute 2025 – Elaborazione Agenzia Valutazione Civica – Cittadinanzattiva

Presunti errori nella pratica medica

I presunti errori nella pratica medica (69,1%) è la categoria più consistente nell'ambito dell'area sicurezza delle cure. Questo ambito comprende segnalazioni relative a presunte diagnosi errate o tardive, scelte terapeutiche non adeguate, errori in procedura (chirurgica, farmacologica, assistenziale) o mancate valutazioni cliniche. La prevalenza di queste segnalazioni è indicativa delle fragilità nei processi clinici e nell'organizzazione delle attività di cura. Anche quando non si configurano errori effettivi, la percezione di incertezza da parte dei pazienti richiede un rafforzamento della comunicazione clinica, della trasparenza e della sicurezza dei percorsi assistenziali. Il peso di questa voce dimostra quanto sia urgente consolidare sistemi efficaci di gestione del rischio clinico e di prevenzione degli eventi avversi. Il quadro si complica ulteriormente se si considera il recente intervento normativo: con il disegno di legge delega approvato dal Consiglio dei Ministri nel settembre 2025, la responsabilità penale del personale sanitario viene ridefinita. In base alla riforma, la punibilità penale sarà prevista **solo in caso di colpa grave**, mentre, in tutti gli altri casi, sarà esclusa. Una tale evoluzione normativa potrebbe rappresentare un alleggerimento della pressione sul sistema sanitario e sugli operatori, con l'obiettivo di favorire un contesto di maggiore serenità professionale. Tuttavia, la riforma comporta anche rischi concreti per le garanzie dei cittadini: l'esclusione della punibilità penale in molti casi potrebbe tradursi in una riduzione delle tutele, indebolendo la deterrenza nei confronti di errori o negligenze e limitando le possibilità di tutela dei pazienti danneggiati.

Nell'ambito di presunti errori nella pratica medica i cittadini hanno frequentemente segnalato:

- diagnosi ritardate che hanno comportato un aggravamento dello stato di salute;
- interventi chirurgici con esiti inattesi o necessità di reintervento;
- somministrazione non corretta di farmaci, dosaggi errati o scambio di terapia;
- mancata sorveglianza post-operatoria o dimissioni premature.

Macchinari

Nell'ambito delle segnalazioni relative alla sicurezza delle cure, quelle sui macchinari sono il 15,7%. Questa categoria raccoglie segnalazioni relative a malfunzionamenti, guasti, macchinari obsoleti o indisponibilità di apparecchiature essenziali per diagnosi e trattamenti. Le criticità tecnologiche compromettono la tempestività e la qualità delle cure. In molte strutture, la mancata manutenzione o l'obsolescenza delle apparecchiature rappresentano un fattore di rischio concreto, sia per i pazienti sia per gli operatori. Le segnalazioni confermano inoltre che, senza investimenti continui, l'innovazione tecnologica rischia di tradursi in disuguaglianze territoriali nell'accesso alle cure.

Le segnalazioni più ricorrenti riguardano:

- TAC o risonanze magnetiche temporaneamente fuori uso, con conseguenti ritardi;
- apparecchi per monitoraggio o ventilazione non funzionanti o non correttamente calibrati;
- sale operatorie con strumentazione incompleta o non aggiornata;
- impossibilità di eseguire esami per mancanza del personale tecnico necessario.

Condizioni igienico-sanitarie degli ambienti

Le segnalazioni relative alle condizioni igienico-sanitarie degli ambienti sono 8,8% rispetto al totale delle segnalazioni sulla sicurezza delle cure. Riguardano la pulizia e l'igiene degli spazi, l'ordine, la manutenzione delle stanze e dei locali sanitari, nonché la presenza di situazioni ritenute poco sicure o non conformi agli standard. Sebbene numericamente meno rilevanti rispetto agli errori clinici, queste segnalazioni incidono profondamente sulla percezione della qualità dell'assistenza. L'igiene è un elemento essenziale e immediatamente visibile: rappresenta uno dei primi indicatori della credibilità complessiva della struttura sanitaria. Carenze di questo tipo possono minare la fiducia dei cittadini e contribuire a un senso diffuso di trascuratezza.

I cittadini hanno segnalato:

- stanze e bagni non adeguatamente puliti;
- presenza di rifiuti sanitari non correttamente smaltiti;
- letti, materassi e arredi visibilmente usurati;
- reparti sovraffollati e spazi non idonei a garantire la privacy e la sicurezza.

Infezioni contratte in strutture sanitarie

Le segnalazioni relative a infezioni contratte in strutture sanitarie (6,4% rispetto al totale delle segnalazioni sulla sicurezza delle cure), riguardano episodi di infezioni acquisite durante il ricovero o a seguito di procedure diagnostico-terapeutiche, quali interventi chirurgici, cateterizzazioni o trattamenti invasivi. Le infezioni ospedaliere costituiscono una delle principali aree di rischio nei sistemi sanitari di tutto il mondo. Anche se rappresentano una quota più contenuta delle segnalazioni, la loro gravità è elevata: spesso comportano prolungamenti della degenza, trattamenti complessi e, nei casi più seri, danni permanenti. La presenza di tali segnalazioni conferma la necessità di mantenere alta l'attenzione sui protocolli di prevenzione, sul controllo delle procedure e sulla formazione del personale.

I casi più frequentemente segnalati riguardano:

- infezioni del sito chirurgico insorte dopo operazioni;
- infezioni urinarie o respiratorie correlate a dispositivi medici;
- sepsi o altre complicanze infettive sviluppate durante la degenza;
- sospette contaminazioni legate a inadeguata sterilizzazione.

Conclusioni

Le evidenze raccolte, sia attraverso le segnalazioni dei cittadini sia dai dati nazionali e internazionali, delineano un quadro di criticità reale nella sicurezza delle cure in Italia. I presunti errori medici, le carenze nei macchinari, le insufficienze igienico-sanitarie e le infezioni ospedaliere rappresentano segnali concreti di un sistema sanitario che, in troppe situazioni, non garantisce pienamente il diritto dei cittadini a cure sicure e di qualità. La combinazione di presunti errori medici, carenze tecnologiche, condizioni igienico-sanitarie non adeguate e rischio infettivo delinea uno scenario di significativa criticità. Le segnalazioni evidenziano che la sicurezza delle cure è un ambito in cui i cittadini percepiscono un progressivo deterioramento, che incide sulla fiducia verso il sistema sanitario e sulla tutela effettiva del loro diritto alla salute. In un contesto in evoluzione normativa, come quello introdotto dalla recente riforma della responsabilità medica, emerge con forza l'importanza di una vigilanza costante e di una partecipazione civica attiva. La sicurezza delle cure non è solo una responsabilità degli operatori e delle istituzioni, ma un bene collettivo che richiede attenzione, consapevolezza e impegno da parte di tutti i cittadini. Solo attraverso cittadini attenti e partecipi sarà possibile rafforzare la fiducia nel sistema sanitario e difendere il diritto fondamentale di ogni persona a ricevere cure sicure, efficaci e rispettose della dignità umana.

1.8 PREVENZIONE

La prevenzione rappresenta uno dei pilastri fondamentali dei sistemi sanitari moderni. L'Organizzazione Mondiale della Sanità sottolinea da anni come, gli interventi preventivi dalle vaccinazioni agli screening oncologici, siano tra le strategie più efficaci per ridurre la mortalità evitabile, aumentare l'aspettativa di vita in buona salute e contenere i costi dell'assistenza. Tuttavia, nel contesto italiano, tali interventi continuano a mostrare criticità strutturali consolidate: una partecipazione non ottimale ai programmi, differenze territoriali marcate, difficoltà organizzative e ritardi nella presa in carico. I dati rilevati da Cittadinanzattiva nel 2024 si inseriscono coerentemente in questo quadro nazionale, confermando come la prevenzione resti un ambito particolarmente fragile dell'offerta sanitaria. Quest'anno si registra una flessione significativa delle segnalazioni dedicate al tema: il 2,3% del totale, rispetto all'8,6% del 2023. Tale diminuzione non deve però essere interpretata come un indicatore di miglioramento, considerando che gli anni 2021 e 2022 erano stati fortemente condizionati dalle problematiche connesse alle campagne vaccinali anti- COVID. Il calo può invece riflettere un'attenzione dei cittadini rivolta verso criticità percepite come più urgenti, senza che le questioni strutturali della prevenzione abbiano realmente trovato una soluzione.

La voce dei cittadini

Le segnalazioni pervenute si concentrano su cinque ambiti principali: **vaccinazioni ordinarie** (35,8% rispetto al totale delle segnalazioni sulla prevenzione), **screening mammografico** (25,8% rispetto al totale delle segnalazioni sulla prevenzione),, **vaccinazioni anti SARS-CoV-2** (16,8% rispetto al totale delle segnalazioni sulla prevenzione) **screening della cervice uterina** (13,4%) rispetto al totale delle segnalazioni sulla prevenzione), e **screening del colon retto** (8,2% rispetto al totale delle segnalazioni sulla prevenzione),. L'insieme dei disservizi riportati delinea un panorama complessivo in cui permangono difficoltà organizzative, disomogeneità territoriali e carenze informative

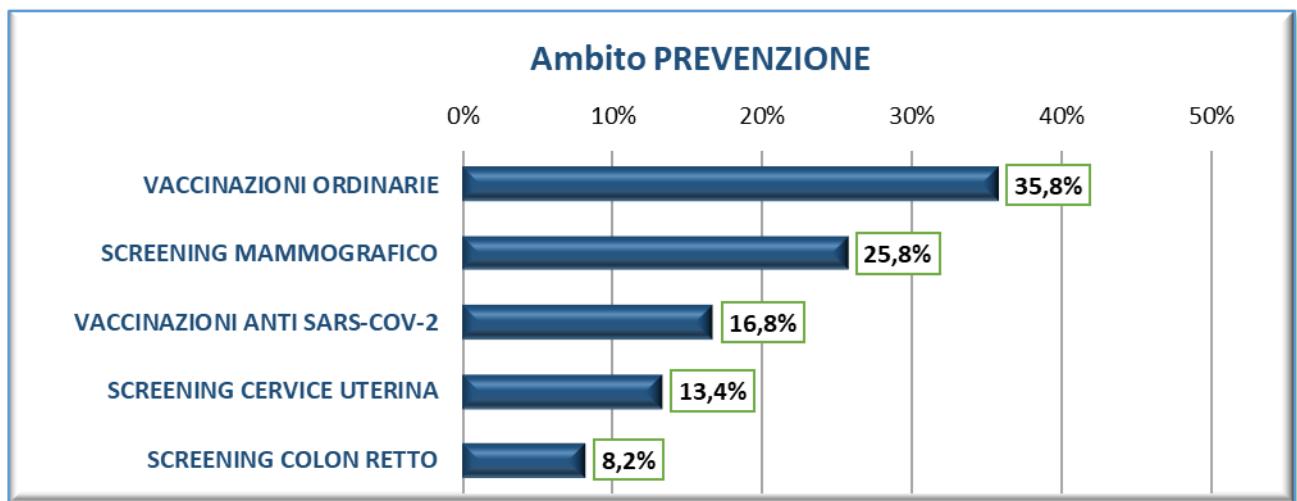


Figura 13. Fonte: Rapporto Civico Salute 2025 – Elaborazione Agenzia Valutazione Civica – Cittadinanzattiva

Vaccinazioni ordinarie

Le vaccinazioni ordinarie rappresentano il **35,8% delle segnalazioni sulla prevenzione**. Per quanto riguarda i vaccini del calendario nazionale – come antinfluenzale, difterite-tetano-pertosse, poliomielite, epatite B, MPR, varicella, pneumococco, meningococco, rotavirus e papillomavirus – il problema più segnalato riguarda le **difficoltà di prenotazione**. I cittadini riferiscono ritardi che impediscono di rispettare le tempistiche raccomandate, sia per i richiami sia per le prime somministrazioni. Questo elemento non è marginale: il rispetto delle tempistiche vaccinali è fondamentale per assicurare protezione individuale e collettiva, soprattutto tra i più fragili. Le difficoltà di accesso rischiano quindi di compromettere la copertura vaccinale, ampliando disuguaglianze già esistenti tra territori.

Vaccinazioni anti SARS-CoV-2

Le segnalazioni relative alle vaccinazioni anti SARS-CoV-2 sono il 26,8% rispetto al totale delle segnalazioni sulla prevenzione. Superata la fase più critica della pandemia, in cui le segnalazioni riguardavano soprattutto accesso e organizzazione, nel 2024 l'attenzione dei cittadini si sposta su un altro fronte: **l'informazione**. Le segnalazioni evidenziano frequenti mancanze o contraddizioni nelle indicazioni su:

- tempistiche e modalità di somministrazione del vaccino anti-COVID e di quello antinfluenzale;
- possibilità o meno di effettuare la doppia vaccinazione in contemporanea;
- categorie considerate idonee o prioritarie alla somministrazione.

La qualità dell'informazione è parte integrante del diritto alla prevenzione: in assenza di comunicazioni chiare, tempestive e coerenti, si rischia di alimentare confusione e disorientamento, con effetti negativi sull'adesione alle campagne vaccinali.

Screening oncologici

Per gli screening mammografico (25,8%), della cervice uterina (13,4%) e del colon retto (8,2%), il problema più ricorrente riguarda la **difficoltà nella prenotazione autonoma**, nel caso in cui l'utente non abbia ricevuto l'avviso ufficiale dell'ASL. A questo si aggiunge un numero significativo di segnalazioni sul **mancato invio dell'invito**, elemento che denota inefficienze nella gestione amministrativa dei programmi. Gli screening oncologici sono tra gli strumenti preventivi più efficaci a disposizione del Servizio Sanitario Nazionale: consentono diagnosi precoci, aumentano le possibilità di cura e riducono la mortalità. Ritardi e disfunzioni nella convocazione rischiano di compromettere la capacità di intercettare la popolazione target e di ridurre ulteriormente i livelli di adesione, già non ottimali in molte regioni.

Conclusioni

Il quadro che emerge dalle segnalazioni conferma una criticità strutturale: la prevenzione non riesce ancora a essere pienamente integrata e valorizzata nei processi organizzativi del sistema sanitario. La disomogeneità territoriale, i ritardi nelle comunicazioni, le difficoltà di prenotazione e l'insufficiente chiarezza informativa rappresentano ostacoli che incidono direttamente sulla capacità del sistema di promuovere salute e di intercettare bisogni prima che questi si traducano in urgenze o cronicità. La prevenzione è un diritto fondamentale e una responsabilità condivisa. Richiede un impegno costante delle istituzioni nel garantire

servizi accessibili, uniformi e ben organizzati; richiede trasparenza e qualità dell'informazione; richiede, infine, cittadini messi nelle condizioni di partecipare attivamente ai programmi di tutela della salute.

1.9 TICKET- SPESA PRIVATA

Secondo i più recenti dati del sistema dei conti sanitari nazionali (ISTAT-SHA¹⁰) — ripresi da analisi pubbliche — la spesa sanitaria totale in Italia nel 2023 è risultata pari a circa € **176,1 miliardi**, di cui € **130,3 miliardi** coperti con risorse pubbliche e il restante con spesa privata. Più in dettaglio, la parte privata comprende una componente “out-of-pocket” (cioè sostenuta direttamente dalle famiglie) e una parte intermediata da fondi o assicurazioni sanitarie. Sempre per il 2023, la spesa out-of-pocket si attesta su circa € **40,6 miliardi** (pari al 23 % della spesa sanitaria totale), mentre quella intermediata è circa € **5,2 miliardi**, ovvero il 3 % circa. Dunque, in base a questi dati, la spesa privata rappresenta oggi oltre un quarto dell'intero ammontare della spesa sanitaria, con un peso crescente sul bilancio delle famiglie. Questo quadro evidenzia una pressione economica significativa sulle famiglie italiane, specialmente in un contesto di contrazione della spesa pubblica o di difficoltà di accesso al sistema sanitario pubblico. In parallelo, l'ente statistico ha documentato un crescente fenomeno di rinuncia alle cure: nel 2023, il 7,6 % della popolazione ha dichiarato di aver rinunciato a visite o esami medici che riteneva necessari. Le cause principali della rinuncia sono riconducibili a due fattori: le lunghe liste di attesa (4,5 % della popolazione) e ragioni economiche (4,2 %). Questi dati ISTAT offrono un contesto istituzionale e statistico che conferma come la spesa privata e l’“out-of-pocket” rappresentino oggi una componente strutturale della sanità in Italia, e come la rinuncia alle cure — per motivi economici o organizzativi — costituisca una realtà significativa.

La voce dei cittadini

Le segnalazioni ricevute da Cittadinanzattiva nel 2024 indicano due principali dimensioni critiche:

- **Spese elevate per prestazioni e servizi non garantiti dal SSN/SSR** (74,5 % delle segnalazioni relative a “ticket – spesa elevata”).
- **Ticket considerati eccessivi anche per prestazioni convenzionate** (25,5 % delle segnalazioni).

Queste segnalazioni riflettono una condizione spesso denunciata da pazienti e famiglie: la necessità di rivolgersi al privato — o all’intramoenia — per servizi che idealmente dovrebbero essere coperti dal sistema pubblico, oppure la percezione che, anche quando il servizio è convenzionato, il ticket e le compartecipazioni siano onerosi e, in molti casi, difficili da sostenere.

¹⁰ <https://www.istat.it/it/files/2023/05/Istat-Testo-Commissione-Affari-Sociali-05-maggio-2023.pdf>

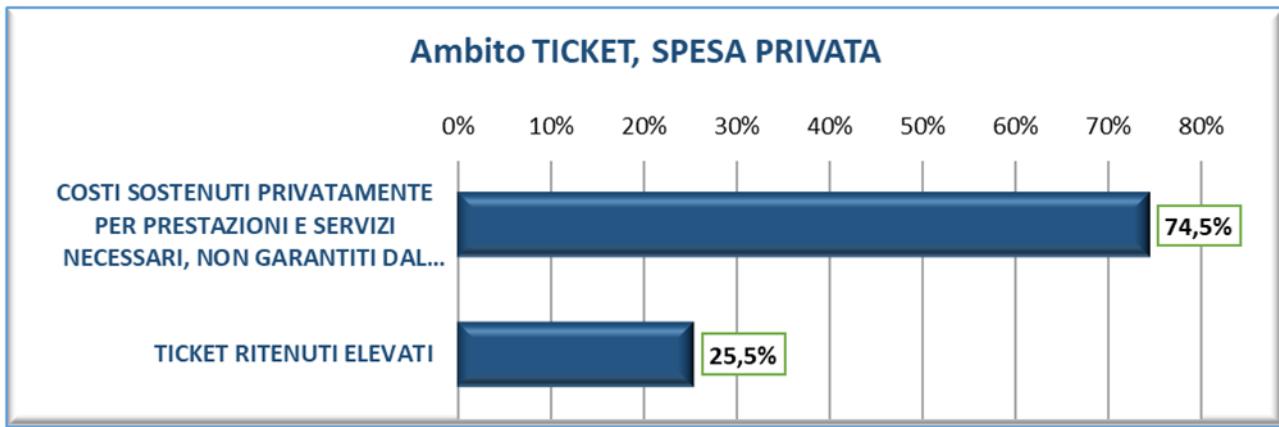


Figura 14. Fonte: Rapporto Civico Salute 2025 – Elaborazione Agenzia Valutazione Civica – Cittadinanzattiva

Spese elevate per prestazioni e servizi non garantiti dal SSN/SSR

Le segnalazioni relative a costi sostenuti privatamente dai cittadini sono il 74,5% rispetto al totale delle segnalazioni su ticket e spesa privata. La maggior parte delle segnalazioni riguarda cittadini che, non riuscendo ad accedere in tempi adeguati ai servizi del Servizio Sanitario Nazionale, sono stati costretti a rivolgersi al privato o all’intramoenia pagando di tasca propria.

Le persone raccontano spesso di dover sostenere costi molto alti per visite specialistiche, esami diagnostici o interventi non disponibili, non erogati o non prenotabili in tempi compatibili con le proprie esigenze di salute. Queste testimonianze rivelano una crescente difficoltà del sistema pubblico a rispondere ai bisogni, con conseguente trasferimento dei costi sulle famiglie, che in molti casi si trovano a dover scegliere se pagare cifre importanti o rinunciare alle cure.

Ticket ritenuti elevati

Un quarto delle segnalazioni relative all’ambito di Ticket e spesa elevata, riguarda invece cittadini che lamentano ticket troppo elevati, anche quando riescono a effettuare la prestazione nel sistema pubblico. In alcuni casi, il ticket viene percepito come non proporzionato al tipo di esame o visita; in altri, il costo finale in convenzione risulta così alto da avvicinarsi ai prezzi praticati dal privato, riducendo il vantaggio economico del ricorso al SSN. Queste segnalazioni esprimono un sentimento diffuso: anche quando il servizio è pubblico, la partecipazione alla spesa può rappresentare un ostacolo per molte famiglie, soprattutto per chi deve effettuare controlli ripetuti o per chi vive in condizioni economiche fragili.

Conclusioni

Alla luce dei dati istituzionali e delle segnalazioni ricevute da Cittadinanzattiva, emerge con forza che la spesa sanitaria privata — in tutte le sue forme — non è più un elemento residuale nel sistema italiano: essa rappresenta, per molte famiglie, l’unica via per accedere a prestazioni che il sistema pubblico non riesce a erogare in tempi ragionevoli o con adeguata qualità. Tale dinamica però compromette uno dei principi fondanti del sistema sanitario nazionale: quello dell’universalità e dell’equità di accesso. Quando cure necessarie diventano disponibili solo a chi può permettersele, si crea una commistione tra diritto alla salute e capacità economica, con conseguenze in termini di disuguaglianza sociale. La rinuncia alle cure, a sua volta, rappresenta la punta visibile del fallimento del sistema di tutela: limitare o interrompere un percorso sanitario per motivi economici o di accesso significa non solo compromettere la salute individuale, ma generare costi sociali e sanitari più ampi nel medio-lungo termine.

1.10 UMANIZZAZIONE E RELAZIONE CON OPERATORI SANITARI

L'umanizzazione delle cure rappresenta un elemento imprescindibile per la qualità complessiva del Servizio Sanitario Nazionale (SSN). Non si tratta solo di garantire l'accesso alle prestazioni o di assicurare competenze tecniche adeguate, ma di porre al centro la persona, i suoi bisogni e la sua esperienza durante l'intero percorso assistenziale. La relazione tra cittadini e operatori sanitari è il principale luogo in cui l'umanizzazione prende forma: essa influisce sulla fiducia nel sistema, sull'aderenza ai trattamenti, sulla soddisfazione percepita e, in molti casi, sugli esiti stessi delle cure. Negli ultimi anni, le istituzioni e molte strutture sanitarie hanno intrapreso azioni significative per rafforzare questo approccio: maggiore trasparenza nei processi, percorsi dedicati, introduzione di nuove professionalità orientate all'accoglienza e all'ascolto, investimenti nella formazione continua. Tuttavia, nonostante i progressi, il tema continua a emergere in modo evidente nelle segnalazioni dei cittadini, evidenziando come la dimensione relazionale sia ancora uno dei principali indicatori della qualità percepita.

La voce dei cittadini

Le segnalazioni raccolte, 1,6% rispetto al totale, confermano che l'umanizzazione delle cure rimane un ambito delicato e complesso, caratterizzato da aspetti che variano significativamente sul territorio. I cittadini evidenziano criticità che, pur non rappresentando sempre una violazione dei diritti, incidono profondamente sulla loro esperienza di cura.

Tra i principali elementi emersi:

- **Accoglienza e comunicazione non sempre adeguate.** Molti utenti segnalano difficoltà nell'ottenere informazioni chiare e tempestive, soprattutto nei momenti di maggiore fragilità come l'ingresso in pronto soccorso o la gestione delle cronicità. La mancanza di un referente dedicato genera spesso senso di smarrimento.
- **Tempi di attesa poco "accompagnati".** L'attesa, inevitabile in molti contesti, diventa problematica quando non è comunicata, aggiornata e gestita in modo empatico. Numerosi cittadini riportano di essersi sentiti trascurati o poco considerati negli ambienti di cura.
- **Relazione operatori-pazienti disomogenea.** L'esperienza mostra una forte variabilità tra reparti e professionisti. Accanto a numerosi esempi di eccellenza, persistono comportamenti percepiti come freddi, affrettati o poco rispettosi. Tale disomogeneità suggerisce l'assenza di uno standard condiviso di relazione e ascolto.
- **Fragilità nella gestione delle persone vulnerabili.** Particolare attenzione emerge verso anziani non autosufficienti, persone con disabilità, cittadini stranieri o pazienti con bisogni comunicativi complessi. In diversi casi, la mancanza di percorsi strutturati si traduce in difficoltà aggiuntive per gli utenti e per le famiglie.
- **Aspetti ambientali e organizzativi.** Anche gli spazi fisici vengono citati frequentemente: sale d'attesa sovraffollate, mancanza di privacy, scarsa presenza di mediatori culturali o personale di supporto. Elementi che, pur non clinici, hanno un impatto diretto sull'esperienza del paziente.

Parallelamente alle criticità, i cittadini segnalano anche **buone pratiche** che rappresentano modelli da valorizzare: servizi di accoglienza dedicati, équipe interdisciplinari attente alla comunicazione, iniziative per l'ascolto attivo dei bisogni, percorsi di supporto emotivo ai caregiver, esperienze di co-progettazione con le associazioni civiche. Queste segnalazioni confermano che l'umanizzazione è

possibile e che esistono già strumenti efficaci, seppur non ancora diffusi in modo sistematico.

Conclusioni

Nonostante gli sforzi messi in campo, la piena umanizzazione delle cure richiede un approccio più strutturato e omogeneo. Il tema non può essere lasciato all'iniziativa dei singoli professionisti o delle singole strutture, ma deve tradursi in **un modello operativo nazionale**, fondato su criteri chiari e verificabili, capace di garantire equità e continuità di esperienza per tutti i cittadini. L'obiettivo è duplice: da un lato ridurre le disparità territoriali, dall'altro valorizzare i contesti virtuosi, sostenendone la replicabilità. Solo attraverso la diffusione capillare delle buone pratiche, la formalizzazione di percorsi condivisi e un investimento costante nella formazione relazionale degli operatori sarà possibile consolidare un sistema sanitario realmente orientato alla persona. L'umanizzazione non è un elemento accessorio, ma un pilastro di qualità, sicurezza e fiducia. Le segnalazioni dei cittadini continuano a ricordarci che, insieme alla competenza clinica, sono l'ascolto, la comunicazione e il rispetto a definire la differenza tra una cura efficace e una cura davvero "umana".

1.11 ACCESSO ALLE INFORMAZIONI E ALLA DOCUMENTAZIONE

L'accesso alle informazioni e alla documentazione sanitaria rappresenta un elemento centrale per garantire trasparenza, diritti dei cittadini e qualità dei servizi. In un sistema sanitario moderno, la disponibilità tempestiva e chiara delle informazioni non è soltanto un obbligo amministrativo, ma una condizione necessaria affinché i cittadini possano orientarsi efficacemente, prendere decisioni informate e partecipare attivamente alla propria cura. La trasparenza diventa così un fattore di fiducia: quanto più i cittadini percepiscono il sistema come accessibile e chiaro, tanto maggiore sarà la loro soddisfazione e la loro collaborazione nel percorso di cura. Nonostante questo, le segnalazioni raccolte da Cittadinanzattiva evidenziano che le difficoltà nell'accesso alle informazioni restano pervasive e trasversali. I cittadini riferiscono spesso ostacoli significativi nell'ottenere notizie di carattere generale, come sapere come prenotare una visita, individuare la struttura territoriale più idonea per una specifica patologia o conoscere le modalità di adesione a programmi di screening.

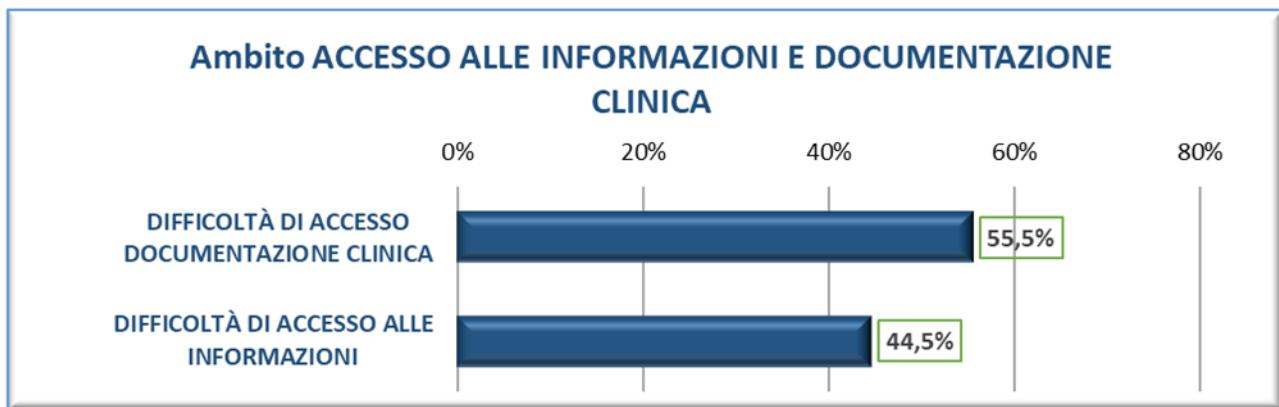


Figura 15. Fonte: Rapporto Civico Salute 2025 – Elaborazione Agenzia Valutazione Civica – Cittadinanzattiva

La voce dei cittadini

Le segnalazioni sull'accesso alle informazioni e documentazione cliniche sono 1,3% delle segnalazioni totali. Le difficoltà segnalate dai cittadini nel 2024 si concentrano su due aree principali: l'accesso alla documentazione clinica e l'accesso alle informazioni di carattere generale. Le segnalazioni confermano come la trasparenza e l'accesso alle informazioni siano ancora punti critici del sistema sanitario. La digitalizzazione dei servizi, seppur in espansione, non sempre si traduce in maggiore accessibilità: siti web poco chiari, piattaforme complesse o informazioni frammentate contribuiscono a creare un gap tra ciò che il cittadino dovrebbe sapere e ciò che effettivamente riesce a reperire.

Difficoltà di accesso alla documentazione clinica (55,5% delle segnalazioni su accesso alle informazioni e documentazione): molti cittadini lamentano procedure complesse per ottenere copie di referti, risultati di esami o certificati. Ad esempio, è comune riscontrare richieste di documentazione che richiedono tempi lunghi, moduli cartacei multipli e percorsi burocratici poco chiari, ostacolando la possibilità di monitorare tempestivamente la propria salute.

Difficoltà di accesso alle informazioni (44,5% delle segnalazioni su accesso alle informazioni e documentazione): accanto alla documentazione clinica, i cittadini incontrano barriere nel reperire informazioni generali sul sistema sanitario. Situazioni tipiche includono la difficoltà di capire come prenotare una visita specialistica, individuare il centro più adeguato per una specifica patologia o ottenere dettagli sulle campagne di screening

disponi Queste difficoltà non riguardano solo un'informazione di tipo tecnico, ma impattano direttamente sulla continuità assistenziale. Quando un cittadino non riceve rapidamente i propri referti o non riesce a individuare la struttura più adatta, si generano ritardi nelle cure e potenziali rischi per la salute. bili sul territorio.

Conclusioni

Garantire un accesso semplice, uniforme e tempestivo alle informazioni e alla documentazione non è solo un obbligo normativo: è un diritto fondamentale dei cittadini e un pilastro della qualità dei servizi sanitari. Migliorare la trasparenza significa ridurre le barriere burocratiche, snellire i percorsi di accesso ai dati clinici e rendere le informazioni chiare, aggiornate e facilmente reperibili. Ogni cittadino deve poter conoscere e comprendere le informazioni che riguardano la propria salute senza ostacoli, ritardi o complicazioni inutili. La trasparenza non è un dettaglio amministrativo, ma un impegno concreto per costruire un sistema sanitario più giusto, accessibile e vicino ai bisogni delle persone.

1.12 MALATTIE RARE

Nel 2024, le segnalazioni raccolte da Cittadinanzattiva indicano che l'1,3% dei cittadini che si sono rivolti all'associazione ha segnalato il tema delle malattie rare. Sebbene si tratti di una quota numericamente contenuta, essa rappresenta persone e famiglie che affrontano quotidianamente percorsi complessi e spesso incerti. Negli ultimi anni, l'aggiornamento dei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA) ha introdotto alcune prestazioni specifiche per i pazienti con malattie rare, ampliando la copertura delle cure. Tuttavia, le segnalazioni evidenziano che molte prestazioni necessarie restano escluse dai LEA, costringendo i pazienti a sostenere spese elevate o a rinunciare a trattamenti fondamentali.

La voce dei cittadini

Nel 2024, l'1,3% delle segnalazioni ricevute da Cittadinanzattiva riguarda cittadini le malattie rare. Pur rappresentando una percentuale limitata, queste segnalazioni evidenziano criticità profonde che meritano attenzione. Negli ultimi anni, alcune novità sui **Livelli Essenziali di Assistenza (LEA)** hanno cercato di ampliare l'accesso a prestazioni e trattamenti per i pazienti con patologie rare. Tuttavia, le segnalazioni confermano che permangono ostacoli significativi. Le difficoltà riportate incidono sulla qualità della vita dei pazienti e delle famiglie, aumentando sofferenza, incertezza e disuguaglianze.

Criticità principali segnalate:

- **Difficoltà nella diagnosi precoce:** percorsi complessi e lunghi ritardano l'inizio delle cure.
- **Disorientamento da diagnosi poco chiare:** mancanza di comunicazioni complete genera incertezza e ostacola la gestione della malattia.
- **Prestazioni non incluse nei LEA:** esclusione di trattamenti essenziali costringe a spese elevate o a rinunce terapeutiche.

Conclusioni

Le segnalazioni dei cittadini con malattie rare evidenziano criticità significative nell'accesso alle cure e nella gestione della patologia. Ritardi nella diagnosi, comunicazioni poco chiare e l'esclusione di prestazioni necessarie dai LEA hanno un impatto rilevante sulla qualità della vita dei pazienti e delle loro famiglie. Questi dati confermano la necessità di interventi mirati per garantire percorsi diagnostici più rapidi, una comunicazione chiara e completa da parte dei professionisti sanitari e un'estensione delle prestazioni coperte dai LEA, al fine di ridurre le disuguaglianze e assicurare un'assistenza adeguata e uniforme sul territorio.

FOCUS DI APPROFONDIMENTO

- PREVENZIONE
- ACCESSO ALLE PRESTAZIONI
- ASSISTENZA SANITARIA TERRITORIALE

2. PREVENZIONE

Introduzione

Il presente capitolo si propone di tracciare un quadro critico e aggiornato dello stato della **prevenzione** all'interno del Servizio Sanitario Nazionale, ponendo al centro dell'analisi la complessa interazione tra strumenti normativi e realtà operativa. L'obiettivo è sondare la distanza che separa l'enunciato del **diritto alla salute**, garantito a livello centrale, dalla sua effettiva fruizione sul territorio nazionale.

Per fare questo, il capitolo si soffermerà in dettaglio sull'esame degli interventi di prevenzione più consolidati e strutturati, quali:

- Le Vaccinazioni: pilastro fondamentale della sanità pubblica.
- Gli Screening Oncologici: cruciali per la diagnosi precoce dei tumori.
- Stili di vita: fondamentali per ridurre l'incidenza delle malattie, abbassare la mortalità e migliorare la qualità della vita delle persone

Parallelamente, introdurremo analisi e considerazioni approfondite sulle nuove strategie di prevenzione e sui più recenti progressi oggi disponibili in particolare in **ambito pediatrico** a cui abbiamo dedicato un **focus specifico**.

Questo approfondimento riguarderà, in particolare:

- La prevenzione del Virus Respiratorio Sinciziale (VRS), una delle principali cause di ospedalizzazione nei neonati e lattanti.
- Gli screening neonatali estesi (SNE) per l'identificazione precoce di patologie metaboliche, genetiche e ormonali rare.
- Infine, l'esplorazione di nuovi screening pilota per condizioni ad alta prevalenza come il Diabete Mellito di Tipo 1 (DMT1) e la Celiachia in età pediatrica e presintomatica.

Investire oggi in prevenzione, rappresenta l'unica strategia percorribile per garantire la tenuta futura del SSN di fronte alle sfide demografiche ed epidemiologiche. Nel capitolo verrà affrontato il nodo dell'equità di accesso, evidenziando come l'innovazione scientifica debba andare di pari passo con l'uniformità delle prestazioni su tutto il territorio nazionale, per evitare che il progresso medico si traduca in un ulteriore fattore di disuguaglianza sociale.

2.1 LA PREVENZIONE NEI LEA

Indicatori NSG: una visione di insieme e dettaglio prevenzione

Nel 2024 è proseguito il monitoraggio dei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA) secondo la metodologia del **Nuovo Sistema di Garanzia (NSG)** e sono disponibili i dati, ancora provvisori, relativi all'esercizio 2023. Il Nuovo Sistema di Garanzia (NSG), introdotto con il D.M. 12 marzo 2019, dal 2022 sostituisce la c.d. Griglia LEA.

La metodologia valuta distintamente le aree di assistenza ospedaliera, distrettuale e prevenzione e attribuisce loro un valore compreso in un range 0-100.

La garanzia di erogazione dei LEA si intende raggiunta qualora, entro ciascun livello, sia raggiunto un punteggio pari o superiore a 60; non è consentita la compensazione tra livelli. Il punteggio di ogni area è determinato dalla media pesata dei 24 indicatori core, in base ai quali viene espressa la valutazione dei sistemi sanitari regionali anche ai fini della verifica degli adempimenti cui sono tenute le regioni per accedere alla quota di finanziamento integrativo di cui all'articolo 2, comma 68, della legge n. 191/2009.

I restanti 66 indicatori comprendono, oltre a quelli relativi alle macro-aree, anche indicatori di contesto per la stima del bisogno sanitario, di equità sociale e per il monitoraggio e la valutazione dei percorsi diagnostico-terapeutici assistenziali. Per quanto riguarda i core, per ciascun indicatore viene elaborata una specifica funzione di valorizzazione che, confrontando il valore dell'indicatore con quello del valore soglia e tenendo conto dell'andamento nel tempo, calcola un punteggio su una scala 0-100, con il punteggio 60 corrispondente al valore di sufficienza.

Una premialità di 3 punti è attribuita se nell'ultimo quinquennio il trend è significativo e in miglioramento; nel caso dell'assistenza ospedaliera si tiene conto anche della qualità dell'assistenza tra le unità di erogazione all'interno della regione, con una penalità rispettivamente di 1 o 2 punti in presenza di una variabilità media o elevata. In caso di trasmissione di dati non adeguati dal punto di vista quantitativo o qualitativo, il punteggio dell'indicatore è posto pari a zero. Il punteggio complessivo di ciascuna area di assistenza è pari alla media pesata dei punteggi (comprensivi dei premi/penalità) dei singoli indicatori, con un peso 2 se la soglia è stata attribuita in base a normativa o letteratura scientifica, e un peso 1 negli altri casi. Come si è detto, una regione è adempiente se si colloca nell'intervallo 60-100 in ciascuna area di assistenza.

La lettura degli indicatori *core* per le tre macro-aree evidenzia come non si sia ancora recuperata la battuta di arresto registrata durante la pandemia: **solo 13 le regioni** (15 nel 2019) che raggiungono la sufficienza in ciascun livello di assistenza. Tra di esse Campania e Sardegna che, tuttavia, pur migliorando nelle aree dove negli anni precedenti avevano evidenziato le maggiori carenze, peggiorano in quelle dove già avevano ottenuto risultati positivi. Per altro verso, escono dal "gruppo di testa" Liguria e Basilicata, con una insufficienza in 1 area.

- Si confermano, sia pure con oscillazioni, i risultati positivi del Centro-Nord: I valori più elevati degli indicatori si osservano, rispettivamente, in Emilia-Romagna, Lombardia, Piemonte, Veneto, FVG e P.A. di Trento e nelle Marche, Toscana e Umbria.
- Delle regioni meridionali, solo la Puglia conferma un trend complessivamente positivo:

oltre alla Basilicata, 4 regioni (Abruzzo, Molise, Calabria e Sicilia), tutte in Piano di rientro, risultano in rosso

Le maggiori criticità al Sud si osservano nella **prevenzione** e/o nella distrettuale.

Sono queste le aree che registrano le maggiori criticità anche al Nord (Liguria e P.A. di Bolzano per la prevenzione), mentre solo la Valle d'Aosta oltre alla grave insufficienza nella distrettuale non raggiunge i valori desiderati nell'ospedaliera.

Forte, inoltre, la variabilità intra-regionale, segnale della presenza di aziende sanitarie non sempre in grado di garantire livelli adeguati di prestazioni.

Gli indicatori LEA 2023 – il risultato complessivo

	2023			2022			2021		
	Area Prevenzione	Area Distrettuale	Area Ospedaliera	Area Prevenzione	Area Distrettuale	Area Ospedaliera	Area Prevenzione	Area* Distrettuale	Area Ospedaliera
PIEMONTE	93,00	90,00	87,00	88,79	86,55	87,07	86,05	84,47	81,36
VALLE D'AOSTA	77,00	35,00	53,00	48,48	47,25	55,23	45,31	49,31	52,59
LOMBARDIA	95,00	76,00	86,00	90,18	94,66	86,09	86,84	93,09	85,33
PROV. AUTON. BOLZANO	58,00	82,00	62,00	54,14	77,03	75,23	51,97	68,05	80,75
PROV. AUTON. TRENTO	98,00	83,00	97,00	94,27	76,45	98,35	92,55	79,33	96,52
VENETO	98,00	96,00	94,00	94,08	96,4	91,36	84,63	95,6	84,65
FRIULI VENEZIA GIULIA	81,00	81,00	73,00	71,24	73,3	75,29	85,32	79,42	78,22
LIGURIA	54,00	85,00	80,00	61,41	86,81	77,49	73,05	85,92	73,6
EMILIA ROMAGNA	97,00	89,00	92,00	96,13	95,57	93,5	90,73	95,96	94,5
TOSCANA	95,00	95,00	96,00	86,57	96,42	92,32	91,37	95,02	88,07
UMBRIA	93,00	80,00	84,00	79,59	83,88	84,42	91,97	73,64	82,31
MARCHE	74,00	83,00	91,00	60,91	91,03	91,26	82,62	89,38	85,9
LAZIO	63,00	68,00	85,00	74,08	72,07	81,3	80,78	77,61	77,12
ABRUZZO	54,00	45,00	83,00	49,31	62,18	73,1	77,74	68,46	69,25
MOLISE	58,00	73,00	62,00	50,69	61,23	67,54	82,99	65,4	48,55
CAMPANIA	61,00	72,00	72,00	69,68	55,76	68,66	78,37	57,52	62,68
PUGLIA	74,00	69,00	85,00	75,97	70,02	79,69	67,85	61,66	79,83
BASICATICA	68,00	52,00	69,00	68,46	61,92	78,03	79,63	64,22	63,69
CALABRIA	41,00	40,00	69,00	36,59	34,88	63,78	52,96	48,51	58,52
SICILIA	49,00	44,00	80,00	47,18	58,04	78,38	45,53	62,19	75,29
SARDEGNA	65,00	67,00	60,00	46,55	50,45	69,11	61,63	49,34	58,71

Fonte: elaborazione Corte dei Conti su dati Ministero della Salute

Andando a guardare all'interno delle macro-aree, **sono 6 le regioni che non raggiungono la sufficienza nell'area prevenzione (P.A. Bolzano, Liguria, Abruzzo, Molise, Calabria e Sicilia)**; si rileva come le criticità riguardano prevalentemente gli screening oncologici e le vaccinazioni.

Per quanto riguarda i primi, si riscontrano miglioramenti, ma persistono pesanti ritardi nel grado di copertura soprattutto al Sud, ascrivibili sia all'estensione dell'offerta che all'adesione.

Gli indicatori LEA su prevenzione 2022 – 2023

	P01C	P02C	P10Z	P12Z	P14C	P15C										
val obiettivo	>=95%	>=95%	>=100%	>=100%		>=50%	>=60%	>=50%	>=50%	>=60%	>=50%					
val soglia sufficienza	>=92%	>=91%	>=70%	>=80%	<=40%	>=25,5%	>=35%	>=25%	>=25,5%	>=35%	>=25%					
	2023	2022	2023	2022	2023	2022	2023	2022	2023	2023	2022	2022	2022			
Regione									cervice (%)	mammella (%)	colon-retto (%)	cervice (%)	mammella (%)	colon-retto (%)		
Piemonte	95,05	94,2	94,44	94,13	96,42	91,76	100,00	100	38,05	38,02	51,18	56,18	38,32	59,02	42,9	47,35
Valle d'Aosta	94,63	93,59	92,53	90,45	85,35	74,24	81,96	70,6	33,85	36,86	43,76	32,74	50,71	49,88	73,46	24,98
Lombardia	97,98	95,48	97,71	95,81	94,84	90,76	100,00	100	37,08	34,86	48,31	59,83	44,24	20,11	50,42	43,35
P.A. Bolzano	81,63	80,75	75,82	78,19	86,73	81,16	99,40	96,2	27,42	28,77	44,99	59,95	35,73	52,7	51,61	31,25
P.A. Trento	96,98	95,01	96,73	95,52	95,11	82,77	99,36	100	25,91	31,39	78,01	82,46	53,03	58	71,15	53,84
Veneto	96,06	96,18	95,14	95,84	100,00	88,17	99,52	98,68	34,48	33,35	67,83	64,76	61,96	64,93	60,15	56,62
Friuli-Venezia Giulia	93,42	92,55	91,69	91,48	87,55	83,02	99,84	97,92	36,41	37,85	58,16	54,79	52,61	115,39	54,36	49,93
Liguria	83,14	92,48	78,80	90,75	89,20	86,79	100,00	89,92	35,39	39,4	34,44	50,70	33,60	38,55	49,05	31,72
Emilia-Romagna	95,67	95,17	95,86	95,23	99,91	96,11	100,00	100	38,28	37,07	75,15	76,61	51,84	65,61	67,24	53,28
Toscana	98,51	94,99	96,59	93,66	90,38	82,93	100,00	99,16	35,51	36,97	59,38	69,80	47,95	58,97	58,5	39,2
Umbria	96,24	93,78	94,63	93,02	96,84	88,26	100,00	93,08	41,26	39,33	52,36	73,00	40,13	40,65	62,56	40,74
Marche	92,72	90,95	90,76	89,49	97,89	96,21	100,00	100	34,72	38,52	46,38	39,87	31,92	43,56	45,94	32,02
Lazio	90,29	93,04	92,47	93,31	82,11	72,06	100,00	100	38,14	37,56	35,81	38,64	21,67	37,12	37,94	17,68
Abruzzo	89,33	56,99	88,93	60,8	96,65	89,72	96,32	97,6	35,51	41	46,58	47,77	17,54	37,01	38,01	17,67
Molise	91,39	88,29	83,35	87,17	93,34	86,23	96,88	100	44,18	45,55	30,04	39,23	26,06	38,17	40,13	25,32
Campania	93,05	98,81	90,53	96,77	88,20	97,41	99,76	64	49,03	48,44	29,17	27,03	12,45	26,79	23,44	12,04
Puglia	92,27	93,54	91,38	92,96	99,48	95,27	100,00	99,92	45,25	44,1	56,47	46,72	20,41	41,56	30,13	11,4
Basilicata	92,92	92,74	87,88	91,58	95,61	91,79	99,52	100	47,56	49,03	57,01	34,91	34,03	31,58	29,99	32,47
Calabria	92,63	84,02	93,49	85,24	90,05	82,32	100,00	97,4	46,04	46,01	16,95	8,11	4,39	12,29	8,61	2,72
Sicilia	74,72	66,01	74,62	64,9	97,26	95,98	99,28	99,24	45,05	45,72	26,09	28,28	14,48	28,67	27,25	10,34
Sardegna	91,18	86,27	91,61	87,18	90,88	82,12	99,92	98,88	35,65	34,54	30,67	25,77	18,01	30,9	22,7	14,12
ITALIA	92,62	90,91	91,91	90,53	93,04	87,4	98,66	95,4	39,49	39,23	46,89	49,33	32,50	41,23	43,1	28,23

Fonte: elaborazione Corte dei Conti su dati Ministero della Salute

2.2 SCREENING ONCOLOGICI

La diffusione degli screening oncologici in Italia nel 2024

Gli screening oncologici organizzati (tumore della cervice uterina rivolto alle persone di età compresa tra i 25 e i 64 anni, della mammella rivolto alle persone di età compresa tra i 50 e i 69 anni e del colon retto rivolto alle persone di 50-69 anni) **sono Livelli essenziali di assistenza** (Lea) ai sensi del DPCM del 12 gennaio 2017 (che ha recepito le indicazioni del precedente del 2001).

Questo significa che le Regioni e le Aziende sanitarie territoriali sono tenute a garantire gratuitamente a tutti i loro assistiti l'intero percorso di screening a partire dall'invito fino alla eventuale indicazione a trattamento secondo protocolli strutturati e basati sulle evidenze scientifiche. L'attività di screening oncologico organizzato può considerarsi operativa, in ottemperanza a quanto stabilito dai Lea, su tutto il territorio nazionale e per tutti e tre i programmi di screening a partire dai primi anni 2000. Negli ultimi anni, in ottemperanza alle indicazioni del Consiglio europeo, delle Linee guida europee, dei Piani nazionali della prevenzione e più recentemente del Piano oncologico nazionale 2023-2027, alcune Regioni hanno esteso, con proprie risorse, l'invito allo screening mammografico (fasce di età 45-49 e 70-74 anni) e colorettale (fascia di età 70-74 anni).

I dati riportati si riferiscono agli inviti effettuati nel 2024 con una rispondenza all'invito raccolta, come convenuto ormai da anni in seno agli adempimenti Lea, fino al 30 aprile del 2025. L'estensione rappresenta il rapporto tra soggetti invitati e soggetti aventi diritto al netto delle esclusioni prima dell'invito, l'adesione il rapporto tra soggetti rispondenti e soggetti invitati al netto delle esclusioni dopo invito, l'indicatore di copertura da esami (NSG p15C a,b,c) il rapporto tra soggetti aderenti e soggetti aventi diritto al netto delle esclusioni prima dell'invito.

Nel 2024 complessivamente, considerando cioè sia i soggetti in fascia Lea sia quelli fuori fascia per quanto riguarda l'allargamento dell'invito per lo screening mammografico e colorettale, le persone invitate sono state **17.908.724** e quelle che hanno aderito all'invito sono state **7.370.106**.

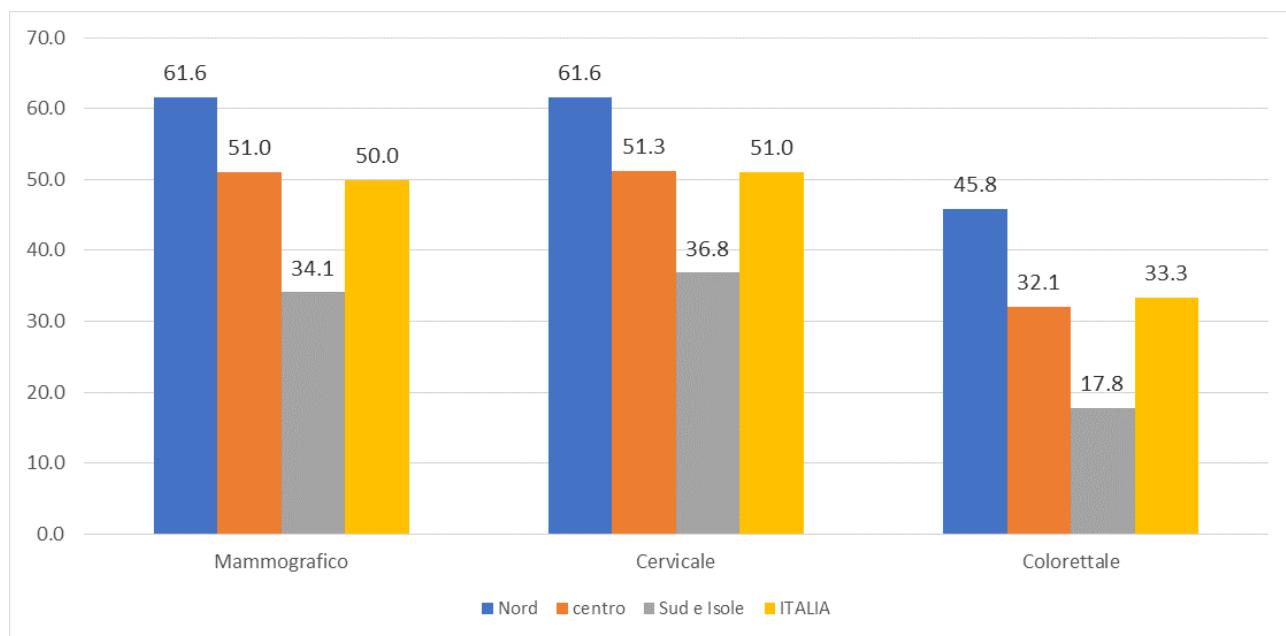
Relativamente alla fascia Lea sono state invitate **16.218.860** persone e **6.481.002** sono stati gli utenti che hanno effettuato il test di screening.

Nella Figura 1 è illustrato graficamente l'indicatore Nuovo Sistema di Garanzia-NSG p15C (a,b,c) relativo alla copertura da esami per il 2024 complessivo e per macroarea geografica. Questo indicatore può essere interpretato come la sintesi tra la capacità di offerta del servizio sanitario da un lato e la propensione alla partecipazione da parte dei cittadini dall'altro. I programmi di screening per il tumore della **mammella e della cervice** raggiungono valori di copertura del 50% (in miglioramento rispetto al 2023 in cui si registrava un valore del 49%) e del 51% (in aumento di 4 punti percentuali rispetto all'anno precedente) rispettivamente. Tali risultati devono essere considerati positivamente dal momento che il valore di copertura accettabile ai fini dell'efficacia dell'intervento è proprio il 50%. Purtroppo sono ancora troppo accentuate le differenze per macroarea con dei differenziali tra Nord e Sud-Isole pari a 27,5 punti percentuali per il programma di screening mammografico e 24,7 punti percentuali per il programma di screening della cervice uterina.

Nel nostro Paese la copertura da esami per lo **screening colorettale** è decisamente inferiore al valore raccomandato del 50% attestandosi al 33,3% (stabile rispetto al 2023) con percentuali del 45,8 nella macroarea Nord, del 32,1 al Centro e del 17,8 al Sud-sole.

Come precedentemente affermato per lo screening mammografico e per quello cervicale, anche per lo screening colorettale il gradiente Nord-Sud è troppo accentuato anche se le aree meridionali appaiono in miglioramento.

Figura 1. Indicatore NSG p15C (a, b, c). Copertura da esami per screening mammografico, cervicale e colorettale, stratificato per macroaree geografiche e Italia – Anno 2024



Fonte ONS – Osservatorio Nazionale Screening

Screening Cervicale – Anno 2024

Riguardo alla fascia Lea, nel 2024 sono state invitate a eseguire lo screening cervicale 4.048.525 persone in aumento rispetto all'anno precedente (3.982.378 nel 2023) con un'estensione degli inviti pari all'117,2% e un range che varia dal 74,3% della Regione Calabria a un 167,9% della Regione Marche (Tabella 1). Valori superiori al 100% sono piuttosto frequenti sia per le modalità di calcolo dell'indicatore (come negli anni precedenti, è stato considerato il diverso intervallo previsto per il test Hpv a 5 anni rispetto al Pap test a 3 anni) sia perché alcune Regioni si sono impegnate a colmare i ritardi maturati in precedenza sia per motivi organizzativi tali per cui un anno si invita più della popolazione avente diritto e l'anno successivo inevitabilmente si invita un numero inferiore al target stabilito. Le persone rispondenti (Tabella 1) sono state 1.624.149 in miglioramento rispetto all'anno precedente (1.554.540 nel 2023) con un'adesione complessiva del 42% e un range che varia dal 15,4% della Regione Calabria al 71,9% della Regione Friuli Venezia Giulia. Rispetto all'anno precedente, l'estensione è aumentata di oltre 6 punti percentuali: le regioni della macroarea Nord hanno registrato un aumento di circa 16 punti percentuali rispetto al 2023 (122,6% versus 106,7%), mentre le regioni del Centro e del Sud-Isole una lieve anche se non rilevante riduzione (120,1% versus 122,5% e 108,1% versus 110,1% rispettivamente).

Complessivamente considerati ottimali valori superiori al 90%, solo 4 regioni/Province Autonome registrano valori inferiori (di queste Calabria, Friuli Venezia Giulia e Valle D'Aosta avevano valori inferiori al 90% anche l'anno precedente).

In merito all'adesione si evidenzia un lieve aumento rispetto all'anno precedente (42% versus 41,5%) con una riduzione di 3,6 punti percentuali nelle regioni del Nord e un aumento di 5 punti percentuali nella macroarea Centro (43,5% versus 38,4%) e di 1,4 punti percentuali nella macroarea Sud-Isole (32,7% versus 31,3%). In sintesi, i valori di

partecipazione appaiono in progressione costante, seppur lieve in ogni singolo anno, nell'ultimo quadriennio (40% nel 2022 e 39% nel 2021).

Tabella 1. Donne invitate e rispondenti, estensione e adesione corretta, indicatore NSG p15C, a. Screening cervicale 25-64 anni – Anno 2024

Regione/Area	Invitati	Rispondenti	Estensione corretta (%)	Adesione corretta (%)	NSG (p15c,A) (%)
Abruzzo	86,213	34,491	121.9	44.3	53.6
Basilicata	28,621	15,887	91.1	56.9	52.2
Calabria	102,015	14,482	74.3	15.4	12.2
Campania	343,661	95,854	91.0	28.8	28.7
Emilia Romagna	293,441	175,831	116.9	62.8	74.7
Friuli Venezia Giulia	53,411	37,145	78.9	71.9	58.4
Lazio	375,720	122,419	111.1	33.2	37.9
Liguria	113,065	34,530	107.5	31.1	35.1
Lombardia	667,989	287,868	120.8	44.7	58.1
Marche	133,725	50,890	167.9	41.7	69.7
Molise	17,393	4,911	109.0	31.3	37.9
P.A. Bolzano	24,663	8,797	79.9	36.1	31.1
P.A. Trento	38,963	24,637	129.4	63.2	90.3
Piemonte	368,722	134,136	159.1	36.4	59.7
Puglia	329,615	131,211	151.8	41.7	65.8
Sardegna	143,401	50,403	101.6	35.7	35.9
Sicilia	293,933	73,305	106.2	26.1	27.8
Toscana	261,005	134,061	120.8	56.6	63.3
Umbria	45,883	27,510	98.1	65.4	64.1
Valle d'Aosta	5,880	3,010	83.6	51.2	41.9
Veneto	321,206	162,771	120.1	57.1	67.5
---	---	---	---	---	---
ITALIA	4,048,525	1,624,149	117.2	42.0	51.0
Nord	1,887,340	868,725	122.6	48.0	61.6
Centro	816,333	334,880	120.1	43.5	51.3
Sud e Isole	1,344,852	420,544	108.1	32.7	36.8

Fonte ONS – Osservatorio Nazionale Screening

Screening Mammografico – Anno 2024

Nel 2024 il valore di estensione (Tabella 2) è pari al 97,3%, in aumento di 3,7 punti percentuali rispetto al 2023 (93,6%), corrispondente a 4.185.888 persone invitate (4.017.757 nel 2023). La copertura da invito è completa nelle regioni del Nord (103,2% nel 2024 *versus* 101% nel 2023) e del Centro (100,7% sovrapponibile all'anno precedente), mentre è più bassa nella macroarea Sud-Isole che ha però registrato un incremento dell'indicatore superiore agli 8 punti percentuali passando dal 79,2% del 2023 all'87,5% del 2024, in costante miglioramento rispetto agli anni precedenti (72% nel 2022 e 58% nel 2021). Relativamente alle differenze regionali si registra un range che varia dal 58,1% per la Valle D'Aosta al 110,4% della Lombardia (quest'ultima ha riportato un elevato numero di esclusioni prima dell'invito).

L'adesione corretta (Tabella 2) è complessivamente pari al 53,8% (55% nel 2023) con un differenziale di 23 punti percentuali tra l'area del Nord (63,2%) e quella del Sud-Isole (40,1%). Rispetto all'anno precedente si osserva una lieve riduzione per il Nord (65,3% nel

2023) e per il Centro (53,3% nel 2024 e 54% nel 2023) e una stabilità assoluta per il Sud-Isole. In merito alle singole realtà si osserva un valore di adesione del 22,1% in Calabria e un valore dell'82,7% nella P.A. di Trento. Il valore dell'86,5% della Valle D'Aosta non può essere portato in comparazione perché, dato il basso valore di estensione degli inviti, è probabile che siano state selezionate solo popolazioni già rispondenti in precedenza e questo quindi può falsare la verosimiglianza del dato.

Tabella 2. Donne invitate e rispondenti, estensione e adesione corretta, indicatore NSG p15C,b. Screening mammografico 50-69 anni – Anno 2024

Regione/Area	Invitate	Rispondenti	Estensione corretta	Adesione corretta	NSG (p15C,b)
Abruzzo	98,314	46,900	96.2	51.3	48.4
Basilicata	33,658	23,707	79.2	74.0	56.5
Calabria	104,058	21,042	69.2	22.1	15.2
Campania	377,811	115,814	91.3	33.5	29.6
Emilia Romagna	327,167	230,042	103.3	73.9	73.9
Friuli Venezia Giulia	77,073	52,724	84.7	77.7	59.7
Lazio	438,267	178,896	102.5	43.6	42.3
Liguria	121,236	55,818	102.1	48.0	47.8
Lombardia	682,308	364,612	110.4	57.0	60.0
Marche	103,260	44,880	87.5	46.2	40.3
Molise	22,550	9,206	100.4	42.5	42.7
P.A Bolzano	37,741	22,072	98.5	59.0	58.1
P.A.Trento	36,130	28,271	94.5	82.7	74.0
Piemonte	333,693	175,682	101.4	53.9	53.4
Puglia	252,194	132,333	88.7	55.5	47.8
Sardegna	106,053	42,554	82.1	41.6	33.0
Sicilia	322,237	100,368	89.1	33.6	28.9
Toscana	290,550	174,430	102.6	67.4	64.9
Umbria	65,460	43,080	103.5	69.6	69.0
Valle D'Aosta	5,661	4,896	58.1	86.5	50.2
Veneto	350,467	227,308	100.0	75.9	65.7
ITALIA	4,185,888	2,094,635	97.3	53.8	50.0
Nord	1,971,476	1,161,425	103.2	63.2	61.6
Centro	897,537	441,286	100.7	53.3	51.0
Sud e Isole	1,316,875	491,924	87.5	40.1	34.1

Fonte ONS – Osservatorio Nazionale Screening

Screening Colorettale – Anno 2024

Nel 2024 il numero di persone di età compresa tra 50 e 69 anni invitate a eseguire il test di screening per la ricerca del sangue occulto (Sof) è stato di 7.984.447 (Tabella 3) in linea con l'anno precedente (7.945.956 nel 2023) pari al 94% della popolazione avente diritto. Nelle aree del Nord e del Centro la copertura è pressoché completa (99% sia al Nord che al Centro), nel Sud e nelle Isole si registra un aumento della copertura da invito rispetto allo scorso anno (84,5% di quest'anno rispetto al 79,7% dell'anno scorso, già in aumento rispetto al 61% del 2022). Riguardo alle differenze regionali il range varia dal 60,8% della Sardegna al 118,8% dell'Emilia Romagna. Nella Regione Piemonte è in corso la transizione da un programma di screening colorettale che utilizza la rettosigmoidoscopia e la ricerca del Sof a un programma basato esclusivamente sulla ricerca del Sof con una estensione pari al 108,2% della popolazione target.

L'adesione all'invito si attesta intorno al 35,8% in aumento di 0,9 punti percentuali rispetto al 2023. Questo dato, che rappresenta il valore medio nazionale, si compone di valori diversi che caratterizzano le macroaree geografiche. Come riporta la Tabella 3, infatti, l'adesione all'invito è risultata maggiore al Nord (46,8%), intermedia al Centro (32,7%) e inferiore nel Sud e nelle Isole (21,1%). Rispetto all'anno precedente si registra un aumento di 0,7 punti percentuali al Nord, di 2,2 punti percentuali e di 1,4 punti percentuali al Centro e al Sud-Isole rispettivamente. La regione con il valore più basso di adesione è risultata la Calabria pari al 5,2%, mentre la Valle D'Aosta ha raggiunto il valore più alto, pari al 66,4%.

Tabella 3. Persone invitate e rispondenti, estensione e adesione corretta, indicatore NSG p15C,c. Screening colorettale 50-69 anni – Anno 2024

Regione/Area	Invitati	Rispondenti	Estensione corretta	Adesione corretta	NSG (p15C,c)
Abruzzo	205,178	49,772	104.7	25.7	26.7
Basilicata	76,986	26,813	84.6	38.9	32.9
Calabria	245,356	11,762	86.9	5.2	4.5
Campania	475,700	110,340	61.5	23.2	14.3
Emilia Romagna	664,723	304,721	118.8	47.9	55.6
Friuli Venezia Giulia	166,776	85,262	100.7	53.3	53.2
Lazio	873,957	211,868	102.4	24.5	25.1
Liguria	222,968	65,977	99.2	30.3	29.7
Lombardia	1,380,860	627,276	101.9	46.7	47.3
Marche	192,717	63,318	85.6	34.9	29.2
Molise	39,326	10,104	91.3	25.7	23.4
P.A. Bolzano	81,168	23,042	110.2	28.6	31.4
P.A.Trento	71,410	35,755	111.4	50.9	56.2
Piemonte	484,520	159,835	108.2	33.1	35.7
Puglia	596,868	148,059	105.0	24.9	26.1
Sardegna	156,367	50,013	60.8	32.5	19.7
Sicilia	688,117	100,563	95.3	15.4	14.6
Toscana	555,545	222,223	98.8	43.8	42.3
Umbria	126,781	49,631	106.4	40.9	42.1
Valle D'Aosta	18,504	12,274	96.7	66.4	64.1
Veneto	660,620	393,610	96.5	61.7	58.8
ITALIA	7,984,447	2,762,218	94.0	35.8	33.3
Nord	3,751,549	1,707,752	98.9	46.8	45.8
Centro	1,749,000	547,040	99.4	32.7	32.1
Sud e Isole	2,483,898	507,426	84.5	21.1	17.8

Fonte ONS – Osservatorio Nazionale Screening

Estensione e adesione screening mammografico fasce di età 45-49 anni e 70-74 anni

L'allargamento delle fasce di età dello screening mammografico ha una distribuzione a macchia di leopardo con alcune regioni che si sono attivamente impegnate e altre, in particolare quelle in piano di rientro, che non hanno ancora operato questo cambiamento. Come illustrato nella Tabella 4, per la fascia di età 45-49 anni il valore di estensione complessivo nel 2024 è pari al 33,8% e le Regioni che superano la percentuale del 40 sono 7 con un valore minimo del 47,4% in Piemonte e un valore massimo del 122,7% nelle Marche.

Relativamente all'adesione (Tabella 4) il valore complessivo è pari al 58,1%, da considerarsi più che accettabile dato che le popolazioni più giovani tendono a partecipare meno e che l'adesione si consolida con l'aumentare dell'età. Considerando le 7 regioni con estensione

superiore al 40% il range dell'adesione varia dal 33,3% delle Marche al 74,7 del Friuli Venezia Giulia.

L'intervento offerto alla fascia 70-74 anni (Tabella 5) vede coinvolto un maggior numero di regioni rispetto alla fascia delle persone 45-49enni. L'estensione complessiva per il 2024 è pari al 51,3% con ben 11 regioni che registrano un valore superiore al 50% e un range che varia dal 59,2% del Lazio al 120,2 della P.A. di Trento. In merito all'adesione (Tabella 5) il valore complessivo è pari al 64,5% con un range che varia dal 41,2% delle Marche al 93,1% del Friuli Venezia Giulia.

Tabella 4. Donne invitate e rispondenti, estensione e adesione corretta. Screening mammografico 45-49 anni – Anno 2024

Regione/Area	Invitati	Rispondenti	Estensione corretta	Adesione corretta
Abruzzo	0	0	0.0	
Basilicata	11,409	6,425	59.2	60.5
Calabria	0	0	0.0	
Campania	62,922	13,772	36.7	22.4
Emilia Romagna	160,307	111,924	94.3	73.5
Friuli Venezia Giulia	22,036	13,542	102.4	74.7
Lazio	0	0	0.0	
Liguria	6,711	3,281	12.1	52.1
Lombardia	243,173	129,456	69.3	57.3
Marche	34,822	11,120	122.7	33.3
Molise	0	0	0.0	
P.A. Bolzano	0	0	0.0	
P.A. Trento	0	0	0.0	
Piemonte	73,403	42,225	47.4	58.8
Puglia	0	0	0.0	
Sardegna	0	0	0.0	
Sicilia	1	0	0.0	0.0
Toscana	104,568	58,477	71.6	63.4
Umbria	0	0	0.0	
Valle D'Aosta	1,242	1,019	27.4	82.0
Veneto	0	0	0.0	
ITALIA	720,594	391,241	33.8	58.1
Nord	506,872	301,447	51.8	63.4
Centro	139,390	69,597	31.1	55.4
Sud e Isole	74,332	20,197	10.6	28.0

Fonte ONS – Osservatorio Nazionale Screening

Tabella 5. Donne invitate e rispondenti, estensione e adesione corretta. Screening mammografico 70-74 anni – Anno 2024

Regione/Area	Invitati	Rispondenti	Estensione corretta	Adesione corretta
Abruzzo	0	0	0.0	
Basilicata	5,927	4,114	70.6	71.5
Calabria	0	0	0.0	
Campania	0	0	0.0	
Emilia Romagna	59,888	41,549	102.6	73.0
Friuli Venezia Giulia	11,158	9,912	64.2	93.1
Lazio	46,925	20,293	59.2	45.8
Liguria	15,411	7,037	65.2	47.9
Lombardia	123,981	68,204	106.3	58.1
Marche	23,788	9,490	103.9	41.2
Molise	0	0	0.0	

P.A. Bolzano	0	0	0.0	
P.A. Trento	8,300	6,707	120.2	84.2
Piemonte	15,882	11,378	23.8	73.5
Puglia	0	0	0.0	
Sardegna	0	0	0.0	
Sicilia	37	37	0.1	100.0
Toscana	40,255	29,365	75.5	78.3
Umbria	12,316	7,751	95.9	65.4
Valle D'Aosta	25	21	1.3	84.0
Veneto	59,650	41,366	95.5	77.7
ITALIA	423,543	257,224	51.3	64.5
Nord	294,295	186,174	81.5	67.4
Centro	123,284	66,899	73.2	57.3
Sud e Isole	5,964	4,151	2.0	71.7

Fonte ONS – Osservatorio Nazionale Screening

Estensione e adesione screening colorettale fascia di età 70-74 anni

L'estensione dello screening colorettale alla fascia di età 70-74 anni nel 2024 (Tabella 6) è stata pari al 34,9% e le regioni che hanno un valore superiore al 40% sono in tutto 7, di queste la Campania registra il valore più basso pari al 47,5% e la Lombardia quello più alto pari 96,9%. Rriguardo alla partecipazione il valore complessivo è pari al 45,4% con il Friuli Venezia Giulia che raggiunge il 93% e la Campania il 17,7%.

Tabella 6. Persone invitate e rispondenti, estensione e adesione corretta. Screening colorettale 70-74 anni – Anno 2024

Regione/Area	Invitati	Rispondenti	Estensione corretta	Adesione corretta
Abruzzo	0	0	0.0	-
Basilicata	3,910	1,400	23.6	38.4
Calabria	817	32	1.6	-
Campania	66,482	11,788	47.5	17.7
Emilia Romagna	0	0	0.0	-
Friuli Venezia Giulia	19,527	17,822	73.4	93.0
Lazio	138,462	37,071	95.3	27.0
Liguria	31,034	14,270	73.5	47.7
Lombardia	226,622	126,921	96.9	57.8
Marche	0	0	0.0	-
Molise	0	52	0.0	-
P.A. Bolzano	0	0	0.0	-
P.A. Trento	0	0	0.0	-
Piemonte	0	0	0.0	-
Puglia	0	0	0.0	-
Sardegna	0	0	0.0	-
Sicilia	65	29	0.0	-
Toscana	14,539	6,895	13.7	53.4
Umbria	20,332	9,073	91.4	47.2
Valle D'Aosta	2,298	1,532	63.9	66.7
Veneto	21,639	13,754	19.0	65.7
ITALIA	545,727	240,639	34.9	45.4
Nord	301,120	174,299	43.1	59.7

Centro	173,333	53,039	55.1	31.3
Sud e Isole	71,274	13,301	13.0	19.5

Fonte ONS – Osservatorio Nazionale Screening

Per concludere l'analisi sugli screening oncologici, dalla recente indagine del Ministero della salute-ISS¹¹ relativa all'esercizio 2023, diretta a cogliere quali aspetti organizzativi e gestionali dei programmi di screening possono incidere sui livelli di copertura osservati, emerge che:

- Il coordinamento regionale risulta attivo nel 90% delle Regioni/PA;
- L'implementazione di protocolli che tengano conto dello stato della vaccinazione contro l'HPV è stata sviluppata nel 78% delle regioni del Nord, nel 50% del Centro e nel 38% del Sud;
- Tutte le Regioni/PA, prevedono campagne di comunicazione/informazione su offerta e/o importanza degli screening, ma solo il 62% le ripete con regolarità;
- Un'offerta formativa dedicata agli operatori è attiva in tutte le Regioni.

Complessivamente non sembrano, quindi, emergere significative differenze tra le macro-aree, con però due significative:

- Rispetto al Centro-Nord, viene sottolineato il fatto che **non tutte le Aziende sanitarie meridionali erogano tali prestazioni** e che è ancora limitato il **ricorso alle farmacie per l'effettuazione di alcuni test (SO colon retto)**, venendo così a mancare un servizio di prossimità che costituisce un fattore facilitante la partecipazione.

Sempre secondo l'indagine, ulteriori risorse dovrebbero essere destinate alla formazione continua del personale sanitario, tecnico e amministrativo, necessaria a garantire la qualità dell'intervento e la standardizzazione delle procedure di lettura dei test: tale formazione, che soprattutto al Sud coinvolge anche i MMG e i pediatri, è ripetuta con cadenza **regolare solo nel 50 % delle regioni meridionali**. Dovrebbe, inoltre, essere ottimizzata la standardizzazione dei sistemi informativi regionali a livello nazionale, attraverso una condivisione di tracciati minimi standard, tale da interfacciare altre piattaforme che gestiscono dati correlabili agli screening (quali le anagrafi vaccinali e il registro tumori) e giungere quindi ad una visione di insieme che consenta di valutare l'intero processo, dall'invito al test alla presa in carico del paziente, sia in termini di costi che di eventuali meccanismi correttivi.

Il divario nord sud continua ad essere notevole e proprio per questo il Programma Nazionale equità nella Salute, finanziato con fondi strutturali e d'investimento europei, agirà quale strumento di supporto nei confronti di sette Regioni del Sud Italia, promuovendo l'accesso al percorso di screening oncologico di particolari fasce di popolazione hard to reach, mentre **all'ampliamento dell'offerta ad ulteriori fasce di età** come raccomandato dal Consiglio europeo, sono destinati tra l'altro i fondi del Piano oncologico nazionale.

La prevenzione nella legge di Bilancio 2026

L'Articolo **64 della prossima Legge finanziaria 2026** segna un passo avanti con l'incremento strutturale dei fondi per la prevenzione oncologica, portando la quota dal 5% al 5,2%, stanziando un totale di 238 milioni di euro iniziali più ulteriori 247 milioni di euro per il

¹¹ L'indagine, basata sui risultati dei questionari inviati alle regioni e P.A. nel 2023, è pubblicata sul Bollettino Epidemiologico Nazionale 2024

2026, destinati principalmente al potenziamento degli screening per il tumore della mammella e del colon-retto, estendendo la platea anche alle fasce di età 45-49 e 70-74 anni, oltre a garantire la prosecuzione della RISP per il tumore del polmone. Tuttavia, pur riconoscendo la positività dell'aumento delle risorse, emergono significative criticità di metodo e strutturali. Le politiche sanitarie, infatti, vengono definite in sede MEF (Ministero dell'Economia e Finanze) tramite la Legge di Bilancio, bypassando l'aggiornamento degli strumenti di pianificazione come il Piano Oncologico Nazionale (PON) e i Livelli Essenziali di Assistenza (LEA), rendendo il risultato in termini di efficacia "assolutamente aleatorio". La procedura corretta esigerebbe, invece, una modifica o aggiornamento del PON basata su una valutazione costi-benefici, seguita dall'aggiornamento dei LEA che richiede il parere delle Commissioni parlamentari e l'intesa della Conferenza Stato-Regioni; in assenza di tale aggiornamento, l'estensione dello screening rimane condizionata finanziariamente alla legge di bilancio annuale o rischia di non essere attuata dalle Regioni, le quali devono organizzare l'attività e acquisire i dati.

La problematica più urgente non è tanto **l'estensione delle fasce di età, quanto la disomogeneità regionale nell'attuazione** e, soprattutto, la bassa adesione della popolazione. Per lo screening del colon-retto, a fronte di una media nazionale di adesione del 35,8%, si registra un **marcato divario Nord-Sud (Nord al 46,8%, Sud al 21,1%)**, con picchi negativi in **Calabria al 5,2% e in Sicilia al 15,4%**; in queste realtà, l'obiettivo prioritario dovrebbe essere **l'incentivo alla partecipazione** della popolazione, a partire da quella già, coperta dall'offerta.

Iniziative efficaci devono mirare a mettere a punto azioni specifiche volte al superamento delle disuguaglianze con sensibilizzazione maggiore, informazioni chiare e prossimità di erogazione. L'efficacia del pur positivo incremento finanziario dipende, in definitiva, dal superamento della logica del finanziamento spot verso aggiornamento LEA e dalla priorità strategica data all'incremento dell'adesione, nelle Regioni con le performance più basse.

2.3 ACCESSO ALLE VACCINAZIONI

Il Piano Nazionale di Prevenzione Vaccinale (2023-2025)

Il PNPV (Piano Nazionale di Prevenzione Vaccinale) – approvato in Conferenza Stato-Regioni il 2 Agosto 2023 - e il relativo calendario vaccinale, hanno lo scopo primario di armonizzare «le strategie vaccinali in atto nel Paese, al fine di garantire alla popolazione, indipendentemente dal luogo di residenza, dal reddito e dal livello socio-culturale, i pieni benefici derivanti dalla vaccinazione, intesa sia come strumento di protezione individuale che di prevenzione collettiva, attraverso l'equità nell'accesso a vaccini di elevata qualità, anche sotto il profilo della sicurezza, e disponibili nel tempo (prevenendo, il più possibile, situazioni di carenza), e a servizi di immunizzazione di livello eccellente».

Il PNPV, oltre a presentare il Calendario nazionale delle vaccinazioni attivamente e gratuitamente offerte alla popolazione per fascia d'età, contiene capitoli dedicati agli interventi vaccinali destinati a particolari categorie a rischio (per patologia, per esposizione professionale, per eventi occasionali) e individua alcune aree prioritarie di azione (allineate con i documenti prodotti a riguardo dall'Oms), una serie di obiettivi specifici e i relativi indicatori di monitoraggio.

Il PVPV tiene anche conto “delle criticità registrate nelle Regioni e nel Paese durante i cicli di programmazione precedenti”. Molte di queste criticità erano state evidenziate da Cittadinanzattiva nella sua “Carta della Qualità dei Servizi vaccinali” “Fra le criticità riscontrate, si sottolineano in particolare:

- Disomogeneità tra le procedure e l'offerta vaccinale in ogni regione e P.A.: dopo la pubblicazione del PNPV 2017-2019 si era raggiunta una certa omogeneità di offerta vaccinale tra le Regioni. Tuttavia, con la disponibilità di nuovi vaccini, i calendari vaccinali regionali sono stati aggiornati senza seguire un razionale concordato a livello nazionale e creando diseguaglianze per la popolazione.
- Mancato raggiungimento dei valori target delle coperture vaccinali, con disomogeneità tra le regioni: ciò anche in considerazione dell'impatto della pandemia di COVID-19 sui servizi vaccinali, che è stato particolarmente marcato relativamente all'offerta vaccinale per gli adolescenti e gli adulti.
- Difformità nell'organizzazione e gestione del processo vaccinale, inclusa la registrazione delle vaccinazioni effettuate sul territorio nazionale: in assenza di standard definiti sull'organizzazione e gestione dei servizi vaccinali, sorgono problemi di equità nell'accesso alla vaccinazione e di efficienza sul territorio nazionale. Inoltre, in assenza di sistemi informativi standardizzati, si possono verificare criticità e divergenze nella stima delle coperture vaccinali.
- Difficoltà logistiche e organizzative da parte delle amministrazioni sanitarie locali per garantire l'erogazione e la piena fruibilità delle vaccinazioni inserite nel calendario vaccinale: non tutte le amministrazioni regionali hanno impostato e realizzato strutture organizzative stabili, in grado di gestire calendari serrati di vaccinazione nel primo anno di nascita e il prevedibile e auspicabile incremento dei volumi di attività determinati dall'adozione di un nuovo calendario.
- Necessità di revisione e aggiornamento dei LEA per permettere l'inclusione degli aggiornamenti del calendario vaccinale e dei relativi indicatori di copertura nei livelli essenziali di assistenza, garantendo così il diritto del cittadino a fruire di tutte le vaccinazioni previste dal calendario vaccinale.
- Completamento del percorso di valutazione previsto sull'obbligatorietà delle vaccinazioni, così come previsto dal Decreto-legge 7 giugno 2017 n. 73, Disposizioni urgenti in materia di prevenzione vaccinale, modificato dalla Legge di conversione 31 luglio 2017, n. 119.
- Mancata definizione di un processo decisionale standardizzato per l'inserimento delle nuove vaccinazioni nel calendario e dei relativi finanziamenti dedicati alla produzione di analisi indipendenti di costo-efficacia e di HTA che possano essere utilizzate ai fini della valutazione di nuove indicazioni nel calendario vaccinale.”

Il PNPV 2023-2025, rispetto al precedente (2019 - 2021), apporta le seguenti principali novità che tentano di intervenire proprio sulle criticità che noi stessi abbiamo rilevato e poc'anzi rappresentato:

- svincola l'aggiornamento del calendario vaccinale dal Piano per rendere l'offerta più in linea con il progresso scientifico;
- rafforza l'offerta della vaccinazione anti-meningococcica di tipo B, a seguito dei dati regionali di sorveglianza, ed indica che, in base alla situazione epidemiologica, ogni singola Regione/PA può integrare l'offerta per età di tale vaccinazione;
- parla di mantenimento della gratuità nel tempo per le coorti beneficiarie (es. per Hpv) che abbiano perso o differito la vaccinazione, pur avendone maturato il diritto;

- sottolinea l'inserimento della vaccinazione nei Percorsi diagnostici di diagnosi e cura (Pdta) e il coinvolgimento più esteso dei professionisti sanitari, anche specialisti di riferimento per patologie croniche/oncologiche;
- coinvolge esplicitamente le farmacie tra i soggetti che potranno erogare la vaccinazione, al momento antinfluenzale ed anti Covid;
- tutela maggiormente le categorie più esposte e più fragili, con particolare attenzione alla fascia adolescenziale (meningite, HPV) ed anziana (Zoster, Pneumococco).

Gli obiettivi del PNPV

Gli obiettivi individuati dal Piano nazionale prevenzione vaccinale 2023-2025 sono:

1. Mantenere lo status polio-free
2. Raggiungere e mantenere l'eliminazione di morbillo e rosolia
3. Rafforzare la prevenzione del cancro della cervice uterina e delle altre malattie HPV correlate
4. Raggiungere e mantenere le coperture vaccinali target strutturando reti e implementando percorsi di prevenzione vaccinale
5. Promuovere interventi vaccinali nei gruppi ad alto rischio per patologia, favorendo un approccio centrato sulle esigenze del cittadino/paziente
6. Ridurre le diseguaglianze e prevedere azioni per i gruppi di popolazione difficilmente raggiungibili e/o con bassa copertura vaccinale
7. Completare l'informatizzazione delle anagrafi vaccinali regionali e mettere a regime l'anagrafe vaccinale nazionale
8. Migliorare la sorveglianza delle malattie prevenibili da vaccino
9. Rafforzare la comunicazione in campo vaccinale
10. Promuovere nei professionisti sanitari la cultura delle vaccinazioni e la formazione in vaccinologia.

Il Piano raccomanda le strategie per il raggiungimento di coperture vaccinali adeguate e non fa riferimento alla specifica offerta vaccinale, che è invece riportata nel Calendario Vaccinale.

Il calendario vaccinale – scenario in aggiornamento

Una delle principali novità introdotte con il PNPV 2023 - 2025 è la predisposizione del Calendario vaccinale triennale come documento distinto e, pertanto, facilmente aggiornabile in base ai futuri scenari epidemiologici, alle evidenze scientifiche e alle innovazioni in campo biomedico. Indubbiamente il nuovo calendario vaccinale, ed in particolare la possibilità di aggiornarlo di frequente, essendo svincolato dal Piano, rappresenta una risposta concreta al bisogno di innovazione anche nel campo della prevenzione e consente di uniformare l'accesso a quelle vaccinazioni, di nuova introduzione, che frequentemente sono state oggetto di politiche di accesso difformi sul territorio.

L'equità d'accesso nelle vaccinazioni rappresenta un elemento fondamentale quanto critico nel nostro paese.

È attuale il dibattito sui nuovi anticorpi monoclonali e vaccini per la prevenzione del **virus respiratorio sinciziale**. Questo virus, noto come causa di bronchioliti nei bambini piccoli, è anche molto rilevante per la salute degli anziani e degli adulti con malattie croniche, in cui determina spesso complicanze importanti quali polmoniti e bronchiti, ospedalizzazioni e morti.

I nuovi vaccini e anticorpi monoclonali, disponibili oggi per bambini, donne in gravidanza, adulti fragili e anziani, hanno dimostrato elevata efficacia contro le malattie da RSV ma ad oggi l'accesso non è garantito uniformemente. Anche in questo caso è richiesto un lavoro di uniformità e ciò sarà possibile solamente se il Ministero della Salute si farà parte attiva. Da tempo noi stessi chiediamo che vengano individuate tutte le azioni necessarie affinché sia garantita l'offerta attiva in ogni Regione di questi nuovi strumenti di prevenzione, aggiornando il calendario vaccinale.

Si ricorda altresì che l'intesa tra il Governo, le Regioni e le Province autonome sul documento recante "Piano nazionale di prevenzione vaccinale (PNPV) 2023-2025" e sul documento recante "Calendario nazionale vaccinale" prendeva atto «... dell'impegno ad attivare il monitoraggio dell'implementazione del PNPV ed a finanziare attraverso risorse aggiuntive gli eventuali maggiori costi sostenuti a partire dall'anno 2023 per effetto dell'ampliamento dell'offerta vaccinale e delle azioni necessarie per assicurare la copertura vaccinale a tutti i soggetti a rischio...»: **rivalutazione che di fatto non è avvenuta nonostante i numerosi annunci da parte del Ministero della Salute.**

Ciò a cui abbiamo assistito invece è stata la proposta, avanzata dal Ministero della Salute alla Conferenza Stato – Regioni, di prorogare di un anno la scadenza del PNPV, richiesta motivata dalla necessità di garantire la continuità del Piano, oltre la sua scadenza naturale (31 dicembre 2025), nelle more dell'elaborazione del nuovo.

Una prospettiva, emersa proprio in coincidenza con l'inizio della stagione vaccinale 2025 – 2026, che allarma non poco, dal momento che l'aggiornamento del Piano era atteso da tempo.

Il 3 dicembre 2025 la Commissione Salute delle Regioni ha espresso parere **favorevole alla proroga** di un anno proposta dal Ministero della Salute del PNPV 2023 – 2025 ma ha posto delle **condizioni stringenti** per l'approvazione, ritenendo che una semplice estensione non sia più sufficiente di fronte all'evoluzione epidemiologica, alle nuove tecnologie e ai più recenti indirizzi scientifici.

La richiesta principale, definita "**necessaria e vincolante**", è l'**aggiornamento immediato del calendario vaccinale nazionale**. Le Regioni ritengono **imprescindibile** l'introduzione di due importanti novità:

1. **L'immunizzazione contro il Virus Respiratorio Sinciziale (RSV)** per i nuovi nati (fino a 12 mesi) e per i bambini a rischio (fino a 24 mesi) tramite anticorpo monoclonale.
2. **L'offerta vaccinale contro il meningococco B in età adolescenziale**, ampliando l'attuale copertura.

Questi aggiornamenti sono visti come strategici per ridurre ricoveri e complicanze nelle fasce più vulnerabili. Oltre a ciò, è richiesta l'immediata attivazione del lavoro tecnico per definire un'offerta di **immunizzazione anti-RSV anche per la popolazione adulta** ad alto rischio, data la disponibilità di nuovi **vaccini per gli over 60 e i soggetti fragili**.

Un altro punto cruciale è la richiesta di **revisione e adeguamento delle risorse economiche** per garantire la **sostenibilità** del sistema vaccinale e assicurare l'**equità** su tutto il territorio nazionale, prevenendo disparità regionali nelle coperture.

Infine, le Regioni esigono l'impegno vincolante a istituire un **percorso nazionale condiviso e strutturato** per l'introduzione di nuovi vaccini, basato su **criteri epidemiologici, di equità, sostenibilità economica e valutazione d'impatto**. A questo è correlata la necessità di **definire un prezzo nazionale sostenibile** per ogni nuova offerta (secondo il criterio di *willingness to pay*), rafforzando così il potere negoziale del Servizio Sanitario Nazionale (SSN) ed evitando differenze di approvvigionamento tra le Regioni.

In conclusione, la Commissione Salute è esplicita: il sistema vaccinale necessita non di una "mera proroga", ma di un **"aggiornamento organico e condiviso del quadro programmatico"** in linea con le innovazioni e le raccomandazioni internazionali. La proroga può essere una necessità tecnica, ma è urgente una **revisione strutturale e tempestiva** del Piano. Ricordiamo che la **Legge di Bilancio 2026**, in discussione in Parlamento, dedica alla prevenzione l'Articolo 64 (Misure di prevenzione) stabilendo un finanziamento dedicato alla prevenzione. **Parte del finanziamento** stanziato dovrà concorrere **all'aumento del finanziamento statale alle Regioni per l'acquisto dei vaccini previsti nel calendario vaccinale nazionale**, così da migliorare la copertura e uniformare l'offerta su tutto il territorio.

Le coperture vaccinali

Le coperture vaccinali sono un indicatore importante che si riferisce alla percentuale di una popolazione target (come neonati, bambini o gruppi di rischio specifici) che ha ricevuto le dosi raccomandate di un determinato vaccino. Il monitoraggio costante di questa percentuale è indispensabile per diverse ragioni che vanno ben oltre la semplice verifica del raggiungimento degli obiettivi di un programma vaccinale.

Questa attività non si limita a contare il numero di persone vaccinate, ma è cruciale per stimare con precisione **l'immunità di gregge** di una comunità, permettendo così di anticipare e prevenire il rischio di epidemie per malattie prevenibili. Analizzando i dati per aree geografiche e per specifici gruppi demografici, il monitoraggio è in grado di **identificare rapidamente le sacche di popolazione vulnerabile o che non è stata vaccinata**, fungendo da indicatore delle disuguaglianze nell'accesso ai servizi sanitari e della presenza di esitazione vaccinale.

Infine, i risultati di questa sorveglianza attiva sono la base empirica indispensabile per la **pianificazione strategica** e la formulazione delle politiche, guidando l'allocazione efficiente delle risorse e garantendo la robustezza e la qualità complessiva del sistema sanitario.

Coperture vaccinazioni in età pediatrica e adolescenza

Non raggiungono i livelli pre-pandemia le vaccinazioni per i cicli primari in età pediatrica e permangono i ritardi per i richiami in età scolare e in adolescenza; forti in alcune regioni e P.A. gli scostamenti rispetto alla soglia di riferimento.

Tabella 7. Vaccinazioni dell'età pediatrica anno 2023 (coorte 2021) – coperture vaccinali a 24 mesi

REGIONE/P.A.	POL	DIF	TET	PER	EP B	HIB	MOR	PAR	ROS	VAR	Men C	PnC	EP A	ROTA	Men B	Men ACWY	
Piemonte	94,50	94,50	94,51	94,50	94,49	95,77	94,47	94,42	94,47	93,81	89,31	90,75	0,31	81,06	88,36	1,70	
Valle d'Aosta	95,01	95,01	95,01	95,01	95,01	95,01	94,93	94,20	94,93	93,39	90,82	94,74	0,13	70,18	82,32	2,43	
Lombardia	96,78	96,78	96,78	96,77	96,78	96,67	96,72	96,70	96,70	96,12	95,88	94,27	2,73	82,90	93,53	1,91	
Prov. Aut. Bolzano	85,28	85,36	85,36	85,32	85,38	83,94	83,81	83,79	83,81	83,38	70,77	78,39	0,69	48,58	83,61	70,39	
Prov. Aut. Trento	96,02	95,99	96,02	95,99	95,99	95,95	96,11	96,09	96,11	95,56	96,90	92,08	1,79	75,24	83,38	88,58	
Veneto	95,49	95,49	95,50	95,49	95,47	95,35	96,30	95,22	96,29	95,40	96,26	92,14	12,14	84,91	86,38	90,89	
Friuli-Venezia Giulia	97,97	97,99	98,02	98,00	97,85	97,87	96,98	96,94	96,95	96,39	90,06	92,59	5,07	81,09	89,98	63,74	
Liguria	93,64	93,66	93,66	93,66	94,07	94,03	91,61	91,55	91,60	90,70	85,72	91,49	2,91	71,31	86,84	89,72	
Emilia-Romagna	97,42	97,44	97,44	97,43	97,43	97,18	97,28	97,21	97,29	96,44	92,69	94,03	11,76	68,02	87,63	92,17	
Toscana	97,70	97,71	97,71	97,71	97,63	98,02	97,33	97,27	97,34	96,43	91,17	93,42	0,43	66,92	88,97	19,48	
Umbria	97,28	97,30	97,50	97,30	97,24	97,18	96,47	96,41	96,47	95,23	90,38	94,70	0,22	65,57	85,64	79,86	
Marche	92,82	92,84	92,84	92,84	92,84	92,81	93,34	92,04	91,98	92,01	90,73	83,75	88,71	0,37	66,09	76,21	83,31
Lazio	94,93	94,90	94,90	94,90	94,92	94,82	95,75	95,74	95,75	94,91	82,67	94,38	0,31	66,23	75,06	82,33	
Abruzzo	96,67	96,69	96,69	96,69	96,66	96,78	94,59	94,59	94,59	93,09	74,11	92,93	0,32	65,20	78,66	47,24	
Molise	95,14	95,14	95,14	95,14	95,14	95,14	96,33	95,45	95,45	95,45	95,14	0,25	93,21	0,19	83,94	78,89	84,12
Campania	96,33	96,33	96,33	96,33	96,33	96,30	96,28	95,90	95,95	95,97	93,72	66,28	87,44	0,02	51,33	49,97	66,28
Puglia	90,38	90,38	90,38	90,38	90,35	90,31	90,02	90,00	90,01	89,59	80,62	67,58	0,44	60,70	80,81	88,68	
Basilicata	95,41	95,41	95,41	95,41	95,41	95,41	95,91	92,42	92,42	92,42	91,41	88,83	93,80	0,19	78,70	83,92	88,62
Calabria	93,40	93,40	93,40	93,40	93,40	93,42	92,43	92,43	92,43	92,03	59,85	89,09	0,20	79,59	80,37	84,36	
Sicilia	89,44	89,44	89,44	89,44	89,46	89,42	90,79	90,77	90,78	90,12	74,78	84,81	0,13	62,38	66,49	74,57	
Sardegna	91,82	91,83	91,83	91,83	91,84	91,78	91,96	91,96	91,96	91,40	87,28	90,19	0,17	79,16	77,56	84,06	
Italia	94,76	94,76	94,76	94,76	94,83	94,64	94,61	94,64	94,64	93,76	83,76	91,57	7,04	70,76	79,60	57,33	

Fonte. Ministero della Salute

Secondo l'analisi del Ministero che riporta la situazione al 31 dicembre 2023, si è ridotta lievemente nell'anno la copertura delle **vaccinazioni a 24 mesi** per la polio (usata come proxy per l'esavalente) passando dal 95,15 al 94,76%, al di sotto quindi della soglia raccomandata dall'Organizzazione Mondiale della Sanità per ottenere (e mantenere) l'immunità di gregge.

Solo 13 le regioni che adempiono pienamente l'obbligo vaccinale. Si è invece al di sotto della soglia ritenuta accettabile (copertura inferiore al 92% in più di un caso) nella P.A. di Bolzano (85,3%), in Puglia (90,4%), in Sicilia (89,4%) e in Sardegna (91,8%).

Continua a migliorare la copertura per la prima dose di morbillo usata come proxy anche per parotite e rosolia (94,64 % rispetto al 94,4 dell'anno precedente), con 10 regioni che si collocano sopra il 95 % ma 5 sotto la soglia minima, così come aumenta lievemente la copertura per la varicella (93,76 % rispetto al 93,35%).

Valori che segnano un generale recupero a 36 mesi rispetto a quelli rilevati per la medesima coorte di nascita a 24 mesi e portano la media nazionale su valori superiori o vicini al 95% (95,5 % per la polio, 95,6% per il morbillo e 94,8% per la varicella); ma con la P.A. di Bolzano che nonostante il miglioramento si ferma nelle tre vaccinazioni su valori compresi tra l'89,6 e l'88%.

Vaccinazione in età prescolare

Vaccinazione dell'età pediatrica. Anno 2023 (coorte 2016) – coperture vaccinali per vaccinazioni eseguite a 5 – 6 anni

Regione/P.A.	Morbillo (MOR)	Parotite (PAR)	Rosolia (ROS)	Varicella (VAR)	Difterite (DIF)	Tetano (TET)	Pertosse (PER)	Polio (POL)
Piemonte	89,22	88,93	89,17	60,80	90,59	90,59	90,53	90,55
Valle d'Aosta	90,89	90,04	90,89	53,71	90,57	90,68	90,57	90,36
Lombardia	93,36	92,93	93,26	76,86	92,96	92,99	92,91	93,02
Prov. Aut. Bolzano	74,77	74,53	74,62	60,44	73,71	73,76	73,66	73,51
Prov. Aut. Trento	91,35	91,04	91,16	75,73	91,66	91,66	91,64	91,66
Veneto	88,84	88,34	88,76	85,51	88,46	88,58	88,42	88,51
Friuli-Venezia Giulia	91,62	91,36	91,40	85,78	91,99	92,07	91,95	92,02
Liguria	84,64	84,18	84,58	74,00	85,69	85,70	85,68	85,92
Emilia-Romagna	90,66	90,22	90,52	78,39	91,10	91,17	91,08	91,19
Toscana	92,01	91,80	91,97	87,94	90,08	90,16	90,05	90,02
Umbria	94,16	93,81	94,08	65,91	98,12	98,14	98,12	98,14
Marche	83,80	83,46	83,65	72,14	83,95	83,96	83,94	83,95
Lazio	79,84	79,99	79,97	62,23	80,80	80,89	80,85	80,99
Abruzzo	83,35	83,09	83,31	64,02	83,87	83,86	83,86	83,82
Molise	87,30	87,30	87,30	82,82	88,77	88,77	88,77	88,53
Campania	70,99	70,93	70,96	57,83	74,52	74,52	74,50	74,53
Puglia	84,92	84,87	84,90	82,94	84,15	84,15	84,15	84,15
Basilicata	86,68	86,68	86,68	84,09	87,99	87,99	87,99	87,99
Calabria	84,76	84,76	84,76	82,69	75,95	75,95	75,95	75,95
Sicilia	70,87	70,85	70,95	68,84	72,84	72,84	72,82	72,77
Sardegna	83,95	83,85	83,89	79,23	83,31	76,42	83,19	83,31
Italia	84,79	84,57	84,74	73,10	85,10	84,99	85,08	85,13

Fonte. Ministero della Salute

Continuano a rimanere indietro rispetto ai valori richiesti le vaccinazioni in età pre-scolare, somministrate a 5-6 anni: appena l'85,1% per la quarta dose di antipolio e l'84,8% per la seconda di morbillo.

Vaccinazioni in adolescenza

In miglioramento, ma comunque molto al sotto delle soglie richieste, le coperture per le vaccinazioni effettuate nell'adolescenza: nei sedicenni (coorte 2007) l'antidifterica (quinta dose) si colloca al 68,8%, l'anti – meningococco C con 77,34% e meningococco ACYW con appena il 56,9%. Sul versante positivo l'antimorbillio è al 91,5 % per la seconda dose.

Vaccinazioni dell'adolescenza 2023 – (Coorte 2007). coperture vaccinali per vaccinazioni dell'adolescente

Regione/P.A.	Difterite (DIF)	Tetano (TET)	Pertosse (PER)	Morbillo (MOR 1)	Morbillo (MOR 2)	Parotite (PAR 1)	Parotite (PAR 2)	Rosolia (ROS 1)	Rosolia (ROS 2)	Meningococco conjugato (MEN C)	Epatite A (EPA)	Polio	Men ACYW coniugato (MEN ACYW)
Piemonte	77,87	78,11	77,41	95,68	94,23	95,64	94,08	95,66	94,13	78,16	77,91	4,04	72,63
Valle d'Aosta	85,23	85,81	84,82	94,80	93,48	94,80	93,23	94,80	93,30	91,75	85,51	2,15	82,10
Lombardia	86,48	86,63	85,93	96,69	94,92	96,57	94,31	96,61	94,53	90,40	86,66	9,09	84,83
Prov. Aut. Bolzano	53,21	53,66	52,30	91,94	89,78	91,84	89,64	91,87	89,64	73,20	52,97	5,02	54,02
Prov. Aut. Trento	86,89	87,45	86,32	95,50	94,13	95,44	93,89	95,42	93,94	89,08	87,00	5,20	83,00
Veneto	79,50	80,06	78,87	96,19	93,75	96,12	93,17	96,14	93,42	91,15	79,46	13,98	79,32
Friuli-Venezia Giulia	76,97	77,92	76,25	97,08	95,89	97,06	95,71	97,09	95,77	86,10	76,64	7,57	81,24
Liguria	63,37	63,51	63,73	53,59	91,53	53,56	91,21	53,51	91,42	88,27	77,99	7,58	76,42
Emilia-Romagna	84,29	84,60	83,56	96,92	94,17	96,81	93,75	96,84	93,90	95,18	84,28	11,41	82,90
Toscana	76,33	77,36	75,84	92,37	92,36	91,80	91,78	91,99	91,90	62,90	74,58	4,10	39,55
Umbria	74,47	74,72	74,04	98,50	97,25	98,52	96,56	98,56	96,75	94,88	97,72	1,84	86,69
Marche	68,89	69,03	68,48	94,31	91,64	94,22	91,39	94,24	91,48	81,05	68,91	1,99	65,54
Lazio	94,90	94,91	94,80	99,52	94,21	99,46	93,93	99,47	93,99	86,67	94,89	1,89	14,87
Abruzzo	53,59	53,59	53,36	90,53	95,48	90,53	95,35	90,53	95,39	66,66	52,96	1,88	50,77
Molise	59,43	59,43	59,43	98,69	93,74	98,69	93,74	98,69	93,74	79,84	59,06	3,44	47,36

Campania	29,94	29,97	29,82	94,71	89,48	94,70	89,43	94,70	89,45	38,58	29,61	0,51	0,22
Puglia	61,42	61,45	61,37	96,70	93,62	95,92	93,53	95,94	93,57	94,71	61,25	86,5	77,51
Basilicata	80,49	80,53	81,35	95,30	93,36	95,30	93,36	95,30	93,36	76,53	78,14	0,65	70,86
Calabria	52,74	52,74	52,74	68,55	63,49	68,55	63,49	68,55	63,49	60,21	64,42	0,68	45,09
Sicilia	30,38	30,39	30,17	95,27	81,41	95,21	81,23	95,23	81,32	50,99	29,50	0,56	41,57
Sardegna	59,69	59,73	59,53	94,69	92,18	94,51	91,26	94,53	91,20	87,82	59,59	1,19	61,52
Italia	68,76	68,98	68,42	94,47	91,54	94,31	91,20	94,34	91,32	77,34	69,48	10,8	62,98

Fonte. Ministero della Salute

Vaccinazione HPV

Il Ministero della Salute rende noti i dati nazionali e regionali di copertura, al 31/12/2024, per la vaccinazione anti-HPV nella popolazione femminile e maschile, relativamente alle corti di nascita 2000-2012. I dati delle coperture vaccinali (ciclo completo), sia per le femmine che per i maschi, pur mostrando ancora valori bassi sulle rilevazioni puntuale nei target primari dell'intervento, evidenziano un miglioramento rispetto all'anno precedente; si conferma inoltre il trend in miglioramento osservato anche negli anni precedenti sulle singole coorti di nascita (recuperi vaccinali), tuttavia, la copertura vaccinale media per HPV nelle ragazze è al di sotto della soglia ottimale prevista dal Piano Nazionale di Prevenzione Vaccinale (95% nel 12° anno di vita). Anche a livello regionale, nessuna Regione/PA raggiunge il 95% in nessuna delle coorti prese in esame. Di seguito i commenti ai risultati principali per la popolazione femminile e maschile.

Femmine: Il valore di copertura vaccinale nazionale per HPV (per ciclo completo) nelle ragazze della coorte 2012, quindi al compimento dei 12 anni nell'anno di rilevazione, è al 51,18%, mentre quello della coorte 2011 (al compimento dei 13 anni nell'anno di rilevazione) è al 64,07%. Rispetto alla rilevazione del 2023, sulle stesse fasce di età, si osserva un incremento, pari al 5,79%, per le ragazze che compivano 12 anni nell'anno di rilevazione, e un aumento del 3,29% per le ragazze che compivano 13 anni nell'anno di rilevazione. La copertura per ciclo completo nella coorte 2009 (ragazze che compivano 15 anni nell'anno di rilevazione, utilizzata dall'OMS come riferimento nelle sue statistiche), è del 70,58%, in lieve aumento rispetto al dato sulla stessa fascia di età rilevato l'anno precedente (69,57%).

Figura: CV ciclo completo ragazze 2023 vs 2024 per età

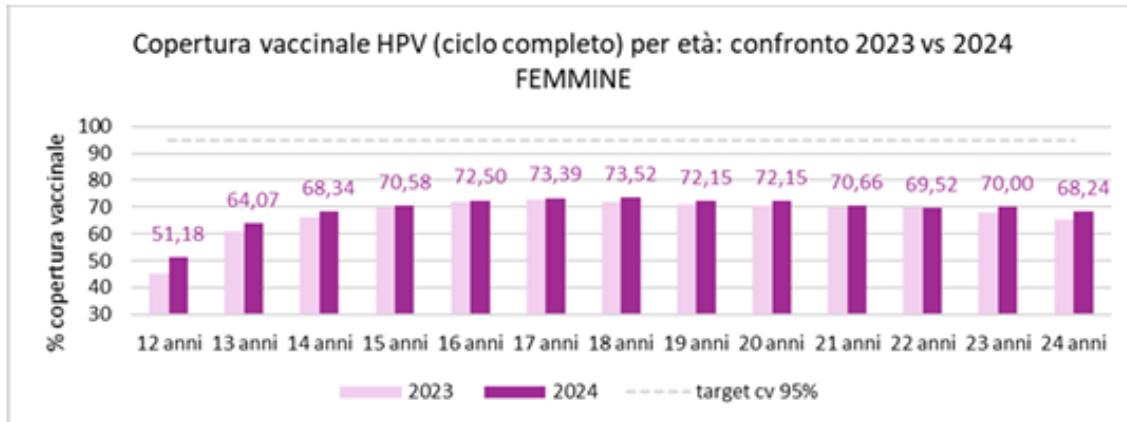
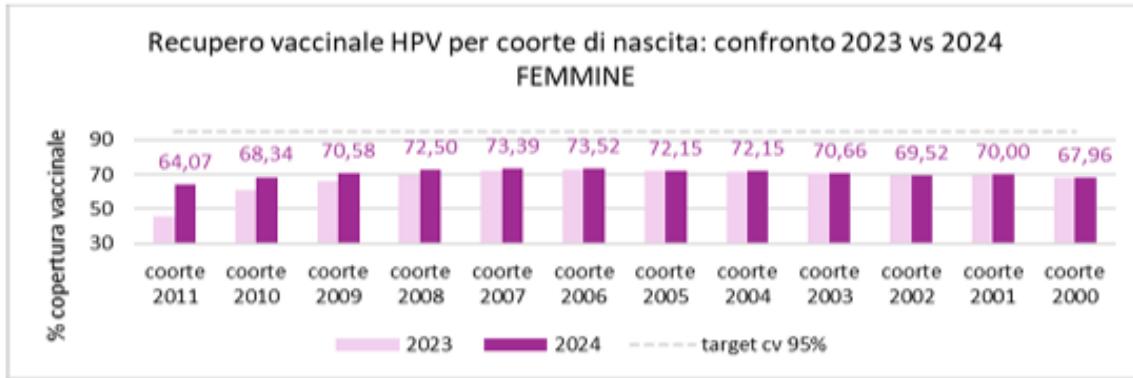


Figura: Recupero vaccinali HPV ciclo completo ragazze 2023 vs 2024 per coorte di nascita



I dati riportati nelle figure indicano sia un generale andamento in crescita delle vaccinazioni anti HPV per le ragazze rispetto al 2023 sia un andamento in positivo nel recupero delle vaccinazioni, specialmente per le coorti più giovani (2011-2010).

Maschi: Il valore di copertura vaccinale per HPV (per ciclo completo) nei ragazzi della coorte più giovane (2012), che compivano 12 anni nell'anno di rilevazione, è al 44,65%, mentre quello della coorte 2011 (ragazzi che compivano 13 anni nell'anno di rilevazione) è al 55,80%. Rispetto alla rilevazione del 2023, sulle stesse fasce di età, si osserva un incremento del 5,30% per i ragazzi che compivano 12 anni nell'anno di rilevazione, e del 4,16% per i ragazzi che compivano 13 anni nell'anno di rilevazione. Anche per i ragazzi continua il progressivo miglioramento delle coperture delle singole coorti rispetto all'anno precedente unitamente ad un andamento in crescita dei recuperi, pur tuttavia nessuna coorte raggiunge l'obiettivo di copertura del 95%.

Figura: CV ciclo completo ragazzi 2023 vs 2024 per età

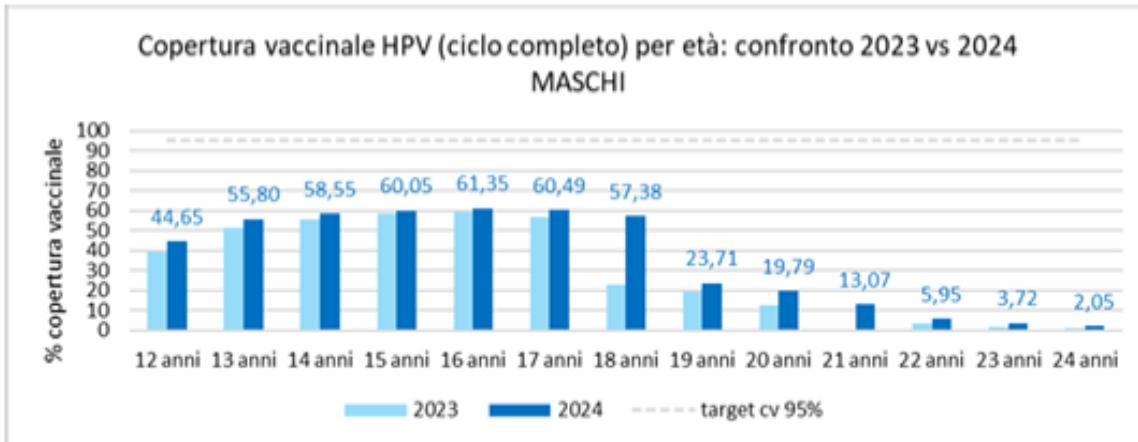
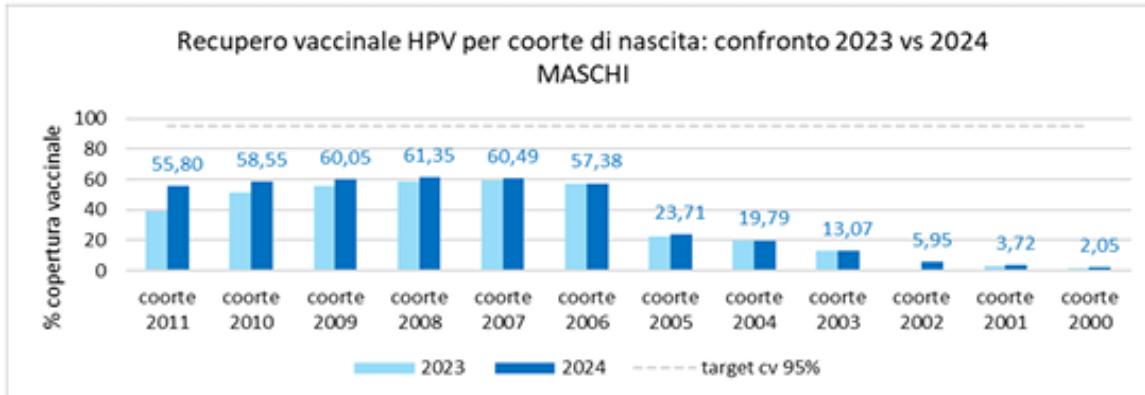


Figura: Recupero vaccinali HPV ciclo completo ragazzi 2023 vs 2024 per coorte di nascita



Vaccinazione antinfluenzale

Persiste infine la bassa copertura della vaccinazione antinfluenzale nell'anziano (52,5% in media nazionale rispetto all' obiettivo del 75%), con due sole regioni che superano la copertura del 60% (Umbria, 64,1% e P.A di Trento 61,6%). Si accentua la tendenza in riduzione dopo la pandemia (aveva raggiunto il 65,3% nella stagione 2020-21).

Vaccinazione antinfluenzale 2024 – 2025. Coperture vaccinali per 100 abitanti

Regione	6_23_mesi	2_4_anni	5_8_anni	9_14_anni	15_17_anni	18_44_anni	45_64_anni	65_anni	Totali
PIEMONTE	11,3	16,3	9,1	3,0	1,3	3,6	10,9	51,7	19,2
VALLE D'AOSTA	22,0	28,5	14,9	4,4	0,8	2,6	8,9	44,0	16,4
LOMBARDIA	14,0	26,9	21,3	10,0	2,5	5,5	12,4	53,8	20,4
P.A. BOLZANO	2,7	5,7	4,3	2,3	1,0	2,3	6,5	33,4	11,1
P.A. TRENTO	12,0	12,6	7,9	4,0	1,3	4,2	11,5	61,6	18,8
VENETO	20,4	22,5	11,7	3,8	1,2	3,9	10,2	51,3	18,5
FRIULI V.G.	10,0	19,7	12,5	3,7	1,1	3,9	11,3	55,7	21,0
LIGURIA	27,5	33,6	20,6	7,3	2,3	4,3	11,9	48,4	20,8
EMILIA-ROMAGNA	15,0	20,2	10,3	3,9	2,1	5,3	14,2	59,2	21,9
TOSCANA	21,0	29,6	21,0	9,1	2,8	4,4	12,6	57,7	22,6
UMBRIA	15,8	31,3	18,4	5,1	1,3	2,4	9,4	64,1	22,6
MARCHE	10,5	17,5	11,0	4,0	1,5	3,8	11,0	51,4	19,1
LAZIO	15,9	24,2	15,6	4,9	2,0	4,9	14,1	56,6	20,9
ABRUZZO	2,6	6,0	4,6	2,2	1,1	2,7	9,1	48,7	16,7
MOLISE	8,9	20,8	11,6	3,9	2,0	4,1	14,7	53,2	21,2
CAMPANIA	8,8	24,5	16,6	6,4	2,2	3,4	11,9	49,2	16,9
PUGLIA	27,9	39,8	30,5	11,1	7,9	6,7	13,1	52,5	22,0
BASICATI	9,4	9,9	9,6	3,6	2,3	2,6	14,0	59,3	21,3
CALABRIA	4,3	7,9	3,7	1,2	1,5	1,1	6,8	44,3	13,7
SICILIA	4,8	11,5	8,6	3,5	3,8	4,4	15,5	48,2	18,3
SARDEGNA	5,2	10,1	7,2	3,7	1,7	3,6	9,7	37,6	15,1
Totale Italia	13,7	22,3	15,1	5,9	2,5	4,4	12,2	52,5	19,6

Fonte. Ministero della Salute

2.4 INDICATORE STILE DI VITA

Numerosi studi scientifici hanno evidenziato come la promozione della salute e la prevenzione delle malattie siano fondamentali nel ridurre l'incidenza delle malattie, abbassare la mortalità e migliorare la qualità della vita delle persone, oltre che comportare vantaggi diretti in termini di riduzione dei costi per i servizi sanitari e per la Società nel suo complesso. Le azioni di Prevenzione dovrebbero essere realizzate attraverso una collaborazione tra vari settori della Società, ponendo particolare attenzione ai fattori di rischio comportamentali modificabili e ai determinanti sociali, economici ed ambientali. La visione è quella della cosiddetta "One Health".

Il quadro che emerge da un'interessante analisi del CREA Sanità, **con riferimento ai principali indicatori su stili di vita, fattori di rischio per la salute, vaccinazioni e screening oncologici ecc, mostra che l'Italia rispetto ai paesi EU-27 si trova:**

In linea con i valori medi EU per quanto riguarda:

- fumo: la quota di persone di 15 anni e più che fumano tabacco ogni giorno è pari al 19,8% in Italia e al 19,9% in EU-27 (18+); la forbice va dall'8,7% in Svezia al 29,1% in Bulgaria
- sostanze stupefacenti illegali: la quota di giovani adulti di 15-34 anni che dichiarano di aver fatto uso di cocaina nell'ultimo anno è pari al 2,1% in Italia e al 2,2% in EU-27; il valore minimo (0,5%) si registra in Portogallo, il massimo (5,5%) nei Paesi Bassi
- vaccinazioni pediatriche di routine: la copertura vaccinale contro DTP nei bambini entro il primo anno di età è pari al 95,2% in Italia e al 95,0% nella Regione Europea WHO; la forbice va dall'83,5% osservato in Austria al 99,9% registrato in Ungheria.

In una posizione migliore rispetto alla media EU con riferimento ai seguenti indicatori:

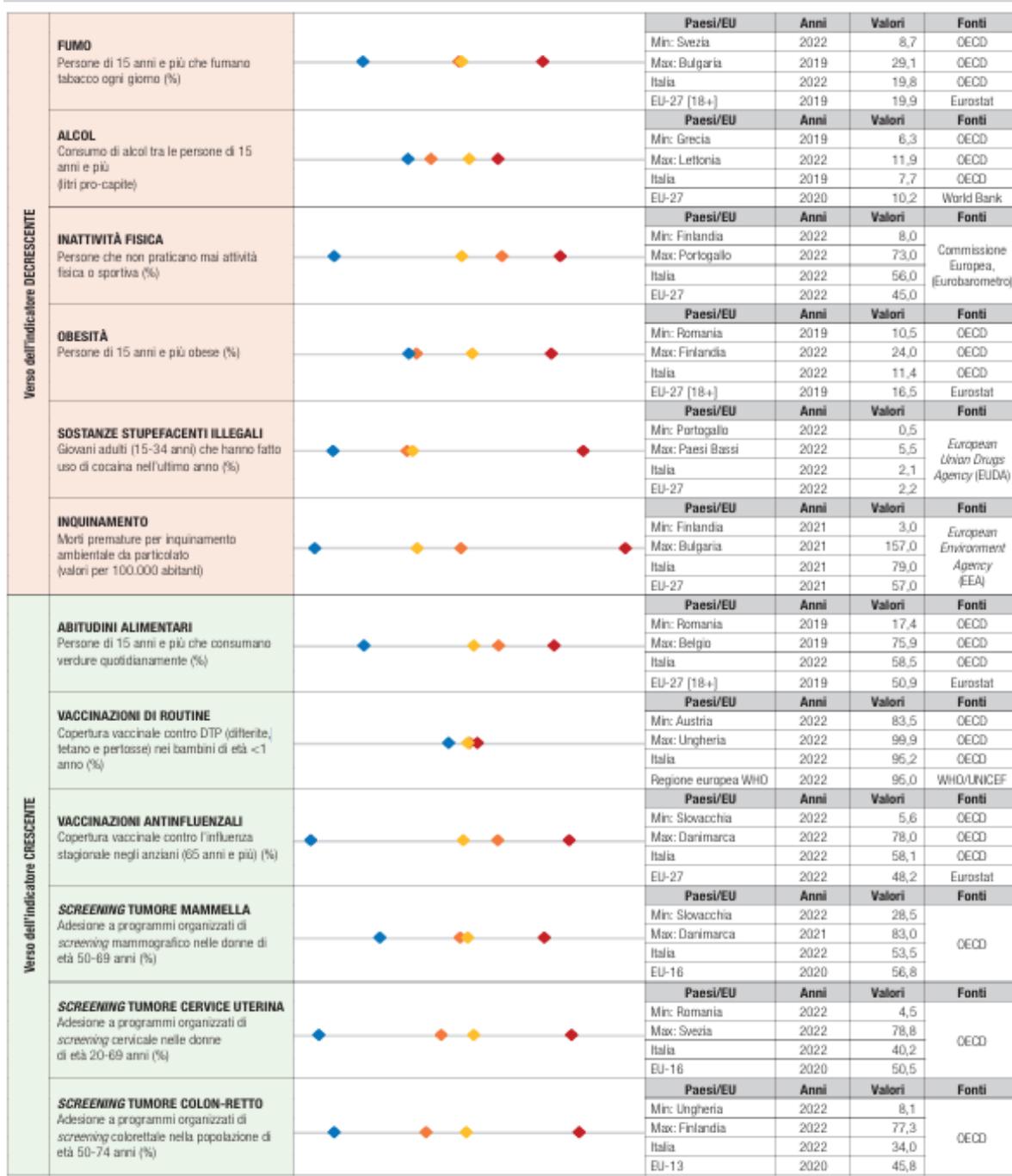
- alcol: il consumo di alcol tra le persone di 15 anni e più è pari a 7,7 litri pro-capite in Italia e 10,2 litri in EU-27; il valore minimo, pari a 6,3 litri, in Grecia, il valore massimo, pari a 11,9 litri, in Lettonia
- obesità adulti: la quota di persone di 15 anni e più che si dichiarano obese è pari all'11,4% in Italia contro il 16,5% della media EU-27 (18+); la forbice va dal 10,5% in Romania al 24,0% in Finlandia
- abitudini alimentari: la quota di persone di 15 anni e più che consumano verdure quotidianamente è pari al 58,5% in Italia e al 50,9% in EU (18+); la quota minore, pari al 17,4%, si registra in Romania, la maggiore, pari al 75,9%, si osserva in Belgio
- vaccinazione antinfluenzale: la copertura vaccinale contro l'influenza stagionale negli anziani di 65 anni e più è pari al 58,1% in Italia e al 48,2% in EU-27; la forbice va dal 5,6% in Slovacchia al 78,0% in Danimarca

In una posizione peggiore rispetto alla media EU per quanto riguarda:

- attività fisica: la quota di persone che non praticano mai attività fisica o sportiva è pari al 56,0% in Italia ed al 45,0% mediamente in EU; si passa dall'8,0% registrato in Finlandia al 73,0% in Portogallo. Con oltre la metà della popolazione che non pratica mai attività fisica o sportiva, l'Italia non solo supera ampiamente la media europea, ma si posiziona tra i Paesi più inattivi. La sedentarietà non è un rischio isolato; essa rappresenta il denominatore comune che alimenta l'insorgenza di malattie croniche non trasmissibili, vanificando i vantaggi ottenuti su altri fronti. È un campanello d'allarme che richiede un intervento urgente non solo in ambito sanitario, ma anche attraverso politiche urbanistiche, scolastiche e lavorative che incentivino il movimento
- inquinamento ambientale: la quota di morti premature per inquinamento ambientale da particolato PM2,5 è pari a 79 per 100.000 abitanti in Italia ed a 57 decessi prematuri per 100.000 abitanti in EU; i valori estremi si registrano in Finlandia (3) e in Bulgaria (157)

- screening oncologici: adesione a programmi organizzati di screening da parte della popolazione target. Questo dato è emblematico di una potenziale debolezza nella capacità del sistema di ingaggiare attivamente la popolazione nei percorsi di prevenzione secondaria. Il declino nell'adesione agli screening rischia di compromettere gli sforzi compiuti, portando a diagnosi tardive con costi umani ed economici enormemente superiori.

Figura 2. Principali indicatori su stili di vita, fattori di rischio per la salute, vaccinazioni e screening in EU, anno 2022 (o più vicino possibile)



Fonte: Rapporto - Crea Sanità 2024

● Italia ● Mav ● Min ● FII

Un'immagine sintetica regionale della prevenzione declinata secondo gli stili di vita, viene restituita da un indicatore composito del nuovo sistema di garanzia (NGS)¹² già mostrata ad inizio capitolo, che descrive i cambiamenti nel tempo della prevalenza di soggetti con determinati comportamenti o stili di vita (fumo, alcool, eccesso di peso, sedentarietà) associati all'insorgere di malattie croniche.

Esso rappresenta una proxy del risultato degli interventi di prevenzione e di promozione di stili di vita salutari messi in atto dalle regioni. **Valori più elevati (quindi peggiori) della soglia massima (40%) si riscontrano nelle regioni meridionali** ad eccezione della Sardegna e dell'Abruzzo con dati peggiori in **Campania e Basilicata (49,03% e 47,56%)**, mentre valori più contenuti si rilevano al Centro (tra il 35,5% e il 38,5%, ad eccezione dell'Umbria che supera la soglia, 41,3%) e al Nord (tra il 25,9 della P.A Trento e il 33,8 Valle d'Aosta).

¹² indicatore composito volto a monitorare i cambiamenti, nel tempo, della frequenza di fattori di rischio, comportamentali o stili di vita associati all'insorgenza di malattie croniche non trasmissibili.

2.5 FOCUS PREVENZIONE IN PEDIATRIA: NUOVI ORIZZONTI E SFIDE TERRITORIALI

L'ambito della salute pediatrica è in continua evoluzione, spinto da una ricerca scientifica incessante che mira a migliorare la qualità di vita e a ridurre l'impatto delle malattie fin dai primi momenti di vita. Le strategie di prevenzione, da sempre pilastri fondamentali della salute pubblica, stanno vivendo una fase di profonda trasformazione grazie all'introduzione di nuovi strumenti di prevenzione e approcci diagnostici precoci anche in pediatria. Le strategie di prevenzione oggi, devono focalizzarsi con urgenza prioritaria sull'infanzia. In un'epoca segnata da un drammatico inverno demografico, i bambini non sono solo soggetti fragili da tutelare eticamente, ma rappresentano un **capitale umano prezioso**.

Il Potenziale delle nuove strategie

Questo focus si propone di esplorare alcune delle più promettenti innovazioni nel campo della prevenzione pediatrica, concentrando l'attenzione su ambiti che spaziano dalla prevenzione alla diagnosi precoce:

La prevenzione del Virus Respiratorio Sinciziale (VRS), una delle principali cause di ospedalizzazione nei neonati e lattanti, sta beneficiando di nuove strategie passive che promettono di alleggerire significativamente il carico sui sistemi sanitari durante i picchi stagionali. Ad essa si affianca una strategia vaccinale per le donne in gravidanza.

Gli screening neonatali estesi (SNE) continuano a dimostrarsi un modello di successo per l'identificazione precoce di patologie metaboliche, genetiche e ormonali rare, consentendo interventi tempestivi che possono cambiare radicalmente la prognosi del bambino.

Infine, l'esplorazione di nuovi screening pilota per condizioni ad alta prevalenza come il Diabete Mellito di Tipo 1 (DMT1) e la Celiachia in età presintomatica, apre la strada a interventi di prevenzione secondaria che potrebbero ritardare o mitigare l'esordio clinico di queste malattie autoimmuni.

Il capitolo si propone di stimolare una riflessione critica sulle politiche sanitarie necessarie per superare la frammentazione e assicurare che l'innovazione in ambito pediatrico diventi un diritto universale e non un privilegio.

1. PREVENZIONE DEL VRS IN ETÀ PEDIATRICA DAL 2023 AD OGGI: EVOLUZIONE, CRITICITÀ E DINAMICHE DEL FEDERALISMO SANITARIO

Il Virus Respiratorio Sinciziale (VRS) è una delle principali cause di infezioni respiratorie nei bambini: in più del 60% dei casi nel primo anno di vita ed in quasi tutti entro il secondo anno di vita. L'infezione può essere molto grave e, infatti, il 4% dei bambini colpiti che hanno meno di un anno richiede il ricovero in ospedale e tra questi uno su cinque deve essere ricoverato in Terapia Intensiva. A questo si deve aggiungere che circa il 40% dei bambini che hanno avuto una bronchiolite da VRS sviluppa negli anni successivi un broncospasmo ricorrente e/o asma bronchiale. A livello mondiale, il VRS provoca 3,6 milioni di ricoveri e oltre 100mila decessi tra i minori di cinque anni, colpendo in modo più grave i Paesi a basso reddito.

In Italia, il virus si manifesta soprattutto tra ottobre e aprile, con un picco tra gennaio e febbraio. Fino a due anni fa, ogni stagione virale era una vera e propria epidemia, causava migliaia di accessi agli ambulatori dei Pediatri di libera scelta, portando le strutture di Pronto Soccorso pediatrico sotto pressione e causando un numero significativo di ricoveri, alcuni dei quali presso le unità di terapia intensiva pediatrica.

Non esiste una terapia specifica delle infezioni da VRS e **la prevenzione rappresenta l'unico strumento** per poterla combattere.

La prevenzione delle infezioni da Virus Respiratorio Sinciziale (VRS) nella fascia pediatrica — neonati e, in prospettiva, figli di donne vaccinate in gravidanza — rappresenta oggi **uno dei campi in cui le dinamiche del federalismo sanitario emergono in modo più evidente**. L'introduzione dell'anticorpo monoclonale a lunga durata d'azione e dell'immunizzazione materna hanno ampliato il potenziale di protezione dei lattanti, ma hanno reso altrettanto evidente quanto **le direttive di carattere nazionale da un lato, e l'organizzazione regionale dall'altro, influiscano sull'effettivo accesso agli interventi di prevenzione**.

Di seguito viene ricostruita l'evoluzione della prevenzione VRS nel biennio 2023-2025, integrando elementi epidemiologici, organizzativi e politico-istituzionali, con particolare riferimento alle differenze regionali e alle più recenti tensioni nel rapporto Stato-Regioni.

La stagione 2023-24: i primi passi e la Val d'Aosta “pioniera”

Nel gennaio 2023 l'AIFA aveva approvato in fascia C il **nuovo anticorpo monoclonale**, Nirsevimab, per la prevenzione del VRS nei neonati e nei bambini durante la loro prima stagione epidemica. Il nuovo anticorpo ha una **lunga emivita ed è in grado con una sola somministrazione di proteggere il bambino per almeno 5 mesi** riducendo del 77% le infezioni respiratorie da VRS che richiedono ospedalizzazione e dell'86% il rischio di ricovero in terapia intensiva.

A seguito di questi dati, e degli evidenti vantaggi costo-beneficio, le principali società scientifiche del settore (il Board del Calendario Vaccinale per la Vita, la Società Italiana di Igiene, Medicina Preventiva e Sanità Pubblica-SItp, la Società Italiana di Neonatologia-SIN, la Società Italiana di Pediatria-SIP, la Federazione Italiana Medici Pediatri-FIMP) **già nel febbraio del 2023 suggerirono la necessità di adottare una strategia di prevenzione universale** delle malattie da VRS per tutti i neonati: somministrare il Nirsevimab direttamente nel reparto ospedaliero di maternità a tutti i bambini nati nel periodo epidemico ottobre-marzo, e immunizzare i bambini nati tra aprile e settembre presso i servizi vaccinali territoriali o dal pediatra di libera scelta.

Tutte queste considerazioni hanno spinto **alcuni paesi europei**, come Spagna, Francia, Germania, e in Italia la **Regione Autonoma Valle d'Aosta**, ad introdurre la prevenzione universale delle malattie da VRS con il Nirsevimab **già dalla stagione epidemica 2023-24**. Questa scelta ha determinato in Spagna una riduzione delle ospedalizzazioni di almeno il 70%, e di ottenere un'altissima copertura (pari al 97.5% dei soggetti ad alto rischio ed al 92.5% dei nati durante la campagna di immunizzazione)¹³.

Anno 2024: le prime evidenze, il vaccino materno e le mosse ministeriali

Vediamo adesso, per tappe, quali **novità si sono succedute tra la fine del 2023 e l'autunno 2024**, quindi fino alla partenza della scorsa stagione.

- Come già accennato, la **Val d'Aosta è stata la prima** regione italiana a promuovere la profilassi universale con anticorpo monoclonale per tutti i nati tra il **1° maggio 2023 ed**

¹³ [SIN - Società Italiana di Neonatologia- 2024](#)

il 15 febbraio 2024: dei 369 bambini trattati sui 556 nati totali (con un'adesione quindi del 69%) **nessuno è stato ricoverato per bronchiolite.**

- Nel frattempo, anche **Francia, Spagna e Lussemburgo**, avendo introdotto l'immunizzazione a tutti i nuovi nati già dal 2023-2024, hanno potuto confermare una **notevole riduzione dei tassi di ospedalizzazione per bronchiolite da VRS.**
- **AIFA ha approvato, a novembre 2023¹⁴, un vaccino anti-VRS (Abrysvo) in fascia C da somministrare alle donne in gravidanza tra la 24° e la 36° settimana di gestazione, al fine di trasmettere ai loro bambini una protezione passiva dalla nascita fino a circa 6 mesi di vita.** Questo vaccino è stato **raccomandato** alle donne in gravidanza dalle principali Società Scientifiche ostetriche e ginecologiche, neonatologiche e pediatriche.
- Il **27 marzo 2024 è stata emanata dal Ministero della Salute la circolare** “Misure di prevenzione e immunizzazione contro il Virus Respiratorio Sinciziale”¹⁵, che si limita ad elencare (oltre alle misure di igiene e protezione personale non farmacologiche) gli strumenti preventivi autorizzati in Italia: **anticorpi monoclonali per neonati e vaccini per adulti e donne in gravidanza.**
- A **giugno 2024 la Regione Sicilia** ha aggiornato, integrato e adottato il nuovo **“Calendario di Immunizzazione per la Vita** della Regione Siciliana”¹⁶, che include tutte le tecnologie preventive anti VRS: l'anticorpo monoclonale, la vaccinazione materna e la vaccinazione di adulti fragili e anziani. Essendo una **Regione a statuto speciale**, la Sicilia può quindi permettersi di definire il proprio calendario di immunizzazione. Qualche mese dopo, è stato pubblicato anche il "Calendario di Immunizzazione per la Vita 2025"¹⁷, a cura delle Società Scientifiche SItI, SIP, FIMP, FIMMG, SIMG, che riprende le stesse strategie preventive anti VRS.
- A **settembre 2024**, proprio a ridosso della partenza delle campagne di immunizzazione, si è verificato **un primo episodio di “attrito” tra Ministero e Regioni**¹⁸, esempio classico di come spesso vi sia poco coordinamento tra la regia Nazionale e le autonomie regionali, complicando il già difficile quadro del federalismo sanitario che ci contraddistingue. Cosa è accaduto? Mentre le diverse regioni stavano organizzando gli approvvigionamenti di anticorpo monoclonale, una nota esplicativa inviata dal Ministero della Salute specificava che le **Regioni in piano di rientro** (Lazio, Abruzzo, Molise, Campania, Calabria, Puglia e Sicilia) “non possono a oggi garantire la somministrazione dell'anticorpo monoclonale Nirsevimab (classificato in fascia C da Aifa), in quanto trattasi

¹⁴ [Determina AIFA approvazione vaccino materno](#)

¹⁵ [Circolare ministeriale 27-3-24](#)

¹⁶ [Nuovo Calendario di Immunizzazione per la vita - Regione Sicilia](#)

¹⁷ [Calendario di Immunizzazione per la Vita 2025 - SItI, SIP, FIMP, FIMMG, SIMG](#)

¹⁸ [Anticorpo monoclonale e regioni in piano di rientro - settembre 2024](#)

di prestazione extra Lea". La nota in questione ha inevitabilmente generato un vespaio di critiche, essendo in tal modo pregiudicata la prevenzione anticorpale ad alcuni neonati in base alla regione di nascita. Pochi giorni dopo, il cambio di rotta del Ministero: "... il ministero della Salute ha avviato interlocuzioni con Aifa, ..., affinché si proceda al trasferimento dell'anticorpo monoclonale Nirsevimab dai farmaci in fascia C a quelli in fascia A, dunque a carico del Servizio sanitario nazionale ... **garantendo a tutte le Regioni la somministrazione dell'anticorpo monoclonale** senza oneri per i pazienti".

- Infine, è di **ottobre 2024 l'intesa Stato-Regioni**¹⁹ che ha previsto l'accesso universale all'anticorpo monoclonale per tutti i neonati **nati a partire da novembre 2024**, inclusa la coorte dei fuori-stagione nati **nei 100 giorni precedenti**, oltre ai soggetti fragili <24 mesi ed eventuale allargamento progressivo a tutta la coorte 2024 in base all'andamento della campagna. "*L'attività sarà inclusa nel Decreto Ministeriale (DM) di riparto del Fondo Sanitario Nazionale per il 2024, con una dotazione iniziale di 50 milioni di euro, da approvare entro metà novembre 2024*". È stata concordata, **relativamente alle dosi, una cessione solidale** del quinto d'obbligo da parte delle Regioni che hanno già concluso la gara dell'anticorpo monoclonale Nirsevimab. Viene prevista, inoltre, una **cabina di regia per definizione fabbisogni ed equa distribuzione delle dosi disponibili**. L'intesa non prevede **alcun intervento a favore della vaccinazione in gravidanza**.

La stagione 2024-25: avvio disomogeneo, carenza di dosi e solidarietà regionali

La fonte più idonea a fotografare l'avanzamento della prevenzione contro il VRS nella fascia pediatrica è, senza dubbio, **la SIP (Società Italiana di Pediatria)**: è stato presentato a marzo 2025 uno studio²⁰, realizzato con il coinvolgimento delle sezioni locali SIP, che ricostruisce un **quadro completo della stagione 2024-25** di immunizzazione pediatrica contro il VRS.

Lo studio, che ha coinvolto 30 centri pediatrici distribuiti in 15 Regioni, conferma l'impressione già percepita a stagione in corso: **l'Italia si è mossa a velocità molto diverse**, in un contesto in cui **la disponibilità di dosi, la capacità organizzativa dei punti nascita e il coordinamento con i pediatri di libera scelta hanno pesato enormemente sull'equità dell'accesso**. L'accordo approvato dalla Conferenza Stato-Regioni nell'ottobre 2024 prevedeva l'introduzione dell'anticorpo per tutti i neonati **a partire da novembre**, inclusi quelli nati **nei 100 giorni precedenti**. Nella pratica ecco le principali evidenze emerse dallo studio SIP:

- Tutte le Regioni hanno **avviato il programma** di immunoprofilassi con Nirsevimab, ma **con tempistiche diverse**: Campania, Emilia-Romagna, Friuli-Venezia Giulia, Lombardia, Molise, Piemonte, Puglia, Sicilia, Toscana, Trentino-Alto Adige, Veneto hanno iniziato tra fine ottobre e novembre; un secondo gruppo (Lazio, Sardegna, Basilicata, Liguria, Marche, Calabria) ha avviato le somministrazioni solo da dicembre; Abruzzo e Umbria hanno iniziato ancora più tardi, a gennaio 2025. Queste differenze di

¹⁹ [Intesa Stato-Regioni 17 ottobre 2024](#)

²⁰ [Studio SIP marzo 2025](#)

poche settimane o mesi significano, nella pratica, che il **diritto a ricevere la profilassi non è lo stesso per tutti i neonati, ma dipende da quando e/o dove si nasce.**

- In diverse realtà il **reperimento delle dosi è avvenuto in modo tardivo**, con arrivi scaglionati che hanno costretto i punti nascita a rimodulare più volte le procedure o a sospendere temporaneamente le somministrazioni.
- La copertura dei **nati fuori stagione** (prevista dall'Intesa Stato-Regioni ai soli 100 giorni precedenti) è risultata molto disomogenea: dove esistevano protocolli chiari e un coordinamento efficace con i PLS, i recuperi sono stati effettuati; altrove sono rimasti parziali o assenti.
- Alcune Regioni — tra cui **Lombardia, Veneto, Emilia-Romagna e Toscana** — hanno attivato rapidamente modelli organizzativi integrati (punti nascita + percorsi territoriali), con buona capacità di richiamare i nati fuori stagione.
- In altre Regioni, soprattutto del Centro-Sud, il modello è risultato **ospedale-centrico e poco strutturato**, con difficoltà nel recuperare i bambini nati prima dell'avvio formale della campagna.
- La **carenza iniziale di dosi** ha reso necessario attivare meccanismi di solidarietà interregionale, con alcune Regioni che hanno ceduto parte delle proprie scorte ad altre in difficoltà, secondo quanto previsto nell'Intesa del 17 ottobre 2024. La **cabina di regia** prevista è stata effettivamente realizzata, **coordinata dalla Lombardia**, e si è rivelata estremamente utile.
- L'efficacia della strategia è comunque risultata evidente: in quasi tutti i centri coinvolti, la curva dei ricoveri per bronchiolite nei neonati immunizzati ha mostrato una **riduzione significativa**, confermando il beneficio già osservato in studi internazionali e nelle prime Regioni pioniere.

In sintesi, la stagione 2024-25 ha mostrato la capacità del Paese di **adottare rapidamente un intervento innovativo**, ma anche la fragilità di un sistema che — in assenza di una regia anticipatoria e stabile — tende a produrre disomogeneità regionali marcate. L'esperienza, tra luci e ombre, ha messo in luce due evidenze:

1. il **punto nascita** è il canale più efficace per proteggere i nati in stagione, purché le dosi necessarie siano acquisite per tempo;
2. i **nati fuori stagione** restano la cartina di tornasole della capacità organizzativa regionale; dove esistono protocolli, i bambini vengono intercettati; altrove, restano spesso scoperti; anche qui molto dipende dall'approvvigionamento tempestivo.

Evoluzione regionale per i nati fuori stagione

Regione di nascita	Fuori stagione: profilassi offerta ai nati da:	Note
Lombardia, Piemonte, Sicilia, Veneto	gennaio 2024	
Friuli, Toscana, Trentino, Val d'Aosta	aprile 2024	
Calabria, Liguria, Puglia	luglio 2024	
Campania, Lazio	agosto 2024	
Emilia-Romagna	settembre 2024	
Basilicata, Marche, Umbria	-	
Abruzzo	-	Vaccinati soltanto 800 bambini con dosi fornite da altre regioni
Molise	-	Campagna interrotta a gennaio e febbraio 2025 per mancanza di dosi e riavviata a marzo, con recupero dei nati in gennaio e febbraio
Sardegna	-	Mancanza di disponibilità di dosi da 100mg

Fonte: Studio SIP marzo 2025

L'anno di esordio dell'anticorpo monoclonale a lunga durata d'azione ha mostrato un'Italia a velocità diverse e la copertura per i nati "fuori stagione" si è rivelata difficoltosa, a causa di differenze organizzative, mancanza di percorsi strutturati e disparità nell'impegno delle ASL e dei pediatri di libera scelta.

Lo stanziamento di **50 milioni di euro** per garantire una copertura universale si è rivelato, dati alla mano, insufficiente. L'assenza o l'incertezza di un'unica governance centrale ha esasperato le già note fragilità legate al federalismo sanitario italiano.

Per chiudere i dati della stagione 2024-25 dobbiamo citare le uniche due esperienze di introduzione del **vaccino materno: solo Sicilia e Molise lo hanno offerto**.

L'anno 2025: tra evidenze positive, raccomandazioni e incertezza istituzionale

Il 2025 ha rappresentato un anno cruciale, caratterizzato da progressi sul piano clinico e operativo ma anche da un contesto istituzionale ancora instabile.

Innanzitutto, sono emerse **evidenze real-world sull'efficacia dell'anticorpo**: diversi sono stati gli studi negli altri paesi, tutti con esiti più che favorevoli. **Anche livello nazionale si è osservata una notevole riduzione²¹** (-71% in media) dei ricoveri per bronchiolite da VRS nei lattanti immunizzati con Nirsevimab.

Proprio in seguito al susseguirsi di evidenze e studi favorevoli, sono proseguiti in Italia gli **eventi di sensibilizzazione, le raccomandazioni delle società scientifiche, le iniziative delle associazioni di pazienti**, a favore non solo dell'implementazione più efficace dell'immunizzazione del neonato con Nirsevimab, ma **anche dell'integrazione con il vaccino materno** e, in parallelo, con la protezione VRS di adulti fragili e anziani. Rimanendo in tema pediatrico citiamo, tra tutte, le **raccomandazioni che le società di pediatria e**

²¹ [Ansa.it](#)

neonatologia (SIP e SIN) hanno inviato, ad **agosto 2025**, al Ministero della Salute e alla Conferenza delle regioni²², con l'obiettivo di promuovere una strategia nazionale uniforme di immunizzazione dei neonati alla prima stagione epidemica, utilizzando l'anticorpo monoclonale a lunga durata d'azione, e garantire la massima protezione possibile contro il VRS, indipendentemente dal luogo o dal mese di nascita. Ecco di seguito le raccomandazioni:

- **Tutti i neonati e iattanti alla loro prima stagione epidemica siano immunizzati** con Nirsevimab. L'immunizzazione è consigliata **anche nei bambini nati prima della stagione epidemica, ossia nel periodo che va da aprile a settembre**, per i quali è raccomandato il richiamo nel mese di ottobre in modo che la protezione possa essere massima (la copertura di somministrazione è di 5-6 mesi).
- Per i **nati prima di ottobre**, la somministrazione avvenga preferibilmente nel mese di ottobre o comunque prima dell'inizio della stagione epidemica presso gli ambulatori dei **Pediatri di famiglia o i Centri vaccinali**.
- Per i **nati durante la stagione** epidemica (ottobre-aprile), la profilassi sia somministrata prima della dimissione dal **Centro di Neonatologia ospedaliero**.
- **Le donne in gravidanza tra la 32a e la 36a settimana, con parto previsto nella stagione epidemica, ricevano il vaccino** proteico ricombinante bivalente anti VRS per proteggere sé stesse e i propri neonati nei primi mesi di vita.
- I bambini sotto l'anno di vita **che hanno già contratto l'infezione da VRS** ricevano comunque Nirsevimab.

Dal punto di vista della governance centrale, l'annunciata integrazione della profilassi nel sistema nazionale è stata accompagnata da segnali di discontinuità: la prevista **revisione del calendario vaccinale non si è materializzata**; il gruppo tecnico nazionale per i vaccini (**NITAG**) è stato sciolto; ad ottobre 2025 è stata poi lanciata una **proposta di proroga isorisorse a tutto il 2026 del PNPV** (proposta non accettata dalle Regioni).

Tutti questi elementi hanno generato incertezze sulle linee guida da adottare. Fonti ufficiali indicavano l'intenzione²³, per la stagione 2025-2026, di includere gli anticorpi monoclonali nel calendario vaccinale e di offrire un vaccino per le donne in gravidanza, ma tale intenzione non si è tramutata in fatti in tempi utili. (Solo il 6 novembre 2025, infatti, è uscita la strategia proposta dallo Stato alle Regioni, che prevede la copertura per neonati e donne in gravidanza, finanziata con lo stesso stanziamento iniziale di 50 milioni.) Questa incertezza istituzionale — somma di ritardi, promesse non mantenute e tensioni politiche — ha ovviamente ricadute concrete sulle Regioni, costrette a programmare in assenza di una cornice nazionale stabile.

²² [Documento congiunto SIP-SIN di raccomandazioni per la prevenzione dell'infezione da VRS](#)

²³ [Annuncio Ministero della Salute 2 luglio 2025](#)

La stagione in corso 2025-26: avvio diffuso, nuove tensioni, vaccino materno in forse

Nel 2025 **tutte le Regioni hanno avviato la somministrazione di anticorpo monoclonale in ottobre**, con l'indicazione che i bambini nati tra ottobre 2025 e marzo 2026 riceveranno l'anticorpo al punto nascita, mentre quelli nati nel periodo **aprile-settembre 2025** (i cosiddetti nati fuori stagione) potranno essere recuperati tramite pediatri di libera scelta o centri vaccinali.

Questa evoluzione rappresenta un significativo allineamento rispetto alla stagionalità variabile del 2024-25. Potranno permanere differenze regionali nella capacità di garantire effettivamente l'adesione al recupero, nella comunicazione con le famiglie e nella formazione del personale. Ma è certamente un enorme passo avanti ed un segnale positivo. Le Regioni, di fatto, hanno fatto proprie le raccomandazioni SIP-SIN citate in precedenza, **salvo per la vaccinazione materna**.

Quando infatti, **a ottobre**, le campagne regionali sono partite, non vi era stata **alcuna indicazione nazionale chiara in favore del vaccino materno**; le regioni in piano di rientro, sulla base delle indicazioni ricevute l'anno precedente, non potevano offrirlo, in quanto extra-LEA. Le altre regioni, non avendo ancora ricevuto nessuna indicazione di finanziamento, non se la sono sentita. **Solo Sicilia** (che la prevede da calendario regionale), **Basilicata e Marche hanno deciso di offrire il vaccino materno alle gravide**.

Solo il **6 novembre 2025**, come già citato, il Ministero ha inviato alle Regioni la **bozza di intesa per la stagione 2025-2026**²⁴ che, oltre a stanziare nuovamente la stessa cifra di **50 milioni di euro**, prevede la **combinazione tra profilassi neonatale (anticorpo) e vaccinazione materna**. Per la coorte di recupero, la proposta ministeriale prevede l'immunizzazione dei soli bambini nati nei **100 giorni precedenti** (lasciando di fatto scoperti migliaia di neonati).

A questa bozza non ha tardato ad arrivare **la risposta delle Regioni**²⁵, che contestano un piano nazionale arrivato in ritardo, con restrizioni sulla coorte di recupero neonatale, con evidenti difficoltà organizzative per la vaccinazione materna e con fondi insufficienti.

Ad oggi, quindi, **l'effettiva attuazione della vaccinazione materna appare a rischio**: se tre regioni (Sicilia, Basilicata e Marche) l'avevano già prevista, molte altre — come già segnalato — denunciano la mancanza di **tempistiche utili per organizzare l'offerta nella stagione corrente** e chiedono chiarezza sulle strategie di immunizzazione combinata (neonato e donna in gravidanza). Se la parte materna dovesse restare bloccata, la strategia integrata rischia di risultare incompleta, con forti conseguenze sull'equità.

La decisione di **limitare la coorte di recupero ai nati nei 100 giorni precedenti**, escludendo quindi dall'offerta attiva e gratuita i nati in aprile e maggio, viene definita "difficilmente giustificabile" e **rischia di produrre iniquità**.

Altro nodo centrale è oggi il fabbisogno di risorse. I **50 milioni stanziati sono percepiti come insufficienti dal sistema regionale, ne servirebbero circa 80**, soprattutto considerando che in questa stagione si prevede ed auspica una copertura dei neonati molto più uniforme e completa. Nel contesto del federalismo sanitario, questo passaggio mette in evidenza come la disponibilità e la gestione delle risorse possano determinare la differenza tra un diritto teorico e un diritto realizzato.

²⁴ [Bozza Intesa Stato-Regioni 6 ottobre 2025](#)

²⁵ [Le Regioni contestano la bozza governativa](#)

Considerazioni

La **variabilità nella copertura pediatrica 2025-26 contro il VRS**, come si evince da tutte queste vicende, non deriva soltanto da scelte cliniche, ma da un intreccio complesso di fattori: decisioni regionali, disponibilità di fondi, organizzazione territoriale, competenze professionali, e — oggi — conflitti su scala nazionale. Questa situazione mette in luce come **il federalismo sanitario, in assenza di una regia forte e stabile, possa tradursi in disuguaglianze reali nell'accesso alla prevenzione.**

La contestazione in corso a fine 2025 non riguarda l'utilità clinica della profilassi, ma la praticabilità economica e organizzativa. L'effetto è che una tecnologia preventiva disponibile, raccomandata e potenzialmente salvavita, rischia di restare **non accessibile a tutti ma solo a chi nasce in alcune regioni ed in particolari periodi dell'anno.**

L'evoluzione della prevenzione VRS in età pediatrica nel biennio 2024-2025 mostra un Paese che ha saputo avviare rapidamente una misura innovativa — l'anticorpo monoclonale — ma che **fatica a garantire un'applicazione omogenea**, soprattutto per i nati fuori stagione e ora, potenzialmente, per la vaccinazione materna.

Se è vero che il **federalismo sanitario** italiano mette a rischio l'equità delle cure e della prevenzione, è anche vero che una **regia centrale incerta** rischia di peggiorare la situazione. Gran parte dei ritardi e della confusione nella partenza della prima stagione è stata causata da inciampi a livello nazionale. Lo stop alle regioni in piano di rientro, su cui si è poi fatta marcia indietro, ha reso difficile per quelle regioni una organizzazione tempestiva ed efficace. I finanziamenti annunciati tardivamente, e ancora mai ripartiti, hanno aggravato ulteriormente lo scenario.

Il 2025, in particolare, ha messo in luce i limiti di un sistema che deve integrare innovazioni complesse senza una cornice nazionale stabilizzata: promesse non mantenute, risorse incerte, tensioni tra Stato e Regioni e differenze strutturali tra territori rischiano di amplificare, anziché ridurre, la **disuguaglianza nell'accesso alla prevenzione**. La mancata ripartizione dei fondi 2024, la proposta di proroga isorisorse a tutto il 2026, gli annunci disattesi di aggiornamento del calendario nazionale, le bozze di intesa che giungono a novembre inoltrato insieme ai fondi assolutamente insufficienti, la marcia indietro a 100 giorni per i nati fuori stagione, la stessa vaccinazione materna inclusa nella bozza a campagna già iniziata: tutto questo, è evidente, si deve alla **mancanza di risorse economiche**. Sappiamo bene come in Italia i fondi sulla Sanità pubblica siano oggi un tema dolente. Il primo punto di svolta sarebbe un cambiamento di paradigma, vedendo la **prevenzione non come un costo ma come un investimento a lungo termine** in salute; il drastico calo delle infezioni gravi e dei ricoveri già dopo la prima stagione ne è una conferma, con l'abbattimento dei costi diretti e indiretti. Per valorizzare questo aspetto è necessario un **tracciamento puntuale e la pubblicazione degli esiti**.

La campagna 25-26 attualmente in corso, in cui tutte le Regioni sono partite in ottobre e si sono allineate sulla coorte di recupero, che include tutti i nati tra aprile e settembre, dimostra che **il federalismo può funzionare**. Restano, certo, i modelli organizzativi diversi: chi può fare riferimento, per l'anticorpo di recupero, alla figura fidata e prossima del pediatra è sicuramente avvantaggiato rispetto a chi deve ricorrere al centro vaccinale.

Ma per assicurare equità di accesso, è **essenziale un percorso nazionale chiaro — tempestivo, adeguatamente finanziato e sostenuto da dati trasparenti e da una comunicazione efficace e coerente** — che permetta alle Regioni di tradurre strumenti innovativi in diritti esigibili per tutti i bambini, indipendentemente da dove e quando nascono.

2. SCREENING NEONATALI ESTESI

Lo screening neonatale esteso (SNE)

Un'importantissima funzione nell'**individuazione precoce di una malattia rara congenita** è assolta dagli **screening neonatali**; particolari test eseguiti sui neonati che permettono di identificare malattie genetiche, endocrine, metaboliche ed ematologiche. È possibile, attraverso una diagnosi tempestiva, selezionare precocemente e trattare tempestivamente (laddove è disponibile una terapia) i neonati con patologie congenite.

In Italia, lo screening neonatale rivolto a tutti i nati, include la fenilchetonuria, l'ipotiroidismo congenito e la fibrosi cistica. Lo screening neonatale per queste tre patologie è diventato obbligatorio per tutti i nati sul territorio nazionale con la Legge n.104 del 5 febbraio 1992 e successivi regolamenti attuativi. Negli anni Novanta gli sviluppi della scienza hanno consentito l'aumento del numero di patologie diagnosticabili tramite **Screening Neonatale Esteso (SNE)**.

La **Legge n.167/2016** ha di fatto esteso lo screening con la possibilità di identificare precocemente, con un semplice prelievo di sangue dal tallone di un neonato, circa **quaranta patologie** genetiche metaboliche ereditarie rare, si tratta di malattie multisistemiche che possono causare danni irreversibili a carico di più organi e apparati, causa di mortalità precoce o di ritardi psichici e neuro-motori permanenti.

Individuare precocemente queste malattie, può realmente fare la differenza per questi bambini e le loro famiglie, offrendo in alcuni casi migliori possibilità di sopravvivenza e una migliore qualità di vita. Con la Legge 19 agosto 2016, n. 167 recante "Disposizioni in materia di accertamenti diagnostici neonatali obbligatori per la prevenzione e la cura delle malattie metaboliche ereditarie" è stato fatto un importante passo avanti, stabilendo l'inserimento dello SNE per le malattie metaboliche rare nei nuovi Livelli Essenziali di Assistenza così da poter garantire lo screening a tutti i nuovi nati. Sarà effettuato «su tutti i nati a seguito di parti effettuati in strutture ospedaliere o a domicilio, per consentire diagnosi precoci e un tempestivo trattamento delle patologie».

La **Legge di Bilancio 2019** (Legge 30 dicembre 2018, n. 145. "Bilancio di previsione dello Stato per l'anno finanziario 2019 e bilancio pluriennale per il triennio 2019-2021") ha poi modificato la Legge 167/2016 ampliando lo screening neonatale esteso, con l'inserimento nel panel, oltre alle malattie metaboliche ereditarie, anche le **malattie neuromuscolari di origine genetica, le immunodeficienze congenite severe e le malattie da accumulo lisosomiale**.

Accedere tempestivamente a questo tipo di diagnosi di patologia di origine genetica, o altre malattie oggi diagnosticabili in età neonatale, può fare davvero la differenza nelle chance di sopravvivenza, di accesso alla cura e di qualità di vita di quei bambini.

Ma come spesso accade, anche in questo campo, sono notevolissime le differenze regionali soprattutto perché le Regioni si sono organizzate con tempistiche e a velocità differenti. Possiamo dire però, ad oggi, in tutte le Regioni si effettua lo SNE a tutti i nascituri. Lo scopo dei programmi di screening neonatale è di diagnosticare tempestivamente le malattie congenite per le quali sono disponibili interventi terapeutici specifici che, se intrapresi prima della manifestazione dei sintomi, sono in grado di migliorare in modo significativo la prognosi della malattia e la qualità di vita dei pazienti, evitando gravi disabilità (ritardo mentale e/o di crescita, gravi danni permanenti) e, in alcuni casi, anche la morte.

Il Decreto del Viceministro della Salute del 17 settembre 2020 ha istituito presso il Ministero della Salute – Direzione Generale della Prevenzione sanitaria il **Gruppo di Lavoro Screening Neonatale Esteso (SNE)**. Il gruppo di lavoro, costituito da esperti in materia di screening neonatale, rappresentanti delle istituzioni (Ministero della Salute, Istituto Superiore di Sanità, AGENAS) e delle associazioni di pazienti delle malattie rare. Uno dei compiti affidati al Gruppo di lavoro Screening Neonatale Esteso (SNE) è di stilare un elenco di patologie – metaboliche, neurodegenerative genetiche, lisosomiali o immunodeficienze – da aggiungere al panel delle malattie da ricercare obbligatoriamente.

Grazie ai progressi sempre più evidenti alcune Regioni, quelle che hanno potuto permetterselo, hanno deciso di **ampliare autonomamente** i loro pannelli di screening neonatale, inserendo Malattie Lisosomiali (Malattie di Pompe, Gaucher, Fabry, MPS I), Malattie Muscolari: SMA (Leucodistrofia Metacromatica, Adrenoleucodistrofia) e Immunodeficienze (AD SCID, PNP e altre). Tuttavia, il mancato aggiornamento del panel a livello nazionale favorisce, ancora una volta, le difformità regionali nell' accesso alla prevenzione, alle cure e alla possibilità di migliorare la qualità di vita dei neonati.

Molte patologie oggi hanno sia un test adeguato che una terapia efficace se diagnosticate precocemente.

La precocità della diagnosi può avere un ruolo determinante nell'efficacia del trattamento, al fine di evitare i danni clinici conseguenti alla malattia o al suo aggravamento, e può essere garantita attraverso specifici programmi di screening neonatale, così come la possibilità di iniziare una terapia prima della comparsa dei sintomi è in grado di cambiare radicalmente il decorso della malattia e la qualità della vita del bambino e dei suoi familiari. Solo alcune regioni "virtuose" le hanno inserite nei loro percorsi, ricorrendo a fondi propri, e solo per i neonati dei propri centri nascita.

Lo **screening neonatale esteso (SNE) per le malattie metaboliche ereditarie** è oggi **obbligatorio e gratuito in tutta Italia** (Legge 167/2016, DM 13/10/2016, LEA 2017). Lo SNE comprende **oltre 40 malattie metaboliche ereditarie**, più fibrosi cistica e ipotiroidismo congenito.

Malattie metaboliche ereditarie include, tra le molte, patologie come:

- Fenilchetonuria (e altre iper-fenilalaninemie)
- Galattosemia
- Vari forme di acidemie / acidurie (es. Acidemia metilmalonica, Acidemia propionica, Acidemia glutarica tipo I, etc.)
- Deficit di carnitina, carnitina-acilcarnitina translocasi, acil-CoA deidrogenasi, e altre malattie legate al metabolismo degli acidi grassi o degli aminoacidi.

Alcune condizioni endocrine congenite

Tra le patologie già incluse o monitorate fin dai primi programmi di screening ci sono condizioni come:

- Ipotiroidismo congenito
- Fibrosi cistica — anche se non metabolica nel senso classico, è tra le condizioni storicamente oggetto di screening nei neonati.

Lo stato dell'arte nelle Regioni per lo screening neonatale esteso

In base ai dati riportati dal Rapporto tecnico SIMMESN - Società italiana per lo studio delle Malattie Metaboliche Ereditarie e Screening Neonatale, si evidenzia che la **copertura dello screening metabolico è prossima al 100% in quasi tutte le regioni**, con differenze minime e legate più all'organizzazione (regionale/interregionale) che all'offerta ai neonati.

Differenze regionali – malattie metaboliche

Categoria	Dettaglio	Regione senza Laboratorio (Mittente)	Regione di Riferimento (Destinatario)
Totale Laboratori	19	Basilicata	Puglia
Regioni con Laboratorio	14	Molise	Lazio
Regioni senza Laboratorio	6	Umbria	Toscana
		Valle d'Aosta	Piemonte
		Calabria	<i>Laboratorio fuori regione</i>
		Trentino-Alto Adige	<i>Laboratorio fuori regione</i>

Fonte: Elaborazione a cura di Cittadinanzattiva da siti istituzionali delle Regioni

Questo significa che tutti i neonati, anche in regioni senza laboratorio, sono comunque coperti dal programma SNE; cambia solo la **logistica** (invio campioni e centro di riferimento), non il **diritto allo screening**.

A seguito di questa analisi regionale, per le malattie metaboliche ereditarie, l'Italia ha ormai raggiunto una **copertura nazionale pressoché completa**, pur con differenze organizzative tra regioni con laboratorio proprio e regioni che si appoggiano ad altri centri.

Differenze regionali SNE

Regione	Stato dell'Inclusione della SMA	Altre Patologie/Dettagli Rilevanti	Aggiornamento/Avvio
Abruzzo	Screening avviato.	Inclusione di 3 malattie da accumulo lisosomiale (Fabry, Gaucher, MPS I). L'elenco è stato esteso in precedenza anche a tutte le malattie metaboliche ereditarie.	Avviato a Dicembre 2022 .
Campania	Approvato progetto pilota per l'allargamento alla SMA.	Coinvolge tutti i Centri Nascita e le Terapie Intensive Neonatali (TIN) regionali.	Delibera n. 303 del 21/06/2022 .
Emilia-Romagna	Screening SMA avviato.	Previsto l'avvio dello screening per deficit di AADC, X-ALD, SCID, e XLA entro Dicembre 2024.	SMA avviata Luglio 2024 .
Friuli V. Giulia	Progetto pilota per lo screening della SMA, rinnovato.	Inizialmente solo per la Provincia di Udine, a cura dell'ASU FC.	Avviato a Dicembre 2021 (rinnovato dopo Dicembre 2022).

Lazio	Screening SMA garantito a tutti i neonati.	Parte di un progetto pilota (2019-2021) che ha identificato 15 bambini con SMA su 92 mila neonati. Continua nell'ambito del Servizio Sanitario Regionale.	Progetto pilota avviato nel 2019/2021 . Screening garantito successivamente.
Liguria	Programma pilota concluso.	Screening simultaneo per SMA e SCID . Non ci sono ancora notizie sul rinnovo.	Avviato il 4 Settembre 2021 , terminato a Settembre 2023 .
Lombardia	Screening SMA avviato.	Già attivi screening per: PKU, Tirosinemie, Ipotiroidismo Congenito, Iperplasia Surrenalica Congenita, e Fibrosi Cistica . Progetti pilota su leucodistrofie e malattie neuromuscolari.	Avviato il 15 Settembre 2023 .
Marche	Esecuzione dello screening SMA avviata.	In linea con il Piano Socio Sanitario Regionale 2021-2025 e un PDTA dedicato. Affidato al Centro di riferimento Regionale di Pesaro Urbino.	Affidato a Settembre 2024 .
Piemonte / Valle d'Aosta	Progetto pilota per l'integrazione della SMA avviato.	La Valle d'Aosta ne beneficia appoggiandosi allo stesso centro di coordinamento del Piemonte.	Avviato a Novembre 2022 .
Puglia	Obbligo di screening neonatale per la SMA.	Prevede l'obbligo di prelevare una piccola quantità di sangue per l'identificazione precoce, anche della forma più grave (Tipo 1).	Legge approvata ad Aprile 2021 .
Sicilia	Approvato Decreto per procedere con lo screening SMA.	Riguarda tutti i nuovi nati.	Decreto n. 692 del 6 Giugno 2024 .
Toscana	Inclusione della SMA nello screening offerto a tutti i neonati.	Già esteso a 3 malattie da accumulo lisosomiale e a immunodeficienze congenite severe combinate (dal 2018).	SMA inclusa dal 2021 .
Trentino A. Adige (Bolzano)	Screening SMA avviato (test opzionale gratuito extra-LEA).	Servizio aggiuntivo e gratuito.	Avviato Ottobre 2023 .
Trentino A. Adige (Trento)	Screening SMA avviato (integrato al panel).	Ha avviato la stessa procedura di Bolzano.	Avviato Novembre 2024 .
Veneto	Allargamento del panel alla SMA pienamente operativo .	La regione è suddivisa: Padova (Belluno, Treviso, Venezia) e Verona (Rovigo, Vicenza) come centri di riferimento per l'analisi.	Pienamente operativo dal 1° Gennaio 2024 .

Fonte: Elaborazione a cura di Cittadinanzattiva da siti istituzionali delle Regioni

Per quanto riguarda invece lo screening SMA vi sono forti diseguaglianze territoriali nonostante l'aggiornamento **dei LEA** dovrebbero consentire **un inserimento formale e uniforme della SMA nel panel SNE**.

Aggiornamento LEA

A distanza di otto anni dall'ultimo aggiornamento, il Servizio Sanitario Nazionale compie un passo decisivo verso la modernizzazione dell'offerta assistenziale. Raggiunta l'intesa in Conferenza Stato-Regioni, sui nuovi Livelli Essenziali di Assistenza (LEA). Viene approvato infatti ad ottobre 2025 un pacchetto di interventi che ridefinisce il diritto alle prestazioni sanitarie garantite a tutti i cittadini, introducendo nuovi screening:

Screening neonatale esteso: 8 nuove malattie genetiche rare Il nuovo Dpcm amplia lo Screening Neonatale Esteso (SNE) includendo otto ulteriori patologie metaboliche e rare:

- immunodeficienze combinate gravi (SCID),
- mucopolisaccaridosi di tipo I (MPS I),
- adrenoleucodistrofia legata all'X (X-ALD),
- malattia di Pompe,
- malattia di Fabry,
- malattia di Gaucher e altre glicogenosi.

Si tratta di malattie rare ma gravi, che beneficiano in modo determinante della diagnosi precoce. Il programma interesserà oltre 390mila neonati l'anno, con un impatto stimato di quasi 15 milioni di euro. Le risorse saranno coperte in parte attraverso fondi già disponibili.

Screening per la SMA: da sperimentazione a standard nazionale

Tra le novità a costo invariato c'è l'ingresso ufficiale nei Lea dello screening neonatale per l'Atrofia Muscolare Spinale (SMA). Il test viene ora stabilmente inserito nel pacchetto di prestazioni garantite, senza nuovi oneri per la finanza pubblica. La misura rappresenta un esempio di integrazione virtuosa tra innovazione tecnologica e sostenibilità economica, frutto di valutazioni di Health Technology Assessment (Hta) che ne hanno dimostrato l'efficacia clinica e organizzativa.

Considerazioni

Con l'aggiornamento LEA, lo SNE con tutte le nuove patologie (inclusa la SMA), diventa parte del paniere essenziale garantito su tutto il territorio e i neonati, ovunque nascano, dovrebbero poter avere le stesse opportunità di diagnosi precoce, viene garantita la diagnosi precoce e trattamenti tempestivi. Tutto ciò implica che molte condizioni anche se gravi ma trattabili, proprio perché diagnosticate precocemente, potranno essere identificate subito dopo la nascita, cambiando radicalmente la prognosi e la qualità della vita dei bambini affetti e dei familiari. Aver inserito l'ampliamento degli SNE nei LEA, permette la riduzione delle disuguaglianze e significa garantire un diritto che non è più una scelta regionale ma un diritto nazionale. Questo riduce le **disparità regionali** e garantisce a tutte le famiglie lo stesso accesso allo screening. Purtroppo l'ampliamento del panel non basta da solo: servono **laboratori accreditati, percorsi diagnostici e clinici ben strutturati**, disponibilità di centri specializzati e follow-up e in alcune Regioni questi elementi non sono ancora uniformi. Anche se l'aggiornamento dei LEA accelera il processo, **la sua applicazione pratica richiede tempo**. È altresì necessario informare adeguatamente tutte le famiglie, poiché la diagnosi precoce porta benefici solo se accompagnata da corretta informazione/consapevolezza e percorsi terapeutici certi.

3. SCREENING NELLA POPOLAZIONE PEDIATRICA PER DUE PATOLOGIE: IL DIABETE DI TIPO 1 E LA CELIACHIA.

La Legge n. 130 del 27 settembre 2023, intitolata "Disposizioni concernenti la definizione di un **programma diagnostico per l'individuazione del diabete di tipo 1 e della celiachia nella popolazione pediatrica**," è stata ufficialmente pubblicata nella Gazzetta Ufficiale n. 226 ed è entrata in vigore il 12 ottobre 2023. Questa normativa colloca l'Italia in una posizione di avanguardia nel campo della prevenzione sanitaria pediatrica. La sua finalità principale è l'introduzione di un programma nazionale di screening mirato all'individuazione

precoce di due specifiche patologie nella popolazione in età pediatrica: il Diabete Mellito di Tipo 1 (DT1) e la Celiachia.

Per quanto concerne il diabete di tipo 1, le motivazioni che hanno portato all'emanazione della legge risiedono nel cruciale intento di prevenire l'insorgenza della chetoacidosi diabetica, la prima e spesso grave manifestazione clinica della malattia, e, allo stesso tempo, di rallentare la sua progressione grazie all'utilizzo tempestivo delle terapie oggi disponibili. Riguardo alla celiachia, l'obiettivo è quello di effettuare una diagnosi precoce che consenta di ridurre significativamente le complicanze evolutive e i danni a lungo termine correlati a una diagnosi tardiva.

La legge ha come obiettivo principale l'individuazione precoce del **diabete di tipo 1** e della **celiachia** nei bambini e negli adolescenti, con l'intento di:

- **Ridurre le complicanze acute**, come la chetoacidosi diabetica all'esordio del diabete.
- **Migliorare le prospettive cliniche** a lungo termine.

Programma di Screening Nazionale

- **Obiettivo:** Viene istituito un programma diagnostico (screening) a livello nazionale.
- **Popolazione target:** La norma mira a sottoporre allo screening l'intera popolazione italiana in **età pediatrica** (generalmente tra 1 e 17 anni, anche se i decreti attuativi definiscono fasce d'età specifiche, come 2-3 e 5-8 anni in base ai documenti di attuazione).
- **Modalità:** Lo screening è su base **volontaria** e viene effettuato tramite un **semplice prelievo di sangue capillare** (un "pic" sul polpastrello).
- **Cosa rileva:** I test cercano la presenza di **autoanticorpi specifici** predittivi dello sviluppo del diabete di tipo 1 e della celiachia, indicando una predisposizione alla malattia prima che compaiano i sintomi.
- **Fasi:** I bambini risultati positivi vengono indirizzati ai centri clinici di riferimento per la conferma diagnostica e l'eventuale presa in carico e monitoraggio.

Strutture di Supporto e Monitoraggio

- La legge prevede l'istituzione di un **Osservatorio nazionale** composto da esperti per monitorare l'attuazione del programma, approfondire le conoscenze scientifiche e coordinare le iniziative.
- È previsto che il Ministero della Salute svolga periodiche **campagne di informazione e sensibilizzazione** rivolte alla popolazione generale sull'importanza della diagnosi precoce di queste patologie.

Il peso e l'impatto delle malattie Diabete di tipo 1 e Celiachia

Il diabete di tipo 1

Il diabete di tipo 1 è una malattia autoimmune cronica, causata dalla distruzione delle cellule beta delle isole pancreatiche, responsabili della produzione di insulina. Secondo il sito del Ministero della Salute²⁶, in Italia ci sono circa **300 000 persone** affette da DT1, con una prevalenza stimata di circa **0,5%** della popolazione. La prevalenza del DT1 risulta fra **0,4 e 1 per mille** (cioè 0,04-0,1%) nella popolazione generale, e fra 6-10 nuovi casi per 100 000

²⁶ https://www.salute.gov.it/new/it/tema/diabete/diabete-mellito-tipo-1/?utm_source=chatgpt.com

persone/anno nella fascia 0-14 anni. Nella fascia pediatrica o per regioni per DT1, i dati e mostrano che nella fascia 0-14 anni l'incidenza era stimata fra 6-10 casi per 100 000/anno.

Celiachia

Anche la celiachia, un'altra malattia autoimmune cronica, è molto comune in Italia.

La Relazione annuale al Parlamento sulla celiachia riferita al 2023, pubblicata dal Ministero della Salute a marzo 2025,²⁷ conferma il trend in crescita delle diagnosi, spiega il razionale della legge sullo screening di celiachia e diabete di tipo 1 e si sofferma sulla corretta classificazione ed etichettatura degli alimenti in relazione alla presenza del glutine.

Dai **dati del 2023** in Italia risultano diagnosticati **265.102 celiaci**, di cui il 70% (184.731) appartenenti alla popolazione femminile e il restante 30% (80.371) a quella maschile con un rapporto di 2:1 in quasi tutte le Regioni, ad eccezione di Basilicata, Molise e Sardegna dove il rapporto è di 3:1. **La Lombardia** risulta la Regione con il **maggior numero di persone affette da celiachia** pari a 49.278 casi (18,6%).

In particolare, al 31 dicembre 2023, la prevalenza media nazionale è di 0,45% mentre le Regioni/PA con la prevalenza più elevata sono Valle D'Aosta (0,57%), Trento (0,56%) e Umbria (0,52%). Per quanto riguarda la prevalenza per sesso, si osserva che la prevalenza media nazionale femminile è 0,61 e quella maschile è dello 0,28%²⁸.

La celiachia impatta prevalentemente la fascia di età tra i 18 e i 59 anni (67%).

Sebbene siano patologie distinte, il diabete di tipo 1 e la celiachia condividono molti elementi comuni al punto che, fino al 5% dei pazienti potrebbe soffrire di entrambe le condizioni, rendendo la gestione clinica più complessa e costosa. Questo quadro clinico a livello nazionale sottolinea ancora di più l'importanza nel procedere con un programma strutturato di prevenzione partendo proprio dai più piccoli. L'introduzione di un programma così articolato e regolato per legge non ha precedenti e pone l'Italia, in una posizione di assoluta avanguardia nella prevenzione sanitaria.

L'avvio del programma di screening pilota

A marzo 2024 prende il via con un **progetto pilota** il programma di screening per il diabete di tipo 1 e per la celiachia che coinvolgerà **4 Regioni: Lombardia, Marche, Campania e Sardegna** con l'obiettivo di testare la fattibilità del programma, valutarne i costi, e analizzare i benefici di uno screening sistematico su tutta la popolazione pediatrica.

Durante questa fase, i pediatri di libera scelta hanno giocato un ruolo fondamentale, reclutando su base volontaria **5.363 bambini di età compresa tra 2, 6 e 10 anni** per essere sottoposti a un prelievo di sangue capillare. I prossimi passi prevedono l'adozione del programma su tutto il territorio nazionale, con un impegno costante per garantire la massima adesione e per monitorare i risultati, al fine di apportare eventuali miglioramenti.

Risultati preliminari del progetto pilota

I risultati ottenuti dalle prime analisi, presentati a giugno 2025 hanno mostrato **una positività agli autoanticorpi del diabete di tipo 1 pari allo 0,8%** e **una positività dello screening della celiachia del 2,9%**. Si tratta di numeri significativi, soprattutto se si considera che, per il diabete di tipo 1, il valore atteso di soggetti ad alto rischio si aggira intorno a un terzo di quelli effettivamente individuati. Rilevare precocemente una predisposizione a queste patologie consente di attivare un monitoraggio clinico regolare e, in alcuni casi, di intervenire

²⁷ https://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_3534_allegato.pdf

²⁸ <https://www.epicentro.iss.it/celiachia/epidemiologia-italia>

in modo tempestivo, riducendo il rischio di complicanze gravi e migliorando l'*outcome* a lungo termine.

Numero di bambini esaminati per Regione e fascia di età

Regione	Età 2–2,9 anni	Età 6–6,9 anni	Età 10–10,9 anni	Totale bambini
Lombardia	815	972	1.080	2.867
Marche	111	134	149	394
Campania	520	581	638	1.739
Sardegna	97	123	143	363
Totale 4 Regioni	1.543	1.810	2.010	5.363

Fonte: Elaborazione a cura di Cittadinanzattiva da siti istituzionali delle Regioni

La presa in carico dopo lo screening

Diabete di tipo 1

- **Se lo screening risulta negativo non vi è nessuna diagnosi e il bambino è considerato non a rischio** al momento dello screening. Nessun altro esame immediato e di conseguenza, non è previsto follow-up clinico, salvo comparsa di sintomi, infine il dato è archiviato e registrato **nell'Osservatorio Nazionale sul Diabete di tipo 1 e sulla Celiachia**, istituito dalla legge 130/2023 presso il Ministero della Salute con supporto scientifico dell'ISS.
- **Se lo screening risulta positivo per Diabete di tipo 1**, il bambino viene seguito con monitoraggio periodico in un centro diabetologico pediatrico con controlli programmati (tipicamente ogni 6–12 mesi) in tutto integrato con un programma di educazione della famiglia sui segni precoci quali ad esempi, sete, eccessiva frequenza urinaria, perdita peso.

Celiachia

- I test valutano principalmente gli anticorpi anti-transglutaminasi IgA (tTG-IgA), con controllo IgA totale. **Dopo la diagnosi** positiva si dà inizio alla dieta senza glutine con supporto del pediatra/dietista e follow-up annuale.

Oltre al percorso clinico individuale, la Legge 130/2023 prevede che tutti i risultati vengono inviati all'**Osservatorio Nazionale** per mappare rischio e prevalenze, programmare risorse regionali, valutare efficacia dello screening e le Regioni dovranno effettuare un adeguamento dei Centri pediatrici, quindi potenziare diabetologie pediatriche, potenziare gastroenterologie pediatriche, garantire presa in carico rapida dei casi positivi.

Da una prima analisi dei siti regionali, le 4 Regioni, per la gestione post-screening pilota, hanno dimostrato una elevata capacità di presa in carico:

Lombardia	Attraverso la rete dei pediatri strutturata e con centri diabetologici ad alta specializzazione
Marche	Prevede una presa in carico rapida e anche se si tratta di una rete più piccola è ben coordinata
Campania	Ha un elevato numero di casi di DT1 e ha strutturato un potenziamento dei centri di riferimento
Sardegna	Ha un'alta prevalenza DT1 ed è dotata di una forte esperienza clinica e diagnosi precoce.

Il dato più significativo emerso dalla fase pilota riguarda l'impatto sulla salute immediata dei bambini:

Per il diabete:

- Riduzione della Chetoacidosi: Nei bambini residenti nelle regioni del progetto D1Ce Screen, si è osservata una riduzione del 26% della probabilità di presentare la chetoacidosi diabetica (DKA) all'esordio del diabete di tipo 1.
- Riduzione della chetoacidosi Grave: La probabilità di una forma grave di chetoacidosi si è ridotta addirittura del 49%

Per la celiachia: potenziali miglioramento della qualità della vita, minori ritardi di crescita, pubertà ritardata, riduzione complicatezze intestinali a lungo termine.

Lo screening ha evidenziato come in quasi il 50% dei soggetti, un'unica puntura del dito è stata sufficiente per eseguire tutte le misurazioni oggetto dello studio e come oltre il 90% dei partecipanti avesse considerato il prelievo capillare semplice e pratico, determinando un minore impatto negativo sui bambini.

I risultati della sperimentazione hanno confermato l'efficacia dello screening e hanno fornito le basi tecniche per l'emissione dei decreti attuativi necessari per estendere il programma a **livello nazionale**, che è previsto per la fine del 2025 o l'inizio del 2026. I dati emersi, che hanno mostrato una riduzione significativa dei casi di chetoacidosi diabetica grave all'esordio del diabete di tipo 1 nelle regioni coinvolte, hanno fornito una **prova tangibile** dell'utilità dello screening.

L'impegno di Cittadinanzattiva sul diabete di tipo 1 in pediatria

Cittadinanzattiva ha avviato una breve survey grazie alla collaborazione dei Presidenti delle Associazioni del Coordinamento nazionale dei malati cronici e rari (CNAMC), rete della nostra Organizzazione²⁹.

Dalla nostra analisi emerge che il 67% dei Presidenti era a conoscenza della sperimentazione in corso per lo screening pediatrico per diabete di tipo 1 e celiachia, mentre circa un terzo non ne era a conoscenza. Questo dato ci porta a riflettere sul fatto che con molta probabilità la comunicazione e l'informazione non è arrivata in maniera ramificata.

Per oltre il **94%** dei presidenti i principali **vantaggi di un'estensione** nazionale degli screening per diabete di tipo 1 e celiachia, risiede nell'opportunità di facilitare la diagnosi precoce e migliorare la prognosi per i pazienti, per il **48,7%** perché incidono sulla riduzione di complicatezze e ricoveri evitabili, per il **33,3%** perché garantiscono una maggiore equità nell'accesso alle cure tra regioni, per il 30 % perché forniscono un maggior sostegno e informazione per le famiglie.

Per ciò che attiene le criticità legate all'estensione nazionale di questi screening, i presidenti evidenziano: per **56,4%** la necessità di individuare risorse adeguate a garantire qualità e continuità; per **43,6%** il rischio di disomogeneità organizzativa tra regioni; per oltre il **40%** possibili ritardi nella presa in carico dopo la diagnosi; per il **15%** il rischio di allarmismi o medicalizzazione eccessiva.

²⁹ <https://www.cittadinanzattiva.it/chi-siamo/le-nostre-reti-e-aree-di-attivita/1845-cnamc-malati-cronici.html>

Tuttavia il punto di vista delle Associazioni è netto e **fortemente favorevole all'estensione dello screening su tutto il territorio e all'inserimento nei LEA.**

Inoltre Cittadinanzattiva³⁰ ha rinnovato il proprio impegno per i diritti delle persone con diabete e, proprio a giugno 2025 ha lanciato una campagna nazionale dedicata in particolare ai più piccoli. L'obiettivo del progetto è informare sui rischi del diabete di tipo 1 e sull'importanza di riconoscere i segnali precoci; sensibilizzare famiglie e scuole sui rischi del diabete di tipo 1; promuovere il riconoscimento precoce dei sintomi; **favorire l'accesso agli screening pediatrici per prevenire la chetoacidosi.**

Il progetto ha previsto la realizzazione di *leaflet* informativi distribuiti nelle scuole Italiane, un podcast e una campagna social.

Considerazioni

Da una prima analisi possiamo evidenziare che il programma così strutturato rappresenti per i cittadini un'opportunità ma, non bisogna dimenticare che lo screening non è ancora esteso a tutto il territorio nazionale. Inoltre, i dati disponibili sono preliminari, derivanti da sperimentazioni pilota, pur mostrando tassi di positività che danno indicazioni sul potenziale impatto.

Tra punti di forza rileviamo l'introduzione di una strategia di **prevenzione** sistemica: anziché intervenire solo a malattia manifestata, si punta a riconoscere precocemente soggetti a rischio e soprattutto, favorisce lo sviluppo di una cultura della diagnosi precoce e della salute pediatrica

Rispetto alle criticità, è molto alto **rischio di disomogeneità territoriale** in quanto alcune Regioni potrebbero essere meno rapide o meno dotate di infrastrutture determinando inequità di accesso. Le risorse non sono enormi per cui dovranno essere efficacemente utilizzate per ottenere risultati significativi.

Al fine di sviluppare un modello organizzativo capace di **garantire un'applicazione corretta e uniforme del programma di screening**, oltre a un'efficace gestione del follow-up e della presa in carico dei bambini risultati positivi al test, occorrono azioni ben definite. Per il futuro successo di un programma di screening del Diabete di Tipo 1 in età pediatrica, è fondamentale che le strategie evolvano a un **sistema integrato e coerente**. La sfida principale è ottenere il **riconoscimento istituzionale** e garantire la **sostenibilità finanziaria** attraverso l'inserimento dello screening nei **Livelli Essenziali di Assistenza (LEA)** e la previsione di un **codice di esenzione** per la fase pre-sintomatica. A livello organizzativo e di *governance*, è imprescindibile istituire un **Coordinamento nazionale** e definire chiaramente la responsabilità dei laboratori, stabilendo al contempo una **fascia d'età target**. La gestione dei dati dovrà essere rigorosa, con l'istituzione di **registri regionali** che confluiscano nel registro nazionale, essenziali per la sorveglianza epidemiologica e la ricerca. Sul piano operativo, il **Pediatra di Libera Scelta (PLS)** è l'attore centrale per l'**arruolamento della popolazione**. Pertanto, il programma dovrà prevedere **misure di sostegno e sensibilizzazione** e una **formazione capillare** per tutti gli attori coinvolti. È essenziale superare le difficoltà tecniche, come quelle legate al **prelievo capillare**, e stabilire canali di **comunicazione centralizzati** tra laboratori, PLS e Centri di Riferimento. Il cuore dell'assistenza risiede nella **qualità della presa in carico**. Questo significa garantire, in caso di positività al test, la **totale gestione del paziente** da parte di **team di diabetologia multiprofessionale** nei Centri di Riferimento. Tale percorso assistenziale deve essere standardizzato e guidato dall'adozione di **linee guida specifiche per la fase**

³⁰ <https://www.cittadinanzattiva.it/notizie/17253-prevenire-la-chetoacidosi-nei-bambini-con-diabete-di-tipo-1-una-sfida-urgente-per-la-salute-pubblica.html>

del follow-up. Infine, la strategia deve valorizzare il contributo insostituibile delle **associazioni di pazienti** e includere momenti di verifica operativa, come una **survey** tra i PLS, per garantire che il programma sia costantemente ottimizzato e centrato sulle esigenze reali del territorio e delle famiglie.

In sintesi

Le conclusioni che emergono dal quadro della prevenzione in Italia nel 2024-2025 svelano una situazione di **profonda disomogeneità territoriale**, dove il diritto alla salute, garantito, si scontra con una "geografia dei diritti a macchia di leopardo" nell'effettiva fruizione delle prestazioni, in particolare tra Nord e Sud.

Nonostante la presenza di strumenti strategici come il Piano Nazionale di Prevenzione (PNP) e il Piano Nazionale di Prevenzione Vaccinale (PNPV), l'obiettivo dell'**equità** è largamente inadempito. Questa disparità è evidente nel monitoraggio del Nuovo Sistema di Garanzia (NSG), che vede diverse regioni del Sud in forte ritardo proprio nelle aree cruciali della **prevenzione**, evidenziando che l'investimento in quest'area non è ancora sufficiente né omogeneo. La criticità più macroscopica si registra negli **screening oncologici**, in particolare per il tumore del colon-retto, dove l'adesione media nazionale è insufficiente (33,3%), ma precipita drasticamente al Sud e Isole al 21,1%, con picchi negativi come il 5,2% in Calabria e il 15,4% in Sicilia. Questi dati allarmanti indicano che la maggioranza della popolazione target in queste regioni non beneficia di interventi cruciali per la diagnosi precoce. In questo contesto, la mera estensione delle fasce d'età per gli screening, pur se prevista dalla Legge di Bilancio 2026, non risolverà la vera urgenza, rappresentata dalla bassa **adesione** della popolazione già coperta dall'offerta.

Analoghe disomogeneità segnano l'area delle **vaccinazioni**, dove la copertura della fascia pediatrica, fatica a mantenere la soglia critica del 95% per l'immunità di gregge, scendendo al 94,76% per la Polio a 24 mesi, con valori ben al di sotto in regioni come la Provincia Autonoma di Bolzano (85,3%) e la Sicilia (89,4%). L'accesso a vaccini cruciali come l'anti-HPV resta drammaticamente basso, con solo il 51,18% delle dodicenni che completa il ciclo rispetto all'obiettivo del 95%. Anche la copertura per la **vaccinazione antinfluenzale** tra la popolazione anziana (over 65), categoria prioritaria per la tutela dalle complicanze, si attesta su valori insufficienti (circa il 52% nella stagione più recente), lontana dall'obiettivo minimo del 75%. Questa criticità è amplificata dalle marcate differenze regionali che superano i 25 punti percentuali tra le aree più virtuose (come l'Umbria o l'Emilia-Romagna) e quelle più in difficoltà (come la Calabria o la Sardegna), confermando un persistente deficit organizzativo e di adesione che lascia ampie fasce di popolazione vulnerabile non protette.

Il quadro sulla prevenzione è aggravato dall'analisi sugli **stili di vita**, dove l'Italia si colloca tra i Paesi europei più inattivi, con il 56,0% della popolazione che non pratica attività fisica. Questa elevata sedentarietà, particolarmente prevalente nelle regioni meridionali, rappresenta un denominatore comune che alimenta l'insorgenza di malattie croniche e vanifica gli sforzi di prevenzione secondaria.

Le nuove frontiere della prevenzione, in particolare in **ambito pediatrico**, esasperano le tensioni del federalismo sanitario. L'immunizzazione contro il **Virus Respiratorio Sinciziale (VRS)** per neonati, pur essendo innovativa ed efficace, ha subito ritardi e disomogeneità di offerta a causa di incertezze istituzionali, carenza di fondi (i 50 milioni stanziati sono percepiti come insufficienti) e un avvio a velocità diverse tra le regioni. La limitazione della coorte di recupero neonatale ai soli nati nei 100 giorni precedenti, e la questione della **vaccinazione materna** così disomogenea nell'offerta tra le regioni, sono esempi lampanti di come la mancanza di una regia centrale stabile e di risorse adeguate possa tradursi in disuguaglianze reali nell'accesso a un diritto.

Un segnale positivo, invece, è dato dall'introduzione degli **Screening Neonatali Estesi (SNE)** nei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA), che includono finalmente l'Atrofia Muscolare Spinale (SMA) e otto nuove malattie genetiche rare. Questo aggiornamento garantisce, in teoria, un diritto uniforme su tutto il territorio nazionale. Inoltre, il programma pilota di screening per il **Diabete Mellito di Tipo 1 (DT1)** e la **Celiachia** in età pediatrica ha dimostrato risultati significativi, come la riduzione della chetoacidosi diabetica all'esordio,

ma la sua estensione nazionale è ancora a rischio di disomogeneità organizzativa e finanziaria.

L'Italia dispone degli strumenti normativi e delle innovazioni scientifiche per una prevenzione d'eccellenza, ma la sua applicazione diseguale e la scarsa adesione, trasformano la prevenzione da investimento in salute e sostenibilità del SSN a elemento di profonda disuguaglianza territoriale. La sfida cruciale per il futuro è superare il divario geografico, rafforzando la regia centrale con risorse adeguate e garantendo che le normative si traducano in prassi quotidiana, omogenea e capillare su tutto il territorio nazionale.

3. ACCESSO ALLE PRESTAZIONI

Introduzione

Il presente capitolo affronta la **crisi strutturale nell'accesso alle prestazioni sanitarie** in Italia, dove l'eccessiva lunghezza delle **liste d'attesa** è diventata nel 2024 la principale causa di rinuncia alle cure, evidenziando le profonde disuguaglianze sociali e territoriali all'interno del Servizio Sanitario Nazionale (SSN). L'aumento esponenziale delle criticità nell'accesso alle prestazioni, che nella nostra analisi delle segnalazioni, **culmina nel 47,8% delle segnalazioni** del 2024, non è solo la somma dei ritardi accumulati durante la pandemia. È la manifestazione di una fragilità strutturale del Servizio Sanitario Nazionale (SSN) che, nonostante i tentativi di riforma, fatica a garantire l'universalità e l'equità del diritto alla cura.

Per fare questo, il capitolo si sofferma sull'analisi del quadro normativo di risposta all'emergenza delle liste d'attesa, esaminando le novità introdotte dal nuovo **PNGLA** (Piano Nazionale di Governo delle Liste d'Attesa) 2025-2027, sui punti chiave della **Legge n. 107/2024** e sulla sua implementazione.

Sarà approfondita l'analisi civica della **Piattaforma Nazionale delle Liste d'Attesa (PNLA)** di AGENAS, uno strumento cruciale per garantire trasparenza, monitoraggio in tempo reale e verifica del rispetto dei tempi massimi per visite ed esami.

Il capitolo inoltre, documenta la **disomogeneità regionale** nell'applicazione della normativa vigente e dei percorsi di tutela, analizzando, attraverso i risultati di un nostro **accesso civico generalizzato**, come le difformità territoriali siano evidenti e marcate non solo nell'implementazione delle norme e nei percorsi da esse previsti ma anche nella capacità di rendersi trasparenti.

Infine collegheremo il tema delle liste d'attesa al noto effetto drammatico **sulla rinuncia alle cure** e a quello della **mobilità sanitaria interregionale**, cartina di tornasole della capacità delle regioni di offrire servizi di qualità e in modo tempestivo a garanzia del diritto universale alla cura.

3.1 NOVITÀ NORMATIVE PER LA RIDUZIONE ED IL GOVERNO DELLE LISTE D'ATTESA

La gestione efficace dei tempi d'attesa per le prestazioni sanitarie rappresenta una delle **sfide più persistenti** e critiche per il Servizio Sanitario Nazionale (SSN). L'eccessiva dilatazione di tali tempi non solo compromette il diritto alla salute dei cittadini, ma incide anche sulla qualità percepita e sull'equità del sistema.

Per affrontare questa emergenza con strumenti più stringenti di quelli già esistenti, il legislatore e le autorità sanitarie hanno recentemente introdotto misure innovative e urgenti. In particolare, la strategia nazionale per il governo delle liste d'attesa ha subito una significativa evoluzione con l'introduzione del **Nuovo Piano Nazionale di Governo delle Liste d'Attesa (PNGLA) 2025 - 2027**, che delinea una cornice programmatica e operativa aggiornata per le Regioni.

A questo si è affiancato un intervento normativo diretto e di immediata applicazione: la **Legge 107/2024** conversione con modificazioni del **Decreto Legge n. 73 del 2024**, recante "**Misure urgenti per la riduzione dei tempi d'attesa per le prestazioni sanitarie**". Questo provvedimento rappresenta una svolta, introducendo disposizioni specifiche che spaziano dal potenziamento dell'offerta sanitaria (anche attraverso il ricorso a prestazioni aggiuntive e l'attività libero-professionale intramoenia) al rafforzamento dei meccanismi di monitoraggio e di trasparenza, fino all'introduzione di strumenti sanzionatori in caso di mancato rispetto dei tempi massimi.

Ci proponiamo dunque di analizzare nel dettaglio le principali **novità normative**, esplorando come il connubio tra il nuovo **PNGLA** e le misure urgenti del **DL 73/2024** intenda rivoluzionare la governance delle liste d'attesa, mirando a garantire l'accesso alle cure in tempi appropriati e uniformi su tutto il territorio nazionale.

BOX: novità normative liste d'attesa

NUOVO PNGLA PIANO NAZIONALE DI GOVERNO DELLE LISTE D'ATTESA 2025-2027

Il Piano è focalizzato sul superamento delle criticità nella gestione dei tempi di attesa per le prestazioni sanitarie e introduce diverse novità e rafforzamenti.

1. Nuovi Strumenti di Governance e Trasparenza

- **Piattaforma Nazionale per le Liste d'Attesa (PNLA)**: Istituzione di una piattaforma nazionale gestita da AGENAS per garantire una visione chiara e in tempo reale sui tempi di attesa, le disponibilità e le classi di priorità a livello nazionale. La piattaforma garantirà **trasparenza** per i cittadini e supporterà il **monitoraggio** per il Ministero.
- **Organismo di Verifica e Controllo**: Istituzione di un organo per il monitoraggio e la verifica sull'assistenza sanitaria e il corretto funzionamento dei sistemi di gestione delle liste d'attesa a livello regionale.
- **Monitoraggio Mensile**: Previsione del monitoraggio mensile dei tempi di attesa (invece che con la "settimana indice"), per avere dati più tempestivi e realistici.

2. Governo della Domanda e Appropriatezza Prescrittiva

- **Appropriatezza Clinica**: Centralità delle **linee guida** e delle **buone pratiche clinico-assistenziali** per indirizzare correttamente i medici prescrittori e ridurre le prescrizioni inappropriate.

- **Analisi del Fabbisogno:** Maggiore attenzione all'analisi del reale bisogno di prestazioni sanitarie e all'utilizzo dei dati del Sistema Tessera Sanitaria per controlli sulle prescrizioni.

3. Potenziamento dell'Offerta e dell'Accesso

- **Rafforzamento dell'Offerta Assistenziale:** Vengono introdotte misure per il potenziamento dell'offerta, che include l'ottimizzazione delle agende di erogazione (ad esempio con l'**overbooking** o il riutilizzo degli slot liberi).
- **Sistema di Prenotazione (CUP):** Rafforzamento dei Centri Unici di Prenotazione (CUP) per una corretta integrazione tra sistema pubblico e privato accreditato e l'interoperabilità con la Piattaforma Nazionale.
- **Presa in Carico e Prelista:** Il Piano rafforza le modalità per la presa in carico del paziente e l'eventuale inserimento in una "prelista" in attesa di appuntamento, con il consenso del paziente.

4. Sanzioni per Mancato Rispetto dei Tempi

- **Rischio per i Direttori Generali:** Il mancato rispetto dei tempi di attesa è considerato tra gli obiettivi che, se non raggiunti, possono portare a una valutazione negativa per i Direttori Generali delle Aziende Sanitarie.
- **Intramoenia agevolata:** In caso di mancato rispetto dei tempi massimi, il Piano del 2019 (che costituisce la base per il 2025/2027) prevedeva che il cittadino potesse avere la prestazione in regime di **intramoenia** pagando solo il ticket (con il resto a carico dell'azienda sanitaria), sebbene questo punto sia spesso oggetto di dibattito e specificazioni regionali.

LEGGE 29 LUGLIO 2024, N. 107

La legge ha convertito, con modificazioni, il Decreto-Legge 7 giugno 2024, n. 73, che reca **"Misure urgenti per la riduzione dei tempi delle liste di attesa delle prestazioni sanitarie"**.

I punti chiave della legge di conversione (L.107/2024) sono focalizzati principalmente sul rafforzamento del Servizio Sanitario Nazionale (SSN) per garantire l'accesso alle prestazioni sanitarie nei tempi previsti.

Punti chiave della Legge 107/2024

1. Piattaforma Nazionale delle Liste di Attesa

- **Istituzione:** Viene istituita presso l'Agenas (Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali) una **Piattaforma nazionale delle liste di attesa** per monitorare a livello nazionale i tempi di attesa e la disponibilità delle agende.
- **Obbligo di Interoperabilità:** La Piattaforma si avvale dei dati interoperabili con le piattaforme regionali e provinciali per le liste di attesa.
- **Trasparenza:** Viene rafforzata la **trasparenza** delle agende di prenotazione per gli erogatori sia pubblici che privati accreditati.

2. Potenziamento dell'Offerta Sanitaria e del Personale

- **Superamento del Tetto di Spesa:** Viene introdotta la possibilità di **derogare al tetto di spesa** per l'assunzione di personale sanitario (medici e infermieri) nei limiti necessari all'attuazione del Piano Nazionale di Governo delle Liste di Attesa.
- **Prestazioni Aggiuntive:** Si prevedono misure per incrementare le **prestazioni aggiuntive** da parte del personale sanitario, anche attraverso l'attività libero-

professionale, con l'obiettivo di ridurre le liste di attesa. Viene applicata una specifica **imposta sostitutiva** agevolata su queste prestazioni.

- **Rafforzamento dei Servizi:** La legge mira a potenziare l'offerta assistenziale, in particolare per le visite diagnostiche e specialistiche, e a rafforzare i **Dipartimenti di Salute Mentale**.

3. Sistema di Prenotazione e Vigilanza

- **Centro Unico di Prenotazione (CUP):** Viene rafforzato l'obbligo per gli erogatori pubblici e privati accreditati di **confluire nel CUP regionale** e di rendere disponibili le agende di prenotazione. L'inadempienza in questo senso può costituire illecito professionale grave.
- **Organismo di Verifica:** Istituzione di un **Organismo di verifica e controllo** sull'assistenza sanitaria per vigilare sull'effettiva riduzione dei tempi di attesa e sul rispetto dei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA).
- **Tutela del Cittadino:** Previsione di **percorsi di tutela** per il cittadino nel caso in cui i tempi massimi di attesa non siano rispettati.

In sintesi, la Legge 107/2024 si configura come un intervento legislativo mirato a contrastare il fenomeno delle lunghe liste di attesa nella sanità pubblica, agendo su **monitoraggio, trasparenza, personale e offerta di prestazioni**.

Lo stato di attuazione della Legge 107/24

Le misure previste dalla legge 107/2024, “*Conversione in legge, con modificazioni, del decreto-legge 7 giugno 2024, n. 73, recante misure urgenti per la riduzione dei tempi delle liste di attesa delle prestazioni sanitarie*”, al momento della sua pubblicazione, necessitavano in totale di sei decreti attuativi, di cui **due ancora da adottare e quattro pubblicati**. Per tutti i decreti pubblicati l'adozione è avvenuta oltre quattro mesi dopo la scadenza prevista.

Due di quelli pubblicati sono volti a garantire la coerenza della Piattaforma con i dati regionali e altri flussi statistici sulla sanità:

- **Art 1, comma 4.** Modalità con cui la Piattaforma nazionale delle liste di attesa opera in coerenza con il «Modello Nazionale di Classificazione e Stratificazione della popolazione». **Adottato il 28 ottobre 2024**, quasi 4 mesi dopo la scadenza prevista, è stato pubblicato in Gazzetta Ufficiale il 16 aprile 2025.
- **Art 1, comma 3.** Adozione dei criteri di realizzazione, di funzionamento e di interoperabilità tra la Piattaforma nazionale e le piattaforme regionali delle liste di attesa. **Adottato il 17 febbraio 2025**, con un ritardo di oltre 4 mesi dalla scadenza prevista, è stato pubblicato in Gazzetta Ufficiale l'11 aprile 2025.

Uno definisce un piano d'azione per gli investimenti in infrastrutture sanitarie nell'ambito delle politiche europee di coesione:

- **Art 6, comma 1.** Adozione di un piano d'azione finalizzato al rafforzamento della capacità di erogazione dei servizi sanitari e all'incremento dell'utilizzo dei servizi sanitari e sociosanitari sul territorio per le Regioni destinatarie del Programma nazionale equità nella salute 2021-2027. **Adottato il 20 febbraio 2025**, con un

ritardo di oltre 4 mesi dalla scadenza prevista, è stato pubblicato in Gazzetta Ufficiale l'11 aprile 2025.

Il decreto di ultima adozione è quello più rilevante e spinoso, perché entra nella definizione degli spazi di autonomia regionale rispetto alle prerogative del governo centrale.

- **Art 2, comma 6.** Modalità e procedure per l'esercizio dei poteri sostitutivi da parte dell'Organismo di verifica e controllo sull'assistenza sanitaria. Riguarda l'istituzione di un Organismo nazionale di verifica e controllo sull'erogazione di servizi e prestazioni sanitarie e sul corretto funzionamento del sistema di gestione delle liste di attesa. Gazzetta Ufficiale 19 agosto 2025.

L'Organismo ha il potere di effettuare controlli sulla sanità regionale e le regioni sono tenute a inviare ad esso informazioni sullo svolgimento delle prestazioni. In caso vengano riscontrate continue irregolarità, l'Organismo può sostituirsi alle regioni nella gestione del problema, attuando una sorta di commissariamento. Per esempio, una nota irregolarità è la chiusura delle prenotazioni, il cui divieto è previsto da più di una legge.

L'intesa tra Stato e Regioni su modalità e tempi di intervento dell'Organismo, necessaria per farlo entrare in funzione, è arrivata soltanto il 25 giugno 2025, circa un anno dopo la pubblicazione della legge. Il decreto attuativo prevede che, a seguito della prima segnalazione di continue irregolarità, le regioni abbiano tempo fino a quattro mesi per presentare delle osservazioni e risolvere autonomamente il problema. In caso di mancata soluzione, l'Organismo si farà carico di gestire il problema.

L'intesa tra Stato e Regioni sull'istituzione dell'Organismo nazionale di verifica e controllo è, almeno sulla carta, un segnale dell'attenzione del governo nei confronti della questione delle liste d'attesa. Si tratterà di vederne l'applicazione pratica e di capire quali sono i reali confini su quello che può davvero fare lo Stato e quello che possono fare le Regioni.

Rimangono ancora inattuate due misure centrali della legge:

- **Art 3, comma 5.** L'attivazione di un sistema digitale che permetta di ottimizzare la gestione delle prenotazioni e soprattutto l'adesione di tutti gli operatori al Centro Unico di Prenotazione (CUP) regionale, in modo che l'agenda degli operatori privati convenzionati coincida con quella del CUP. Per il primo è necessario un decreto del Ministero della Salute contenente le indicazioni tecniche, per il secondo l'effettiva messa in atto da parte delle regioni.
- **5, comma 2 (primo periodo).** L'abrogazione del tetto alla spesa per il personale sanitario e l'introduzione di un metodo di determinazione della spesa basato su un piano triennale di fabbisogno del personale. La metodologia per definire il fabbisogno è delegata a uno o più decreti, che non hanno scadenza specifica e dei quali non vi è traccia. In assenza di questi ultimi, continua ad applicarsi la normativa vigente: ogni anno, il limite di spesa per il personale consiste nella spesa dell'anno precedente più il 10% dell'incremento, rispetto all'esercizio precedente, del fondo sanitario regionale.

3.2 ANALISI CIVICA DELLA PIATTAFORMA AGENAS:

Agenas, Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali, a giugno 2025 ha pubblicato la prima versione "open" del cruscotto della **Piattaforma Nazionale delle Liste di Attesa** (PNLA), istituita con l'art. 1 della Legge n. 107 del 29 luglio 2024 (DM 73/2024).

La piattaforma, ha l'obiettivo di monitorare a livello nazionale i tempi di attesa delle prestazioni sanitarie, con particolare riferimento alle **classi di priorità**.

In questa fase iniziale, AGENAS acquisisce **mensilmente** i dati trasmessi da Regioni e Province Autonome in base alle indicazioni del **Piano Nazionale di Governo delle Liste di Attesa (PNGLA)**.

La Piattaforma è operativa e aggiornata e i dati delle prenotazioni registrate fino al mese di **settembre 2025** contiene più di 43 milioni di prenotazioni (da gennaio 2025) su tutte le strutture pubbliche e private accreditate del Paese. Raccoglie anche tutte le prenotazioni eseguite in regime libero professionale. In particolare, sono monitorate tutte le prime visite e la maggior parte degli accertamenti diagnostici (TAC, risonanze, radiologia tradizionale, ecografie, mammografie, colonscopie).

Per ogni prestazione **saranno** considerate, in relazione alla classe di priorità oggetto della ricetta, il tempo massimo di attesa con il relativo rispetto o meno della tempistica, la tracciatura dell'eventuale rifiuto dell'utente sulla prima disponibilità offerta dal CUP, l'entità del potenziale ritardo dove presente, l'impegno di strutture pubbliche o private accreditate, il confronto - nel caso di libera professione - del tempo di attesa confrontato con quello che sarebbe stato il corrispettivo di attesa nella scelta di regime SSN (non libero professionale), l'eventuale utilizzo delle prefetture con valutazione della loro efficacia (una prenotazione gestita con prefetto, resta sempre in un appuntamento nei tempi massimi previsti).

Il **cruscotto informativo** di PNLA rende disponibili in questa prima versione (novembre 2025) dedicata al Cittadino solo alcuni indicatori tra cui:

- il **numero totale** di prenotazioni;
- la **percentuale in ambito di garanzia** per classe di priorità;
- la **quota di prime disponibilità accettate** dall'assistito;
- la **distribuzione di utilizzo delle singole classi di priorità (U, B, D, P)**;
- il **tempo medio di accesso alle singole prestazioni** per ciascuna classe di priorità.

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

Il cruscotto sarà progressivamente aggiornato con nuovi contenuti e analisi nelle successive fasi implementative.

Prime considerazioni sulla Piattaforma

L'attivazione della Piattaforma è una delle misure previste dalla Legge di giugno 2024 (Legge 107/24 - Conversione in legge, con modificazioni, del **decreto-legge 7 giugno 2024, n. 73**, recante misure urgenti per la riduzione dei tempi delle liste di attesa delle prestazioni sanitarie), volta esplicitamente a ridurre i tempi di attesa. La norma contiene diverse misure, tra le quali, appunto, l'istituzione di una **"Piattaforma nazionale delle liste di attesa"**, per uniformare i dati delle regioni e informare il cittadino sui tempi di attesa per l'esame o la visita di cui ha bisogno.

Una prima versione della Piattaforma è stata pubblicata sul sito web di Agenas, l'Agenzia per i servizi sanitari regionali, il **25 giugno 2025, a circa un anno dall'approvazione** della Legge, un tempo lungo considerando l'urgenza del provvedimento.

Una prima osservazione sui dati forniti dalla Piattaforma è che essi appaiono molto limitati, fornendo solo i dati a livello **nazionale e non regionale** o di singola struttura, risultando poco utili per il cittadino e non soddisfacendo il bisogno informativo e di trasparenza necessari, inoltre per **ogni visita o esame vengono indicati al momento tre valori e non i tempi massimi:**

- entro quanti giorni viene effettuato il 25% delle prestazioni;
- entro quanti la metà di esse (quindi l'attesa mediana);
- entro quanti il 75% delle prestazioni.

La piattaforma, inoltre utilizza un **linguaggio statistico-tecnico** che risulta poco chiaro per il cittadino. L'Agenzia è impegnata per la piena funzionalità della Piattaforma Nazionale delle liste di attesa delle prestazioni sanitarie (PNLA) così come previsto dall'articolo 1 della Legge n. 107 del 24 luglio 2024. In particolare, in queste settimane AGENAS, in stretta collaborazione con i referenti del Ministero della salute, sta svolgendo una attività di audit e affiancamento di tutte le Regioni e Province Autonome in accordo con la Commissione Salute della Conferenza Stato-Regioni. Obiettivo comune è implementare la versione 2.0 della PNLA che prevede:

- l'invio da parte di Regioni e PPAA con cadenza giornaliera;
- l'adozione di un nuovo sistema di indicatori;
- una nuova veste grafica.

La nuova versione prevede il calcolo degli indicatori stratificati per Regione e PP.AA. e tra attività Ssn e attività privata (Libera Professione intramuraria). L'avvio della versione 2.0 è previsto per il mese di dicembre 2025. La versione di cui sopra sarà ulteriormente perfezionata (Versione 3.0) nell'arco del primo semestre 2026 quando le regioni avranno terminato il processo di adattamento dei propri sistemi di prenotazione per renderli pienamente interoperabili con la PNLA grazie a un finanziamento assicurato dal Ministero della Salute. A regime, quindi, tutte le Regioni e le Province Autonome conferiranno i dati in tempo reale.

Secondo i dati oggi disponibili nella Piattaforma si inizia dal numero totale delle prestazioni erogate da gennaio 2025 a settembre 2025 presso le strutture pubbliche e private accreditate sul territorio nazionale sia in regime istituzionale sia in regime libero professionale/intramoenia. Qui il primo elemento di criticità.

Questa impostazione, con dati aggregati, non consente di verificare l'equilibrio dei volumi tra l'attività istituzionale e quella intramoenia, operazione che risulterebbe per giunta superflua e priva di considerazioni conseguenti, senza il dettaglio delle singole strutture o quanto meno del livello locale o regionale. Viene meno pertanto un primo elemento di analisi e riflessione. La stessa impostazione viene riproposta per ciò che attiene al numero di prestazioni erogate il sabato e la domenica (disposizione prevista all'art. 4 comma 1 del DM 73/2024 convertito nella Legge 107/2024); vengono sommate le prestazioni in regime istituzionale con quelle in attività libero professionale. In ogni caso il numero di prestazioni erogate è di circa 1.201.000 rispetto al totale di 42.797.000, ovvero circa il 2,8%; sicuramente una percentuale significativa dovendo bilanciare l'aumento dell'offerta di prestazioni con la disponibilità dei professionisti sanitari.

Veniamo poi alle prime nette note dolenti. La Piattaforma mostra le percentuali di tutte le prenotazioni in cui il cittadino ha accettato la prima disponibilità. Riteniamo che questo indicatore rappresenti un elemento chiave nel monitoraggio dei tempi d'attesa, che risponde

allo spirito con cui è nato il monitoraggio stesso: consentire una analisi dello stato dell'arte per consentire di porre correttivi nell'offerta e nella governance generale. Dai dati risulta che le prestazioni accettate alla prima disponibilità, sono solamente il 40,6% per gli esami e il 34,5% per le visite. Ovvero rispettivamente: 4 cittadini su 10 e 3 cittadini su 10.

Sulla motivazione della mancata accettazione non vi è nota nel portale, nonostante sia un indicatore monitorato da alcune regioni, come **vedremo più avanti nel nostro accesso civico**; tuttavia sarebbe un dato molto interessante da analizzare. I motivi potrebbero essere diversi e conoscerli potrebbe fornire indicazioni preziose per individuare soluzioni. Certamente una motivazione potrebbe essere l'a attesa considerata eccessiva o incompatibile con le esigenze di cura o, ancora verosimilmente, un appuntamento per una data non possibile per altri impegni, oppure ancora, la proposta di un appuntamento in un ambito territoriale troppo distante. Arcinoto il problema dell'onere logistico e di impatto sulla vita quotidiana per i cittadini, spesso costretti a muoversi nell'ambito dell'intera regione per ottenere un appuntamento nei tempi previsti e utili al suo percorso diagnostico terapeutico.

Altro indicatore inserito nella Piattaforma è quello relativo alla **pre-lisa**, ovvero il numero di prenotazioni in cui il cittadino **non ha ricevuto immediatamente un appuntamento** ed è stato dunque inserito in questa lista per essere richiamato per una nuova data. Ad offrire una suggestione interessante non è il numero assoluto, quanto il grado di efficienza di questa pre-lista, ovvero la percentuale di prestazioni che hanno comunque rispettato i tempi massimi previsti dalla fascia di prenotazione: 36,1% per gli esami e 37,2% per le visite. Più o meno **4 cittadini su 10 ricevono prestazioni nei tempi massimi previsti**.

Analisi del rispetto dei tempi

Dai dati pubblicati dalla Piattaforma, appare una fotografia di un Servizio Sanitario Nazionale capace di **rispettare i tempi di attesa massimi** (stabiliti in base all'urgenza) solo per **metà delle prestazioni**. Per l'altra metà, la situazione è critica: nelle prestazioni d'urgenza, la quota di **prestazioni erogate nei tempi raggiunge il 75% solo in alcuni casi e, per le prestazioni meno urgenti, quasi nessuna raggiunge tale soglia**.

Riportiamo di seguito i dati delle dieci visite e dei dieci esami più comuni, rilevati per il mese di **aprile 2025** (aprile è il mese in cui storicamente la domanda è più elevata, così da mostrare la reazione del SSN in un momento di stress), distinguendo le prestazioni per le quattro classi di priorità, dalla più urgente (U-72 ore) alla meno urgente (P-120 giorni).

Priorità urgente (U):

Nelle prestazioni più urgenti le prestazioni (visite ed esami diagnostici) dovrebbero essere erogati entro 3 giorni. Per tutte le dieci visite più comuni, il tempo di attesa massimo viene rispettato almeno per il 50% dei cittadini. Tuttavia, solo in tre di queste visite la quota di prenotazioni in tempo arriva al 75%; si arriva facilmente a 10 giorni per una visita endocrinologica e geriatrica. Per gli esami la situazione peggiora: solamente 5 dei più comuni esami vengono erogati per tempo per almeno la metà delle prestazioni e la situazione permane la medesima per tre quarti delle prenotazioni. La situazione più critica riguarda la colonoscopia, per la quale il limite di tre giorni non viene nei fatti mai rispettato: la metà dei pazienti aspetta almeno 14 giorni e, per una visita su quattro, l'attesa è di almeno 105 giorni.

Tabella: Rispetto tempi d'attesa visite specialistiche

Tempi massimi esami diagnostici	Entro 72 ore			Entro 10 giorni			Entro 60 giorni			Entro 120 giorni		
	25%	50%	75%	25%	50%	75%	25%	50%	75%	25%	50%	75%
Percentuale soddisfazione tempi												
Cardiologica	1	2	6	7	10	20	19	40	93	22	61	153
Dermatologica	1	2	4	7	10	28	13	58	177	35	103	211
Endocrinologica	1	3	10	6	10	26	17	42	109	26	79	189
Geriatrica	1	3	10	6	10	29	20	50	125	19	78	173
Neurologica	1	2	7	6	10	26	14	32	93	21	70	152
Oculistica	0	1	3	6	9	21	20	48	150	28	108	238
Ortopedica	0	1	3	7	10	24	14	30	60	24	58	129
Otorinolaringoiatrica	0	1	3	6	9	19	15	33	70	23	63	112
Ginecologica	0	2	7	5	9	20	13	36	83	18	60	135
Urologica	0	2	5	6	10	22	15	37	96	28	86	172

Fonte: Elaborazione a cura di Cittadinanzattiva da Piattaforma nazionale delle liste di attesa

Tabella: Rispetto tempi d'attesa esami diagnostici

Tempi massimi esami diagnostici	Entro 72 ore			Entro 10 giorni			Entro 60 giorni			Entro 120 giorni		
	25%	50%	75%	25%	50%	75%	25%	50%	75%	25%	50%	75%
Percentuale soddisfazione tempi												
Colonoscopia totale	3	14	105	8	15	48	28	82	255	47	188	357
Eco(color)doppler cardiaca	1	4	24	6	10	20	17	43	85	22	63	175
Eco(color)doppler tronchi sovraortici	2	4	20	6	9	21	14	44	109	22	61	172
Ecografia ginecologica	0	2	6	5	9	24	14	43	91	15	59	158
Eco addome	1	2	4	6	9	18	11	32	69	15	43	138
Ecografia seno	1	3	6	5	9	20	14	49	156	25	86	260
Eltrocardiogramma dinamico	1	3	10	6	9	17	15	36	66	17	43	92
mammografia	1	2	8	5	8	16	11	40	147	16	74	260
Risonanza magnetica addome sup	3	8	20	6	12	33	15	40	83	27	74	137
Spirometria globale	2	6	34	6	10	29	14	42	94	30	98	203

Fonte: Elaborazione a cura di Cittadinanzattiva da Piattaforma nazionale delle liste di attesa

Priorità Breve (B)

Per la seconda classe di urgenza, in cui la visita o l'esame dovrebbe essere effettuato entro 10 giorni, la situazione peggiora. Colonoscopia e risonanza magnetica addome a parte, le prenotazioni vengono effettuata nei tempi previsti, sia per le visite che per gli esami per il 50% delle prestazioni. Tuttavia, per nessuna visita o esame i tempi sono rispettati in almeno tre casi su quattro (cioè nel 75% delle prenotazioni). Inoltre, per quanto riguarda le visite,

spesso ci si avvicina a 30 giorni di attesa, che è il triplo rispetto al limite massimo previsto e per gli esami si arriva quasi a 50 giorni (Colonscopia).

Priorità differibile D (30 giorni per visite – 60 giorni per esami diagnostici)

Per quanto riguarda la classe di “bassa urgenza”, per tutti gli esami più comuni, almeno la metà delle prestazioni rientra nei 60 giorni massimi, ma solo in una su 10 i tempi vengono rispettati almeno nel 75% dei casi (elettrocardiogramma dinamico). Le punte peggiori per colonscopia 255 giorni, ecografia al seno 156 giorni e mammografia 147 giorni. Nelle visite, per le quali il limite è di 30 giorni, la situazione peggiora: solo in un caso (visite ortopediche) i tempi sono rispettati in almeno metà delle prenotazioni, mentre in nessun caso la percentuale di visite in tempo raggiunge il 75%. Le attese più lunghe si registrano per le visite, oculistiche (150 giorni) e geriatriche (125 giorni), con picchi che superano i 170 giorni (dermatologiche - 177 giorni).

Priorità Programmabile P (120 giorni per visite ed esami diagnostici)

Il quadro delle prestazioni “non urgenti” e quindi programmabili è simile: per tutti gli esami (sempre esclusa la colonscopia) l’attesa mediana rientra nel limite di 120 giorni, ma solo per una visita (otorinolaringoiatrica) e un esame (elettrocardiogramma dinamico) il limite è rispettato nel 75% dei casi. I tempi appaiono davvero fuori controllo con attese di 238 giorni per una visita oculistica e 357 giorni per una colonscopia. Ecografia al seno e mammografia si confermano essere esami per i quali le attese vanno oltre i tempi massimi previsti per almeno i $\frac{3}{4}$ dei casi (260 giorni di attesa nel 75% delle prenotazioni per la mammografia).

3.3 ACCESSO CIVICO GENERALIZZATO SULLE LISTE D'ATTESA

Introduzione

Le **Liste d'Attesa** rappresentano oggi la principale barriera d'accesso al Servizio Sanitario Nazionale e il primo fattore di disuguaglianza nella tutela della salute. Il recente quadro normativo, definito dal decreto-legge n. 73/2024 (convertito nella Legge 107/2024) e dal Decreto Ministeriale del 17 febbraio 2025 sulla Piattaforma Nazionale, ha introdotto obiettivi ambiziosi: governare i tempi in modo uniforme, garantire l'interoperabilità dei CUP e, soprattutto, assicurare percorsi di tutela concreti per i cittadini.

Tuttavia, il rischio è che questi obiettivi rimangano "target tecnici" sulla carta senza tradursi in diritti esigibili. In questo contesto, l'accesso civico generalizzato (D.Lgs. 33/2013) non è un mero esercizio burocratico, ma uno strumento fondamentale di **monitoraggio civico** per verificare se la riforma si sta traducendo in un reale abbattimento delle barriere d'accesso.

Perché Cittadinanzattiva ha richiesto questi dati

Nonostante l'entrata in vigore delle nuove norme e l'istituzione della Piattaforma Nazionale, le informazioni a disposizione dei cittadini rimangono spesso frammentate o parziali. Cittadinanzattiva ha promosso questa istanza di accesso civico per rispondere a tre esigenze fondamentali:

- **Superare la logica del "dato medio":** Sapere che una Regione rispetta i tempi "in media" non basta. Attraverso la richiesta di dati sulle *classi di priorità* (U, B, D, P) e sui tempi effettivi, vogliamo capire se l'urgenza clinica viene realmente rispettata o se le etichette di priorità sono svuotate di significato.
- **Verificare l'esistenza dei "Percorsi di Tutela":** La legge prevede che, se il pubblico non rispetta i tempi, il cittadino abbia diritto alla prestazione in intramoenia o nel privato accreditato al costo del solo ticket. Le domande specifiche sui *meccanismi di monitoraggio* e sugli *atti formali* servono a svelare se le Regioni hanno attivato procedure automatiche o se il cittadino è lasciato solo a combattere per un suo diritto.
- **Misurare la capacità di rispondere alla domanda:** Chiedere la quota di *prime disponibilità accettate* e la percentuale di prestazioni offerte da erogatori privati nelle agende CUP serve a capire quanto il sistema pubblico sia ancora "universale" e quanto invece stia spingendo i cittadini verso l'esborso privato (out-of-pocket).

Questa indagine ha individuato degli indicatori specifici:

- **Percentuale di prenotazioni nei festivi/prefestivi:** Misura la reale accessibilità ed estensione del servizio, oltre gli orari amministrativi standard.
- **Tempi effettivi per classe di priorità:** È l'indicatore principale per verificare il rispetto dei tempi d'attesa.
- **Percorsi di tutela e modalità di comunicazione:** È la vera cartina di tornasole della trasparenza. Non basta che il percorso di tutela esista in una delibera; deve essere attivato per il cittadino nel momento in cui il CUP non trova posto.

Obiettivo dell'indagine

L'accesso civico promosso da Cittadinanzattiva mira a trasformare la percezione diffusa delle liste bloccate e delle lunghe liste d'attesa in un'analisi basata su evidenze. L'obiettivo è duplice:

1. **Accountability:** Costringere le amministrazioni a rendere conto non solo dei volumi di prestazioni, ma della capacità di garantire i tempi previsti dalla legge.
2. **Empowerment:** Fornire ai cittadini e alle associazioni dati certi per esigere l'applicazione dei percorsi di tutela, affinché il diritto alla salute non dipenda dalla capacità economica del singolo o dalla residenza geografica, ma sia garantito in modo equo e trasparente su tutto il territorio nazionale.

METODOLOGIA E CRITERI DI VALUTAZIONE – LISTE D'ATTESA

Per valutare in modo omogeneo le risposte delle Regioni all'istanza di accesso civico sulle **liste d'attesa**, Cittadinanzattiva ha adottato un metodo che tiene conto non solo della presenza formale di una risposta, ma anche della qualità informativa, della pertinenza rispetto ai sei quesiti specifici (dati su prenotazioni, tempi d'attesa, priorità, rapporto pubblico/privato) e della documentazione fornita sui percorsi di tutela.

L'obiettivo non è quello di stilare una "classifica", ma di rendere visibile, comparabile e valutabile il livello di trasparenza raggiunto nelle diverse aree del Paese rispetto a un tema cruciale per la salute dei cittadini: la garanzia dei tempi di accesso alle cure. L'analisi mira a verificare la trasparenza dell'intera filiera di gestione — dalla richiesta di prenotazione all'effettiva erogazione o presa in carico — identificando dove le amministrazioni dimostrino **accountability** (responsabilità civica) e dove invece prevalgano logiche burocratiche o difensive.

Poiché le risposte delle Regioni risultano molto eterogenee per forma (dai semplici rinvii normativi all'invio di dataset completi), si è scelto di adottare un modello di valutazione sintetico e immediatamente leggibile: il sistema dei "**Semafori**".

Questo sistema classifica l'esito dell'accesso civico incrociando tre dimensioni principali rilevate nelle schede analitiche: lo **Stato della risposta** (es. completa, parziale, interlocutoria), la **Pertinenza** rispetto all'istanza e la **Completezza dei dati**.

La valutazione attribuita (il colore del semaforo) non è quindi un giudizio generico sulla sanità regionale, ma una misura specifica del livello di trasparenza garantito in questa indagine, con l'obiettivo di rendere evidente dove il sistema di monitoraggio e tutela risulti attivo e verificabile e dove invece presenti zone di opacità.

Sulla base della sostanza della risposta e della disponibilità di dati o percorsi di tutela documentati, ogni Regione è stata classificata secondo le seguenti categorie:

● **SEMAFORO ROSSO (Bassa trasparenza / Risposta formale)** Assegnato alle Regioni che hanno fornito risposte esclusivamente giuridico-procedurali, interlocutorie o di rito, prive di qualsiasi dato quantitativo o contenuto sostanziale utile al cittadino (es. rinvii generici senza dati, richieste di chiarimenti strumentali).

(Esempio indicatori: Stato risposta "Interlocutoria/Di rito"; Pertinenza "Bassa"; Dati "Assenti").

● **SEMAFORO GIALLO (Trasparenza media / Risposta parziale)** Assegnato alle Regioni che hanno risposto in modo collaborativo e formalmente corretto, ma fornendo informazioni parziali, prive di dati numerici specifici (spesso rinviando a portali web generici) o limitandosi a citare la normativa senza allegare evidenze operative sui tempi effettivi.

(Esempio indicatori: Stato risposta "Parziale"; Pertinenza "Media"; Dati "Non pervenuti o incompleti").

● **SEMAFORO VERDE (Alta trasparenza / Risposta completa)** Assegnato alle Regioni che hanno fornito risposte esaustive, trasmettendo dati quantitativi (anche tramite allegati specifici), documentando chiaramente i percorsi di tutela attivi (es. Preliste, prese in carico) e dimostrando un'elevata accountability civica.

(Esempio indicatori: Stato risposta "Completa"; Pertinenza "Alta"; Dati "Presenti/Allegati").

✗ **NESSUNA RISPOSTA (Non valutabile)** Per le Regioni che non hanno fornito alcun riscontro formale all'istanza.

L'assenza di risposta rappresenta una criticità rilevante in termini di trasparenza amministrativa, poiché contrasta con la ratio dell'accesso civico generalizzato (D.Lgs. 33/2013) che prevede l'obbligo di riscontro.

Accanto al semaforo sintetico, nelle schede di dettaglio viene esplicitata la valutazione su dimensioni puntuali quali:

- **Completezza dati:** presenza di numeri su prenotazioni, classi di priorità e tempi.
- **Trasparenza:** accessibilità e chiarezza delle informazioni sui percorsi di tutela.
- **Accountability civica:** grado di assunzione di responsabilità verso la richiesta del cittadino.

SINTESI COMPARATIVA NAZIONALE – ACCESSO CIVICO CITTADINANZATTIVA 2025

Regione	Stato risposta	Pertinenza	Valutazione civica (Semaforo)	Note sintetiche
Abruzzo	Interlocutoria	● Bassa	● Rosso	Nessun dato trasmesso; risposta interlocutoria e non sostanziale.
Basilicata	Parziale	● Media	● Giallo	Risposta formale e corretta, ma senza dati numerici.
Calabria	Nessuna risposta	● –	● Rosso	Nessun riscontro per entrambe le Province autonome.
Campania	Parziale ma articolata	● Media	● Giallo	Rinvii a norme e portali, ma nessun dato puntuale.
Emilia-Romagna	Completa	● Alta	● Verde	Risposta modello, percorsi di tutela attivi e monitoraggio pieno.
Friuli Venezia Giulia	Formale/di diritto	● Bassa	● Rosso	Risposta giuridico-procedurale, priva di dati.
Lazio	Completa con allegati	● Alta	● Verde	Dati quantitativi e percorsi attivi; massima trasparenza.
Liguria	Interlocutoria	● Bassa	● Rosso	Nessun dato trasmesso; risposta interlocutoria e non sostanziale
Lombardia	Completa	● Alta	● Verde	Dati completi e governance chiara; riferimento nazionale.
Marche	Completa	● Alta	● Verde	Presa in carico formalizzata e tracciabile; alta accountability.
Molise	Nessuna risposta	● –	● Rosso	Nessun riscontro formale pervenuto.
Piemonte	Completa	● Alta	● Verde	Percorsi di tutela articolati e coerenti con PNGLA.
Puglia	Nessuna risposta	● –	● Rosso	Nessun documento ricevuto.
Sardegna	Parziale	● Media	● Giallo	Normativa aggiornata (DGR 30/17/24) ma nessun dato operativo.
Sicilia	Interlocutoria	● Media	● Giallo	Nessun dato numerico; in attesa del nuovo PRGLA 2024–2026.
Toscana	Completa	● Alta	● Verde	CUP 2.0, Preliste e trasparenza elevata.
Trentino-Alto Adige	Nessuna risposta	● –	● Rosso	Nessun riscontro per entrambe le Province autonome.
Umbria	Completa	● Alta	● Verde	Cruscotto digitale e PdT attivi; forte trasparenza.
Valle d'Aosta	Completa	● Alta	● Verde	Lista di galleggiamento attiva; risposta pienamente trasparente.
Veneto	Nessuna risposta	● –	● Rosso	Nessun riscontro formale pervenuto.

RIEPILOGO SINTETICO NAZIONALE – ACCESSO CIVICO CITTADINANZATTIVA 2025

Categoria di risposta	Numero Regioni (su 15)	% sul totale delle Regioni che hanno risposto	Descrizione sintetica
● Risposta completa / trasparente	8	53%	Risposte esaustive, con dati e documentazione allegata; percorsi di tutela attivi e tracciati (es. Emilia-Romagna, Toscana, Lazio, Marche, Lombardia, Umbria, Piemonte, Valle d'Aosta).
● Risposta parziale / interlocutoria	4	27%	Risposte formali ma prive di dati quantitativi o incomplete rispetto ai quesiti (es. Basilicata, Campania, Sardegna, Sicilia,).
● Risposta solo formale / priva di contenuti	3	20%	Risposte giuridico-procedurali senza informazioni sostanziali (es. Friuli Venezia Giulia, Abruzzo, Liguria).
○ Nessuna risposta (non pervenuta)	6 (su 21 totali)	25% sul totale delle Regioni italiane	Nessun riscontro da Calabria, Molise, Puglia, Veneto, Trentino-Alto Adige e P.A. Bolzano.

SCHEDE REGIONALI ANALITICHE

ABRUZZO

Stato della risposta: Interlocutoria e di chiarimento preliminare

Pertinenza rispetto all'istanza: Media (formale ma non sostanziale)

Valutazione civica (semaforo): Rosso

Contenuti principali

- La Regione Abruzzo, tramite il **Dipartimento Sanità – Servizio Sanità Digitale, Investimenti e Territorio (DPF025)**, ha inviato un **riscontro formale** all'istanza di Cittadinanzattiva (prot. RA 306788/25 del 23/07/2025).
- La comunicazione, non fornisce dati né allegati, ma **chiede chiarimenti metodologici** sui punti dell'istanza prima di procedere con eventuali elaborazioni.
- Il documento sottolinea le **difficoltà operative dovute alla fase di transizione** tra il vecchio Piano Nazionale di Governo delle Liste d'Attesa (2019–2021) e il nuovo Piano Nazionale in corso di definizione con AGENAS.

Risposte sintetiche per punto

Punto	Oggetto	Risposta / Osservazione
1	Numero totale di prenotazioni	La Regione chiede se il calcolo debba basarsi sulle "chiavi di prenotazione" del flusso PNGLA.
2	Prenotazioni in giorni festivi/prefestivi	Non sono informazioni attualmente monitorate; si chiede se elaborare statistiche ad hoc.
3	Prime disponibilità accettate	Stessa situazione del punto 2: non oggetto di valutazione nel vigente PNGLA.
4	Percentuali per classe di priorità (U/B/D/P)	La Regione chiede se i dati vadano forniti per ASL o aggregati su base regionale.
5	Tempi effettivi di erogazione	Si chiede se considerare i tempi calcolati sulle prenotazioni o sulle prestazioni effettivamente erogate.
6	Percentuale di prestazioni pubblico/privato accreditato in agenda	Non indicata

Considerazioni generali della Regione

- **Tempistiche:** La Regione non può fornire un riscontro puntuale nei **30 giorni previsti per legge** e chiede conferma dei punti per poter effettuare le elaborazioni necessarie.
- **Contesto Normativo:** Si sottolinea che l'attuale situazione, con i tavoli in corso tra **Agenas e le Regioni e la fase di elaborazione del nuovo Piano Nazionale di Governo delle Liste di Attesa**, con la conseguente **vigenza della modalità di monitoraggio definita in coerenza con il precedente Piano nazionale 2019-2021**, non facilita il reperimento dei dati/informazioni richiesti.

Punti di forza

- **Risposta tempestiva** e collaborativa.
- **Disponibilità espressa** a fornire i dati successivamente, previa definizione delle specifiche richieste.

Criticità

- **Assenza totale di dati quantitativi o qualitativi.**
- Comunicazione esclusivamente di natura procedurale.

- Mancanza di riferimenti ai percorsi di tutela o ai flussi CUP

Cosa manca

- Qualsiasi elaborazione statistica sui punti 1–6 dell'istanza.
- Chiarezza sui sistemi di monitoraggio regionale e sui tempi medi effettivi.
- Trasparenza sui percorsi di tutela attivi (PdT o CUP regionale).

Valutazione complessiva

Dimensione	Valutazione
Stato della risposta	Interlocutoria
Pertinenza	Media
Completezza dati	Nulla
Trasparenza	Formale
Accountability civica	Assente
Semaforo finale	ROSSO – Risposta solo procedurale, senza dati o contenuti sostanziali

BASILICATA

Stato della risposta: parziale

Pertinenza rispetto all'istanza: Media (informativa, ma senza dati allegati)

Valutazione civica (semaforo): Giallo

Contenuti principali

- La Regione Basilicata ha risposto formalmente all'istanza di accesso civico di Cittadinanzattiva (prot. n. 0173401 del 23/07/2025), fornendo un **riscontro** prevalentemente esplicativo.
- La nota chiarisce che la **Piattaforma AGENAS**, prevista dal **D.M. 17 febbraio 2025, non è ancora pienamente operativa** e che sono in corso i tavoli tecnici tra AGENAS e Regioni per la messa a regime della reportistica nazionale.
- La Regione conferisce comunque **mensilmente ad AGENAS** i dati relativi alle prenotazioni, secondo quanto previsto dal decreto.
- I dati consultabili fanno ancora riferimento al **PNGLA 2019–2021**, tuttora vigente, e sono **pubblicati sul portale “Amministrazione Trasparente” della Regione**.

Risposte sintetiche per punto

Punto	Oggetto	Risposta / Stato
1	Numero totale di prenotazioni	Dati conferiti mensilmente ad AGENAS; consultabili sul sito regionale (Amministrazione Trasparente).
2	Prenotazioni in giorni festivi/prefestivi	Non oggetto di monitoraggio; nessuna elaborazione statistica prodotta.
3	Prime disponibilità accettate dagli assistiti	Non oggetto di valutazione; non sono disponibili dati strutturati.
4	Percentuale per classe di priorità (U/B/D/P)	Pubblicate sul sito regionale in coerenza con l'Accordo Stato-Regioni del 25/01/2024.
5	Tempi effettivi di erogazione	Disponibili solo i tempi calcolati sulle prenotazioni; non disponibili quelli sulle prestazioni effettivamente erogate.

Punto	Oggetto	Risposta / Stato
6	Percentuale di prestazioni pubblico/privato accreditato in agenda	Tutte (100%) le prestazioni delle strutture pubbliche e accreditate confluiscono nel sistema CUP regionale.

Punti di forza

- Risposta formale e precisa nei riferimenti normativi.
- Indicazione puntuale del **canale pubblico di pubblicazione dei dati** (sito Amministrazione Trasparente).
- Disponibilità a collaborare e a fornire ulteriori dati una volta operativa la piattaforma AGENAS.

Criticità

- Nessun dato quantitativo allegato all'istanza.
- Assenza di indicatori aggiornati per il 2025.
- Mancanza di descrizione o evidenza dei **percorsi di tutela (PdT)** per i cittadini.

Cosa manca

- Pubblicazione dei dati aggiornati (2025) estratti dal nuovo flusso PNGLA.
- Dati disaggregati per classe di priorità e per Azienda sanitaria.
- Informazioni pubbliche e verificabili sui **percorsi di tutela** attivi e sul loro funzionamento.

Valutazione complessiva

Dimensione	Valutazione
Stato della risposta	⚙️ Parziale (formale)
Pertinenza	🟡 Media
Completezza dati	⚠️ Parziale
Trasparenza	🟡 Adeguata ma non sostanziale
Accountability civica	🔴 Limitata
Semaforo finale	🟡 GIALLO – Risposta formalmente corretta, ma senza dati concreti allegati

CAMPANIA**Stato della risposta:**  Parziale ma formalmente articolata**Pertinenza rispetto all'istanza:**  Media**Valutazione civica (semaforo):**  Giallo**Contenuti principali**

- Risposta inviata dal **Direttore Generale per la Tutela della Salute e il Coordinamento del SSR** in data **7 agosto 2025** (prot. 0381485/2025).
- Riconoscimento esplicito dell'istanza e risposta articolata punto per punto (1–6).
- Conferma della **trasmissione periodica dei dati ad Agenas** come previsto dal DM 17 febbraio 2025.
- Precisa che la **piattaforma Agenas** "non risulta, allo stato, pienamente implementata" e che i dati consolidati non sono ancora disponibili.
- Viene chiarito che il **PNGLA 2019–2021** è ancora vigente, in attesa del nuovo piano.

Risposte sintetiche per punto:

Punto	Oggetto	Risposta
1	Numero totale di prenotazioni	Dati consultabili sul sito regionale ("Amministrazione Trasparente – Liste d'attesa").
2	Prenotazioni nei giorni festivi/prefestivi	Non oggetto di monitoraggio, nessuna reportistica dedicata.
3	Prime disponibilità accettate	Non monitorate, dato non disponibile.
4	Percentuale per classi di priorità (U/B/D/P)	Dati disponibili sul sito regionale.
5	Tempi effettivi di erogazione	Disponibili solo se calcolati sulle prenotazioni; non disponibili per le prestazioni erogate.
6	Percentuale pubblico/privato accreditato in agenda	Tutte le strutture integrate nel CUP tranne 2 strutture non ancora migrate, ma il dato percentuale non è oggetto di monitoraggio.

Percorsi di tutela (punto 7 dell'istanza)Riferimento ai **Decreti del Commissario ad Acta**:

- DCA n. 52 del 4/07/2019 – *Piano regionale di governo delle liste d'attesa*
- DCA n. 23 del 24/01/2020 – *Integrazione del Piano e definizione dei percorsi di tutela*

Le misure previste includono:

- Apertura delle strutture in **fasce serali e weekend** per ridurre i tempi d'attesa.
- **Ottimizzazione dell'uso delle apparecchiature diagnostiche** (almeno 80% capacità produttiva).
- **Aggiornamento degli ambiti territoriali di garanzia per le prestazioni di primo accesso**.
- **Progetti mirati** (finanziati con il 5% della L. Balduzzi) per ridurre i tempi di prenotazione.
- **Possibilità di erogare prestazioni aggiuntive in ALPI**, a carico dell'Azienda e non del cittadino.

I percorsi sono **formalizzati a livello aziendale** e pubblicati sui portali online dedicati alle liste d'attesa.**Punti di forza**

- Risposta **completa sul piano formale**, con protocolli, firme digitali e riferimenti normativi puntuali.
- **Percorsi di tutela regionali ben strutturati**, allineati ai principi del PNGLA.
- Chiarezza nel distinguere le diverse tipologie di dati (prenotazioni vs prestazioni erogate).

Criticità

- **Assenza di dati numerici** allegati o estratti.
- Mancanza di trasparenza su indicatori quantitativi (punti 2, 3 e 6 non coperti).
- La risposta si limita a “rinvii” a siti web e atti normativi senza allegare tabelle o dataset.

Cosa manca

- Dati effettivi su prenotazioni e tempi di attesa.
- Percentuali pubblico/privato realmente utilizzate.
- Descrizione di **strumenti di comunicazione diretta ai cittadini** (call center, URP, modulistica per segnalazioni).
- Evidenza di **monitoraggio dei percorsi di tutela** e loro efficacia.

Valutazione complessiva

Dimensione	Valutazione
Stato della risposta	Parziale ma formalmente articolata
Pertinenza	Media
Completezza dati	Limitata
Trasparenza	Sufficiente
Accountability civica	Parziale
Semaforo finale	GIALLO – risposta collaborativa nell'impostazione, ma non sostanzialmente trasparente

EMILIA-ROMAGNA**Stato della risposta:** Completa e articolata**Pertinenza rispetto all'istanza:** Alta**Valutazione civica (semaforo):** Verde**Contenuti principali**

- Risposta formale e dettagliata della **Direzione Generale Cura della Persona, Salute e Welfare – Settore Assistenza Territoriale, 23 luglio 2025**.
- Copertura puntuale dei **sei punti principali** dell'istanza di accesso civico, più una parte finale dedicata ai **percorsi di tutela**.
- Chiarimento tecnico-amministrativo su quali dati siano disponibili e su quali ancora in fase di consolidamento, con esplicito riferimento al decreto **17 febbraio 2025** e al **PNGLA 2019-2021** tuttora vigente.
- Richiamo al sito regionale **tdaer.it**, dove sono pubblicati i dati ufficiali per ambito territoriale (ATS e AUSL) e le modalità di comunicazione ai cittadini.

Risposte sintetiche per punto

Punto	Oggetto	Risposta della Regione
1	Numero totale di prenotazioni	Dati consultabili sul sito regionale <i>tdaer.it</i> , per ciascun ambito territoriale.
2	Prenotazioni nei giorni festivi/prefestivi	Non oggetto di valutazione; non vengono prodotte elaborazioni statistiche.
3	Prime disponibilità accettate	Dato non monitorato; non sono disponibili elaborazioni.
4	Percentuale per classi di priorità (U/B/D/P)	Dati pubblicati sul sito <i>tdaer.it</i> , in linea con l'Accordo Stato-Regioni del 25/01/2024.
5	Tempi effettivi di erogazione	Se calcolati <i>sulle prenotazioni</i> → dati online. Se calcolati <i>sulle prestazioni erogate</i> → non ancora consolidati nel database ASA.
6	Percentuale pubblico/privato accreditato in agenda	Tutte le prestazioni (100%) offerte da strutture pubbliche e private accreditate sono gestite dal sistema CUP.

Percorsi di tutela

- La Regione richiama la **DGR n. 620 del 15 aprile 2024** (“*Interventi straordinari e linee di indirizzo per la riorganizzazione dell'assistenza specialistica per il contenimento dei tempi d'attesa: prima fase attuativa*”).
- Viene ribadito il **divieto per le Aziende sanitarie di chiudere le agende di prenotazione** e l'obbligo di garantire continuità prenotativa.
- Si è rafforzata la centralità del CUP, la necessità di assicurare un ampio orizzonte temporale di apertura delle agende e di prevedere **“agende di garanzia”** che si aprono in caso di difficoltà a rispettare i tempi con le disponibilità ordinarie
- Introduzione della **“Prelista”** come strumento di garanzia per i casi in cui il cittadino non riesca ad ottenere prenotazione nei tempi previsti: il cittadino viene registrato e ricontattato dall'Azienda con un appuntamento utile a rispettare la priorità clinica.
- Le informazioni e i moduli relativi ai **percorsi di tutela alternativi** sono disponibili su *tdaer.it* e sui siti delle Aziende sanitarie locali.

Punti di forza

- Risposta **tecnicamente precisa e completa**, con fonti e atti normativi puntuali.
- Introduzione di strumenti operativi coerenti con la norma (Prelista, agende di garanzia).
- Riferimenti chiari ai siti istituzionali e ai canali informativi per i cittadini.
- Governance integrata CUP-Agenas con monitoraggio continuo dei tempi di attesa.

Criticità

- Mancanza di **dati numerici allegati** (rinvio a portali esterni).
- Nessuna elaborazione su **festivi/prefestivi e prime disponibilità accettate**.
- Dati sui **tempi di erogazione effettivi** ancora in fase di consolidamento.
- Assenza di una descrizione specifica dei **canali di contatto URP o sportelli di tutela**.

Cosa manca

- Allegato con i dati 2025 richiesti (prenotazioni, classi di priorità, tempi per classe).
- Informazioni su comunicazione diretta al cittadino (lettere, sms, email di recall).

Valutazione complessiva

Dimensione	Valutazione
Stato della risposta	Completa
Pertinenza	Alta
Completezza dati	migliorabile
Trasparenza	Alta
Accountability civica	Elevata
Semaforo finale	VERDE – risposta coerente, trasparente e orientata al cittadino

FRIULI VENEZIA GIULIA

Stato della risposta: Di rito / formale

Pertinenza rispetto all'istanza: Bassa

Valutazione civica (semaforo): Rosso

Contenuti principali

- Risposta Direttore UOS Bilancio e Coordinamento Strategico – Direzione Centrale Salute.
- L'amministrazione **non fornisce dati né documenti aggiuntivi**, limitandosi a una spiegazione di principio sulle condizioni dell'accesso civico generalizzato; rispetto ai percorsi di tutela ritiene che la richiesta non rientri nelle fattispecie prevista dall'accesso civico.
- Si precisa che l'istanza “può riguardare esclusivamente dati e documenti già detenuti e non pubblicati” e che l'Amministrazione “non è tenuta a creare nuovi documenti, rielaborare dati grezzi o anticipare informazioni non ancora validate”.
- L'argomentazione è dunque di carattere **giuridico-procedurale**, non di merito rispetto alle informazioni richieste da Cittadinanzattiva.

Risposte sintetiche per punto

Punto	Oggetto	Risposta della Regione
1–6	Tutti i quesiti relativi a prenotazioni, priorità, tempi e percorsi di tutela	Non vengono forniti dati. Si afferma che l'amministrazione non è tenuta a produrre elaborazioni ad hoc.
—	Canali informativi disponibili	Si rinvia alla Piattaforma Nazionale Liste d'Attesa (PNLA) di Agenas e ai siti delle Aziende sanitarie.
—	Ulteriori iniziative regionali	La Regione dichiara di essere “in corso di elaborazione di uno specifico sistema regionale”, ma “ancora in fase embrionale”.

Punti di forza

- Risposta **correttamente protocollata e firmata digitalmente**.
- Chiarezza nella distinzione dei livelli di responsabilità (nazionale → regionale → aziendale).
- Indicazione dei canali di pubblicazione già esistenti (PNLA e portali aziendali).

Criticità

- **Nessun dato o documento allegato** relativo ai punti richiesti.
- Interpretazione **restrittiva e difensiva** dell'accesso civico generalizzato.
- Rinvio a siti generici senza garantire accessibilità diretta ai dataset regionali.
- Nessuna menzione dei **percorsi di tutela** o di strumenti per la presa in carico dei cittadini.

Cosa manca

- Dati quantitativi o indicatori richiesti (prenotazioni, classi di priorità, tempi medi, ecc.).
- Documentazione su **percorsi di tutela** e modalità di comunicazione.
- Trasparenza proattiva: la Regione non pubblica alcun riepilogo sintetico aggiornato.

Valutazione complessiva

Dimensione	Valutazione
Stato della risposta	Formale / di rito
Pertinenza	Bassa
Completezza dati	Nulla
Trasparenza	Insufficiente

Accountability civica	 Assente
Semaforo finale	 ROSSO – risposta esclusivamente giuridico-formale, priva di contenuto informativo

LAZIO

Stato della risposta: Completa e con allegati

Pertinenza rispetto all'istanza: Molto Alta

Valutazione civica (semaforo): Verde

Contenuti principali

- Risposta ufficiale trasmessa dal **Dipartimento Salute e Integrazione sociosanitaria – Direzione Regionale Salute**, prot. n. **U.0818776** dell'8 agosto 2025.
- Include un **allegato Excel/PDF** ("Tempo medio di attesa") con oltre 100 prestazioni ambulatoriali e diagnostiche.
- I dati coprono l'intero **primo semestre 2025**, articolati per **classe di priorità (Urgente, Breve, Differibile, Programmata)** e **tempo medio di attesa (in giorni)**.
- L'allegato rappresenta un dataset completo e aggiornato, in linea con il punto (5) dell'istanza di accesso civico.

Punto	Oggetto	Risposta della Regione
1	Numero totale di prenotazioni	2.348.061 prestazioni di specialistica ambulatoriale, erogate da strutture sia pubbliche che private accreditate nella Regione Lazio ¹
2	Prenotazioni nei giorni festivi/prefestivi	Circa il 4% del totale delle prestazioni prenotate
3	Prime accettate disponibilità	Riporta la motivazione di rifiuto: (dopo l'attivazione della nuova funzionalità C.R.M) <ul style="list-style-type: none"> "RICHIESTA STRUTTURA SPECIFICA": 26% "DATA NON POSSIBILE PER IL CITTADINO": 22% "STRUTTURA TROPPO DISTANTE" (rifiuto nella propria ASL): 6% Altre motivazioni (es. richiesta data specifica, struttura non gradita): Circa il 19%
4	Percentuale per classi di priorità (U/B/D/P)	<ul style="list-style-type: none"> Classe U (Urgente): 0,25% Classe B (Breve): 11% Classe D (Differibile): 35% Classe P (Programmata): 54%
5	Tempi effettivi di erogazione	Vedi tabella sotto: esempi estratti dall'allegato*
6	Percentuale pubblico/privato accreditato in agenda	<ul style="list-style-type: none"> Strutture pubbliche: 100%. Strutture private accreditate: 99%. Il numero di agende messe a disposizione sul ReCup è passato da 338 (da gennaio 2024) a 11.152 (attualmente), con circa 4,8 milioni di prestazioni disponibili

*Tempi effettivi di erogazione: **esempi estratti dall'allegato:**

Prestazione	U	B	D	P
Colonoscopia totale	5,3	50,17	132,50	158,20
Mammografia bilaterale	8,38	30,75	76,58	99,78
Eco(color)doppler cardiaco	3,9	31,68	92,14	121,07
Prima visita ginecologica	7,12	15,91	41,51	56,90
Prima visita neurologica	4,85	29,22	66,68	82,00

Percorsi di tutela

- **Normativa e Attivazione:** I percorsi di garanzia sono stati attivati per garantire l'accesso alle prestazioni se l'utente non trova disponibilità entro i tempi di priorità prescritti. Nel 2025, il percorso è stato **informatizzato e uniformato**, normato dalla DGR n. 150 del 20/03/2025
- **Il "Pass" di Garanzia:** Il portale <https://passdigaranzia.regenze.lazio.it/> è attivo da **giugno 2025¹⁶**. Il cittadino ha diritto al "pass" se non è disponibile un appuntamento entro i tempi di garanzia per almeno una prestazione nella ricetta all'interno del proprio ambito di riferimento.
- **Monitoraggio:** È stata introdotta una componente denominata **CRM (Customer Relationship Management)**, che traccia le fasi del processo, gestisce i contatti e le comunicazioni con i cittadini, e fornisce un sistema di monitoraggio delle attività.
- **Comunicazione e Gestione del Percorso (dopo l'attivazione del "Pass"):**
 1. Il cittadino che riceve una proposta di data fuori dai tempi di garanzia acquisisce il diritto al "pass" e riceve le istruzioni per attivarlo.
 2. Dopo l'attivazione, il cittadino viene informato dell'inserimento in lista di garanzia e della presa in carico da parte dell'ASL di assistenza.
 3. L'ASL cerca la disponibilità della prestazione.
 4. Se disponibile nei tempi di garanzia, il cittadino riceve una proposta di appuntamento.
 5. **Tempi massimi per la proposta di appuntamento da parte delle ASL:**
 - Classe **B** (Breve): **due giorni lavorativi**.
 - Classe **D** (Differibile): **dieci giorni lavorativi**.
 - Classe **P** (Programmata): **trenta giorni lavorativi**.

Se il cittadino accetta la proposta, il "pass" è chiuso come "Gestito"; in caso contrario, è chiuso e decade il diritto alla prestazione. Se la proposta è oltre i tempi massimi garantiti, il cittadino può rifiutare e rimanere in lista.

Punti di forza

- **Dati completi e trasmessi in formato leggibile**, un unicum tra le Regioni.
- **Copertura ampia di prestazioni** (visite, diagnostica, imaging, endoscopie, ecc.).
- Coerenza con le richieste specifiche dell'istanza (punti 1–6).
- Evidenza di **percorsi di tutela attivi e formalizzati**.

Criticità

- L'allegato riporta **solo tempi medi**; mancano i dati su **volumi totali di prenotazioni/erogazioni**.
- Non è indicato se le tempistiche siano calcolate sulle **prenotazioni** o sulle **prestazioni effettivamente erogate**.
- Mancano informazioni sui **canali di comunicazione pubblica** dei dati (link non indicato nel documento).

Cosa manca

- Pubblicazione in formato **open data** del dataset allegato.
- Indicatori di **variabilità territoriale (per ASL o AOU)**.

Valutazione complessiva

Dimensione	Valutazione
Stato della risposta	<input checked="" type="checkbox"/> Completa con allegati
Pertinenza	<input type="radio"/> Molto Alta
Completezza dati	<input type="radio"/> Ottima (dataset allegato)
Trasparenza	<input type="radio"/> Alta
Accountability civica	<input type="radio"/> Elevata
Semaforo finale	<input type="radio"/> VERDE – risposta pienamente rispondente e trasparente, con dati concreti

LIGURIA**Stato della risposta:** Interlocutoria**Pertinenza rispetto all'istanza:** Media (formale ma non sostanziale)**Valutazione civica (semaforo):** Rosso**Contenuti principali**

- La Direzione Generale ha immediatamente interpellato la **Responsabile unica regionale dell'assistenza sanitaria (RUAS)**, una figura prevista dal D.L. 73/2024.
- La RUAS sta attualmente **raccogliendo i dati necessari** per rispondere ai numerosi e complessi quesiti presentati nell'istanza³.
- La Direzione si impegna a **inviare i dati che saranno disponibili "appena possibile"**. In sostanza, la Regione Liguria non fornisce i dati richiesti immediatamente, ma comunica di essere in fase di raccolta e di aver incaricato la RUAS di preparare il riscontro, che sarà inviato non appena pronto⁵

Risposte sintetiche per punto

Punto	Oggetto	Risposta della Regione
1	Numero totale di prenotazioni	Non dichiarati
2	Prenotazioni in giorni festivi/prefestivi	Non dichiarati
3	Prime disponibilità accettate	Non dichiarati
4	Percentuali per classi di priorità (U/B/D/P)	Non dichiarati
5	Tempi effettivi di erogazione	Non dichiarati
6	Rapporto pubblico/privato accreditato	Non dichiarati

Percorsi di tutela

Non dichiarati

Punti di forza

- **Risposta tempestiva**
- Attivazione del RUAS
- Impegno e proattività

Valutazione complessiva

Dimensione	Valutazione
Stato della risposta	Formale / di rito
Pertinenza	Bassa
Completezza dati	Nulla
Trasparenza	Insufficiente
Accountability civica	Assente
Semaforo finale	ROSSO – risposta esclusivamente giuridico-formale, priva di contenuto informativo

LOMBARDIA

Stato della risposta: Completa, con dati e riferimenti normativi

Pertinenza rispetto all'istanza: Alta

Valutazione civica (semaforo): Verde

Contenuti principali

- Risposta formale e completa, trasmessa con **provvedimento di accoglimento totale** dell'istanza (art. 5, c. 6, D.Lgs. 33/2013).
- Fornisce **dati quantitativi aggiornati** al periodo **gennaio–giugno 2025**, articolati per ciascun punto dell'istanza (1–6).
- Allegato tecnico con il dettaglio normativo e procedurale dei **percorsi di tutela** (circolare G1.2024.0013957).
- L'insieme costituisce una risposta **esemplare** in termini di trasparenza, completezza e responsabilità civica.

Risposte sintetiche per punto

Punto	Oggetto	Risposta della Regione
1	Numero totale di prenotazioni	4.488.797 prenotazioni nel periodo gennaio–giugno 2025.
2	Prenotazioni in giorni festivi/prefestivi	3% del totale.
3	Prime disponibilità accettate	Dato non ancora disponibile : il sistema CUP Unico è in fase di implementazione, con l'obiettivo di integrare in tempo reale le prime disponibilità.
4	Percentuali per classi di priorità (U/B/D/P)	U: 1,77% – B: 9,50% – D: 20,06% – P: 68,67% .
5	Tempi medi di attesa per classe di priorità	U: 2,81 giorni – B: 10,70 – D: 32,12 – P: 56,72 .
6	Percentuale pubblico/privato accreditato in agenda	EEPA (privati accreditati): 76% – EEP (pubblici): 61% . Il dato si riferisce alla totalità delle agende, non solo a quelle dedicate alle prestazioni PNGLA

Percorsi di tutela

- Regolati da una **struttura normativa consolidata**:
 - DGR XI/1865/2019, DGR XI/5747/2021, DGR XII/3720/2024.
 - **Circolare G1.2024.0013957 (15/04/2024)**: chiarisce il funzionamento operativo dei percorsi di tutela.
- Principi chiave:
 - Se la struttura non può garantire la prestazione nei tempi previsti, **deve individuare altra struttura** (pubblica o privata accreditata) disponibile.
 - In caso di ulteriore indisponibilità, **l'ente erogatore deve garantire la prestazione in ALPI (libera professione intramuraria)**, con oneri a carico dell'Azienda (il cittadino paga solo il ticket).
 - Se il cittadino rifiuta un'offerta nei tempi previsti, **perde il diritto** al percorso di tutela.

Procedure in caso di indisponibilità sul territorio ATS (ribadito con DGR XII/3720/2024):

- Inserire il cittadino in lista di attesa predisposta da ciascun Ente27.
- Programmare l'appuntamento entro i tempi previsti dalla classe di priorità.
- Informare il cittadino autonomamente o con il supporto del CCR (Centro di Coordinamento Regionale)

- **Monitoraggio:** tramite sistemi di **business intelligence** regionali per verificare in tempo reale le prese in carico e il rispetto delle priorità cliniche.
- **Comunicazione ai cittadini:** pagina dedicata su regione.lombardia.it con sezione “**Percorso di tutela**”.

Punti di forza

- **Dati quantitativi completi e recenti**, un caso virtuoso di rendicontazione civica.
- Normativa e procedure chiare e consolidate.
- **Percorsi di tutela operativi**, con responsabilità definite e monitoraggio automatico.
- Forte orientamento alla trasparenza e al diritto di accesso.

Criticità

- Mancanza del dato sulle **prime disponibilità accettate** (ancora in implementazione CUP Unico).
- Non è specificata la **distribuzione territoriale** (ATS, ASST, IRCCS) dei dati.
- Necessario aggiornamento più frequente dei tempi medi (oggi semestrale).

Cosa manca

- Dati territoriali disaggregati e pubblicazione in formato open data.

Valutazione complessiva

Dimensione	Valutazione
Stato della risposta	Completa e documentata
Pertinenza	Alta
Completezza dati	Ottima
Trasparenza	Elevata
Accountability civica	Esemplare
Semaforo finale	VERDE – risposta modello per trasparenza, dati concreti e governance solida

MARCHE**Stato della risposta:** Completa, articolata e documentata**Pertinenza rispetto all'istanza:** Alta**Valutazione civica (semaforo):** Verde**Contenuti principali**

- Risposta formale, protocollata dal **Dipartimento Salute della Giunta Regionale** e redatta dall'**Agenzia Regionale Sanitaria (ARS)**.
- Fornisce **risposte puntuale a tutti i sei punti dell'istanza** e allega documentazione di dettaglio sui **percorsi di tutela (presa in carico)**.
- Dimostra **elevato livello di trasparenza e accountability**, con chiara articolazione dei dati, dei riferimenti normativi e delle modalità operative di tutela dei cittadini.

Risposte sintetiche per punto

Punto	Oggetto	Risposta della Regione
1	Numero totale di prenotazioni	986.767 nel periodo gennaio–giugno 2025.
2	Prenotazioni in giorni festivi/prefestivi	7,7% sul totale.
3	Prime disponibilità accettate	83,2% accettate sul totale proposte.
4	Percentuali per classe di priorità (U/B/D/P)	U: 4,1% – B: 12,8% – D: 18,2% – P: 23,1% .
5	Tempi effettivi di erogazione	Dati pubblicati mensilmente sul portale regionale: ex-ante (prenotazioni) ed ex-post (erogazioni).
6	Percentuale pubblico/privato accreditato in agenda	100% delle prestazioni pubbliche e private accreditate disponibili nel CUP regionale.

Percorsi di tutela

- Percorso di "Presa in Carico" (PIC): La Regione ha introdotto un percorso di "presa in carico" (PIC) nei casi in cui non si abbia la disponibilità della prestazione richiesta in prima chiamata.
- Meccanismo della PIC: Il cittadino viene "preso in carico" e ricontattato dall'Azienda Sanitaria di residenza, che gli fornirà l'appuntamento con una tempistica che rispetti la priorità definita dalla prescrizione.
 - Tempi per la **"presa in carico"**
 - B → entro **5 giorni**
 - D (visite) → entro **15 giorni**
 - D (diagnostica) → entro **30 giorni**
 - P → entro **90 giorni**
 - senza priorità → entro **150 giorni**
 - I riferimenti per ciascuna **AST** (Pesaro Urbino, Ancona, Macerata, Fermo, Ascoli Piceno, AOU Marche, INRCA) sono esplicitati con **numeri, email e PEC dedicate**

Atti normativi

- Atti Normativi:
 - Delibera n. 380/2019: Ha istituito i percorsi di tutela.
 - DGR n. 504 del 03 aprile 2024: Ha effettuato il Piano Operativo Regionale 2024 per il recupero e miglioramento delle liste d'attesa.
 - DGR del 30 settembre 2024: Ha istituito l'Unità Centrale di Gestione dell'Assistenza Sanitaria (UCGLA).
 - Delibera n. 231/2025: Ha introdotto il manuale RAO, che definisce criteri clinici chiari per tempi di attesa differenziati e accesso equo.
 - Decreto ARS n. 14/2025: Stabilisce linee guida per la prenotazione e l'erogazione delle prestazioni ambulatoriali urgenti (Classe U) da effettuare entro 72 ore

Monitoraggio

- **Dashboard interattiva regionale** con indicatori ex-ante/ex-post.
- **Verifica giornaliera** delle prenotazioni e prese in carico.
- **Incontri mensili ARS–Direzioni Generali** per il monitoraggio civico e organizzativo.
- Monitoraggio della domanda non soddisfatta, dei rifiuti e delle mancate presentazioni.

Comunicazione ai Cittadini

- I percorsi di tutela alternativi (il percorso di "presa in carico") sono comunicati ai cittadini tramite la circolare emanata dall'ARS Marche agli operatori CUP24.
- Al cittadino vengono fornite le linee di indirizzo per la corretta gestione del percorso di presa in carico e il documento allegato con i numeri e l'email da contattare per informarsi sulla presa in carico della prestazione richiesta

Punti di forza

- **Risposta completa e dati puntuali** su tutti i sei punti dell'istanza.
- Presenza di **atti normativi e linee operative aggiornate**.
- Sistema di **presa in carico trasparente e verificabile**, con strumenti informatici evoluti.
- Elevata integrazione tra governance tecnica (ARS), CUP e livelli aziendali.
- **Comunicazione chiara e proattiva** verso il cittadino.

Criticità

- I dati quantitativi non sono ancora pubblicati in formato **open data**.
- Mancano riferimenti ai **tempi di contatto effettivo** e tassi di completamento della presa in carico.

Cosa manca

- Accesso pubblico ai dati della dashboard ex-ante/ex-post.
- Indicatori qualitativi di soddisfazione e reclami.

Valutazione complessiva

Dimensione	Valutazione
Stato della risposta	<input checked="" type="checkbox"/> Completa
Pertinenza	<input type="radio"/> Alta
Completezza dati	<input type="radio"/> Buona
Trasparenza	<input type="radio"/> Elevata
Accountability civica	<input type="radio"/> Buona
Semaforo finale	 VERDE – Regione modello per chiarezza, strumenti di presa in carico e risposta civica

PIEMONTE

Stato della risposta: Completa e integrata (più documenti ufficiali)

Pertinenza rispetto all'istanza: Alta

Valutazione civica (semaforo): Verde

Contenuti principali

- La Regione Piemonte ha risposto all'istanza di Cittadinanzattiva in modo **esaustivo e articolato**, fornendo un quadro completo dei **percorsi di tutela** e delle **misure organizzative** adottate per il rispetto dei tempi d'attesa.
- Le due note e il relativo allegato costituiscono una **disciplina organica dei percorsi di tutela**, applicabile a tutte le Aziende Sanitarie Regionali (ASR).
- La risposta include **precisi riferimenti normativi** (D.Lgs. 124/1998, D.L. 73/2024, Legge di Bilancio 2024, PNGLA 2019–2021).

Risposte sintetiche per punto

Punto	Oggetto	Risposta della Regione
1	Numero totale di prenotazioni	Non fornito in valore assoluto, ma monitorato attraverso il flusso informativo CUP regionale.
2	Prenotazioni in giorni festivi/prefestivi	Non specificate; l'orario di apertura dei servizi è stato esteso mediante prestazioni aggiuntive.
3	Prime disponibilità accettate	Gestite tramite il sistema “Lista d'attesa veloce con prenotazione automatica” attivo nel CUP regionale per le classi B e D.
4	Percentuali per classi di priorità	Coerenti con PNGLA 2019–2021; non fornite percentuali aggregate ma riferimenti a priorità standard (B: 10 gg, D: 30–60 gg, P: 120 gg).
5	Tempi effettivi di erogazione	Controllati attraverso il flusso ambulatoriale C; dati consolidati trasmessi periodicamente alla Direzione Sanità.
6	Rapporto pubblico/privato accreditato	Le ASL possono stipulare contratti con privati accreditati per garantire le prestazioni entro i tempi di priorità.

Percorsi di tutela

Il Piemonte ha adottato un sistema multilivello di **garanzia dei tempi di attesa**, così strutturato:

1. **Bacini di garanzia territoriali** per l'erogazione delle prestazioni in prossimità della residenza del paziente.
2. **Ricerca progressiva** di disponibilità:
 1. ASL di residenza →
 2. Privati accreditati →
 3. Zone limitrofe →
 4. Intero territorio regionale

Azioni in caso di indisponibilità

1. **Prestazioni aggiuntive** per estendere l'orario settimanale e ridurre i tempi.
2. Attivazione di contratti ad hoc con **strutture private accreditate**.
3. Presa in carico attiva tramite CUP regionale per visite chirurgiche, urologiche, cardiologiche, mammografie e RX.
4. Ricorso all'ALPI (libera professione intramuraria) come **extrema ratio**, con oneri a carico dell'Azienda e nel rispetto del rapporto tra attività istituzionale e libero professionale.
5. Telemedicina (teleconsulti e televisite) come misura integrativa nei casi idonei.

Punti di forza

- Risposta **tecnicamente approfondita e coerente con la normativa nazionale**.
- **Percorsi di tutela codificati** e applicabili uniformemente in tutto il territorio regionale.
- Presenza di **flussi di monitoraggio** (CUP regionale, flusso C).
- Attenzione all'**appropriatezza prescrittiva** e alla presa in carico attiva.
- Linguaggio chiaro, strutturato e orientato alla garanzia del cittadino.

Criticità

- Mancano dati quantitativi aggregati (n. prenotazioni, tempi medi effettivi, % per classe).
- Nessuna informazione pubblica sulla **trasparenza dei risultati** o sull'accessibilità dei dati da parte dei cittadini.
- Necessità di potenziare la **comunicazione** dei percorsi di tutela (siti, portali, moduli).

Cosa manca

- Pubblicazione periodica dei **report regionali sintetici** con indicatori chiave.
- Accesso pubblico alle statistiche regionali e aziendali sulle liste di attesa.
- Canali digitali uniformi per la presentazione delle **istanze di tutela**.

Valutazione complessiva

Dimensione	Valutazione
Stato della risposta	✓ Completa
Pertinenza	● Alta
Completezza dati	● Buona ma non quantitativa
Trasparenza	● Elevata sul piano normativo
Accountability civica	● Buona
Semaforo finale	● VERDE – risposta completa, coerente e trasparente, con chiarezza dei percorsi di tutela

SARDEGNA**Stato della risposta:** Parziale ma di valore sostanziale**Pertinenza rispetto all'istanza:** Media**Valutazione civica (semaforo):** Giallo**Contenuti principali**

- La risposta dell'Assessorato dell'Igiene e Sanità e dell'Assistenza Sociale (prot. n. 13022/2025) riconosce formalmente l'istanza di Cittadinanzattiva.
- Il documento chiarisce che **i dati richiesti non sono attualmente disponibili** nel formato richiesto, poiché "in corso di validazione e caricamento sulla piattaforma nazionale AGENAS".
- Tuttavia, viene fornita **un'ampia documentazione normativa** relativa all'attuazione dei **percorsi di tutela**, approvati con **Deliberazione della Giunta Regionale n. 30/17 del 21 agosto 2024**.
- Tale deliberazione rappresenta un **passo rilevante nella regolamentazione regionale** delle procedure per la garanzia dei tempi di attesa.

Risposte sintetiche per punto

Punto	Oggetto	Risposta della Regione
1	Numero totale di prenotazioni	Non fornito; i dati saranno disponibili sulla Piattaforma Nazionale AGENAS.
2	Prenotazioni in giorni festivi/prefestivi	Non rilevato; attualmente non monitorato.
3	Prime disponibilità accettate	Non disponibile; in corso la definizione dei flussi informativi.
4	Percentuali per classi di priorità (U/B/D/P)	Rinvio ai criteri PNGLA 2019–2021 e al Piano Regionale (PRGLA).
5	Tempi effettivi di erogazione	Non comunicati; in via di validazione e trasmissione ad AGENAS.
6	Rapporto pubblico/privato accreditato	Non quantificato, ma previsto in Delibera 30/17 che le ASL possano attivare accordi con privati accreditati.

Percorsi di tutela (Delibera 30/17 del 21.08.2024)

La Delibera approva un **corpus organico di indirizzi regionali** per garantire l'erogazione delle prestazioni sanitarie entro i tempi previsti. I punti chiave dell'allegato sono:

1. **Campo di applicazione**
 - I percorsi di tutela riguardano esclusivamente le **prestazioni di primo accesso** (prime visite o prime prestazioni diagnostiche).
 - Le prestazioni di secondo accesso sono gestite all'interno della presa in carico aziendale.
2. **Modalità operative**
 - Il **call center regionale** ricerca le disponibilità prima sul territorio dell'utente, poi su base regionale.
 - Se nessuna disponibilità è trovata, la richiesta viene inserita in un "**contenitore di garanzia**", visibile a tutte le ASL.
 - Le ASL estraggono periodicamente le richieste e si impegnano a collocare il paziente entro i tempi di priorità.
3. **Azioni in caso di indisponibilità**
 - Ricerca di slot "forzati" e overbooking;
 - Apertura di ambulatori in orari serali e nei weekend;
 - Attivazione di **accordi con strutture private accreditate**;
 - Ricorso alla **libera professione intramuraria (ALPI)** come *extrema ratio*.

4. “Pre-liste” e “Agende di garanzia”

- È uno strumento aggiuntivo per rispondere a criticità, come la temporanea saturazione delle agende.
- Il paziente che non riesce a prenotare viene registrato sulla "pre-lista" e ricontattato dall'Azienda per ricevere un appuntamento che rispetti la priorità prescritta
- Qualora il cittadino non trovi risposta, **deve fare riferimento agli URP aziendali prima di ricorrere al percorso di tutela presentando modulo di richiesta**

5. Comunicazione e trasparenza

- Ogni ASL deve pubblicare sul proprio sito una sezione “Liste d’attesa” con modulo per richiedere l’attivazione del percorso di tutela (contenente dati anagrafici, esame richiesto, data prescrizione, classe di priorità, prima data disponibile).
- Il rifiuto di una proposta nei tempi previsti esclude l’utente dal percorso di garanzia.

Punti di forza

- **Normativa regionale chiara e aggiornata**, con indicazioni operative precise.
- **Percorsi di tutela formalizzati** e integrati nel sistema CUP.
- Introduzione innovativa di strumenti di **back office** (pre-liste, agende di garanzia).
- Ruolo attivo del call center e responsabilità definite per le ASL.

Criticità

- Nessun **dato quantitativo** fornito a corredo della risposta.
- Mancanza di indicatori regionali pubblici sul rispetto dei tempi di attesa.

Cosa manca

- Pubblicazione di **report periodici** su prenotazioni, prese in carico e percorsi di tutela attivati.
- Integrazione dei dati nel portale regionale con sezioni dedicate ai cittadini.

Valutazione complessiva

Dimensione	Valutazione
Stato della risposta	⚙️ Parziale ma articolata
Pertinenza	🟡 Media
Completezza dati	🟡 Media solo riferimenti normativi
Trasparenza	🟢 Buona
Accountability civica	🔴 Limitata
Semaforo finale	🟡 GIALLO – risposta normativa solida ma priva di dati e di elementi di monitoraggio civico

SICILIA**Stato della risposta:** Interlocutoria**Pertinenza rispetto all'istanza:** Media (formale ma non sostanziale)**Valutazione civica (semaforo):** Rosso**Contenuti principali**

- La Regione Sicilia ha risposto tramite l'**Assessorato della Salute – Dipartimento Pianificazione Strategica**, riconoscendo formalmente l'istanza di Cittadinanzattiva.
- La nota, pur corretta dal punto di vista procedurale, **non contiene dati quantitativi** e si limita al rinvio all'ufficio competente.

Risposte sintetiche per punto

Punto	Oggetto	Risposta della Regione
1	Numero totale di prenotazioni	Non fornito
2	Prenotazioni in giorni festivi/prefestivi	Non disponibili
3	Prime disponibilità accettate	Non disponibili
4	Percentuali per classi di priorità (U/B/D/P)	Non riportate
5	Tempi effettivi di erogazione	Non comunicati
6	Percentuale pubblico/privato accreditato	Non fornita

Percorsi di tutela

Non dichiarati

Punti di forza

- Risposta tempestiva

Valutazione complessiva

Dimensione	Valutazione
Stato della risposta	Formale / di rito
Pertinenza	Bassa
Completezza dati	Nulla
Trasparenza	Insufficiente
Accountability civica	Assente
Semaforo finale	ROSSO – risposta esclusivamente giuridico-formale, priva di contenuto informativo

REGIONE TOSCANA

Stato della risposta: Completa e dettagliata

Pertinenza rispetto all'istanza: Alta

Valutazione civica (semaforo): Verde

Contenuti principali

- Risposta protocollata dal **Settore Sanità, Welfare e Coesione Sociale** della Regione Toscana, (22 agosto 2025).
- Riconoscimento formale di tutti i punti dell'istanza (1–6) e risposta puntuale, con rimandi diretti ai siti e agli atti regionali.
- La Regione conferma di **conferire mensilmente i dati ad Agenas** secondo il D.M. 17 febbraio 2025 e di pubblicare regolarmente i risultati dei monitoraggi sul proprio sito istituzionale.
- Vengono illustrate anche le **misure organizzative di tutela del cittadino**, con un focus specifico sulle *Preliste*.

Risposte sintetiche per punto

Punto	Oggetto	Risposta della Regione
1	Numero totale di prenotazioni	Dati pubblicati sul sito regione.toscana.it – Monitoraggio tempi di attesa.
2	Prenotazioni in giorni festivi/prefestivi	Non monitorate, non oggetto di valutazione statistica.
3	Prime disponibilità accettate	Non oggetto di elaborazione, come il punto precedente.
4	Percentuali per classi di priorità (U/B/D/P)	Dati pubblicati sul sito regionale.
5	Tempi effettivi di erogazione	- Se basati sulle <i>prenotazioni</i> : pubblicati sul sito. - Se basati sulle <i>prestazioni erogate</i> : non ancora consolidati (disponibili da febbraio 2026).
6	Percentuale pubblico/privato accreditato	100% delle prestazioni pubbliche e private accreditate gestite tramite CUP 2.0 , come da rendicontazione ministeriale.

Percorsi di tutela

- Regolati dal **PRGLA 2019** (Delibera G.R. n. 694/2019).
- Prevede strumenti di garanzia per i cittadini in caso di mancanza di disponibilità prenotativa.
- L'innovazione principale è la **“Prelista”**, che:
 - consente di registrare il cittadino quando nessuna agenda è disponibile;
 - prevede il **riconatto automatico da parte dell'Azienda sanitaria** entro i tempi previsti per la priorità prescritta;
 - è gestita come *strumento di back office* per evitare che il cittadino debba ripetere più volte la prenotazione.
- Il **monitoraggio delle Preliste** è effettuato mensilmente a livello regionale.
- Le **modalità di comunicazione** ai cittadini sono pubblicate sia sul portale regionale sia sui siti delle Aziende sanitarie.

Punti di forza

- Risposta completa e puntuale** a tutti i punti dell'istanza.
- Integrazione sistematica tra CUP 2.0 e PRGLA**, con monitoraggio continuo.
- Trasparenza proattiva**: dati e percorsi pubblicati online e costantemente aggiornati.
- Innovazione organizzativa con **Preliste e back office di garanzia**.

Criticità

- Mancanza di elaborazioni specifiche su festivi/prefestivi e prime disponibilità accettate.
- I dati sulle prestazioni *erogate* non ancora consolidati (disponibili nel 2026).
- Mancano indicatori qualitativi (es. % di richiami effettuati con successo).

Cosa manca

- Indicatori pubblici sull'efficacia delle Preliste (tempi di richiamo, tasso di soddisfazione).
- Dati territoriali disaggregati (per Azienda sanitaria).
- Cruscotto civico per la consultazione sintetica dei dati.

Valutazione complessiva

Dimensione	Valutazione
Stato della risposta	Completa
Pertinenza	Alta
Completezza dati	Buona
Trasparenza	Elevata
Accountability civica	Buona
Semaforo finale	VERDE – buona trasparenza, chiarezza e governance operativa dei percorsi di tutela

REGIONE UMBRIA

Stato della risposta: Completa e articolata

Pertinenza rispetto all'istanza: Alta

Valutazione civica (semaforo): Verde

Contenuti principali

- Risposta formale e dettagliata a firma della **Direttrice regionale Salute e Welfare, 22 agosto 2025.**
- La Regione risponde in modo puntuale a tutti i punti dell'istanza (1–6) e aggiunge informazioni sui **percorsi di tutela** e sul **monitoraggio tramite cruscotto digitale**.
- Chiarisce lo stato di avanzamento della **piattaforma nazionale Agenas** e l'allineamento ai requisiti del **D.M. 17 febbraio 2025** e dell'**Accordo Stato-Regioni del 25 gennaio 2024**.

Risposte sintetiche per punto

Punto	Oggetto	Risposta della Regione
1	Numero totale di prenotazioni	Disponibile sul sito regionale dedicato ai tempi di attesa.
2	Prenotazioni in giorni festivi/prefestivi	Non oggetto di valutazione, non vengono elaborate statistiche.
3	Prime disponibilità accettate	Non monitorate, dati non prodotti.
4	Percentuali per classi di priorità (U/B/D/P)	Pubblicate sul sito regionale, secondo le linee guida dell'Accordo Stato-Regioni 25/01/2024.
5	Tempi effettivi di erogazione	- Sulle <i>prenotazioni</i> : pubblicati online. - Sulle <i>prestazioni erogate</i> : disponibili solo dopo consolidamento della banca dati regionale.
6	Percentuale pubblico/privato accreditato	100% delle prestazioni pubbliche e private accreditate gestite dal sistema CUP regionale.

Percorsi di tutela

- Introdotti con il **Piano Regionale di Governo delle Liste d'Attesa 2019–2021**, tuttora vigente.
- Quando il CUP rileva che una prenotazione non rispetta i tempi previsti:
 - si attiva automaticamente un **Percorso di Tutela (PdT)**;
 - la prescrizione è “presa in carico” dal sistema;
 - il cittadino riceve un **foglio di prenotazione virtuale** con i dati della prescrizione
 - viene **ricontattato per un nuovo appuntamento** conforme alla priorità clinica.
- Con **DGR n. 259/2025 (Piano Operativo Straordinario di Recupero delle Liste d'Attesa)**, la Regione ha riorganizzato le risorse interne e potenziato la gestione dei PdT.
- I **RUA aziendali** (Responsabili Unici di Ambito) gestiscono in tempo reale le prenotazioni urgenti e brevi (classi U e B).

Monitoraggio e strumenti digitali

- La Regione ha sviluppato un **cruscotto informatico regionale**, accessibile sia a livello regionale sia aziendale.
- Funzionalità:
 - monitoraggio dei tempi di attesa e delle classi di priorità;
 - estrazione dei dati relativi ai PdT;
 - visualizzazione dei **posti residui effettivi** nelle agende aziendali.
- È previsto un **Osservatorio regionale sulle liste d'attesa**, che potrà deliberare l'introduzione di nuovi indicatori per i dati mancanti (punti 2 e 3).

Punti di forza

- Risposta **strutturata e completa** a tutti i punti dell'istanza.
- Attenzione alla **digitalizzazione del monitoraggio** e alla **presa in carico automatica**.
- Descrizione chiara e operativa dei percorsi di tutela.
- Elevato grado di **trasparenza istituzionale**.

Criticità

- Assenza di allegati con dati numerici o serie storiche.
- Dati su prenotazioni festivi/prefestivi e prime disponibilità non ancora prodotti.
- Scarsa accessibilità pubblica al **cruscotto informatico** (uso interno).

Cosa manca

- Pubblicazione online dei dati estratti dal cruscotto.
- Apertura dell'Osservatorio regionale alla partecipazione civica.
- Indicatori di efficacia dei PdT (tempi medi di richiamo, tasso di risoluzione).

Valutazione complessiva

Dimensione	Valutazione
Stato della risposta	✓ Completa
Pertinenza	● Alta
Completezza dati	● Buona
Trasparenza	● Alta
Accountability civica	● Elevata
Semaforo finale	● VERDE – Regione altamente trasparente, con sistemi digitali e percorsi di tutela attivi

REGIONE AUTONOMA VALLE D'AOSTA

Stato della risposta: Completa e formalmente corretta

Pertinenza rispetto all'istanza: Alta

Valutazione civica (semaforo): Verde

Contenuti principali

- La Regione Valle d'Aosta ha fornito una **risposta tempestiva, formale e articolata**, con protocolli ufficiali e riferimenti puntuali alle norme e agli strumenti regionali di monitoraggio.
- Pur non fornendo dati quantitativi completi, la Regione ha chiarito **l'attuale stato di implementazione del nuovo sistema nazionale AGENAS** e ha specificato che conferisce **mensilmente i flussi informativi** al Ministero, come previsto dal D.M. 17 febbraio 2025.
- Ha inoltre dettagliato i **percorsi di tutela** vigenti e introdotto la **"lista di galleggiamento"**, un modello di presa in carico innovativo per la gestione dei casi critici.

Risposte sintetiche per punto

Punto	Oggetto	Risposta della Regione
1	Numero totale di prenotazioni	Non fornito; la Regione trasmette i dati mensili ad AGENAS.
2	Prenotazioni in giorni festivi/prefestivi	Non oggetto di elaborazione statistica.
3	Prime disponibilità accettate	Non prodotte elaborazioni; dati non monitorati.
4	Percentuali per classi di priorità (U/B/D/P)	Monitorate secondo il PNGLA 2019–2021; risultati pubblicati sul sito regionale e su quello dell'Azienda USL.
5	Tempi effettivi di erogazione	- Sulle prenotazioni: dati disponibili online. - Sulle prestazioni erogate: dati non ancora consolidati.
6	Percentuale pubblico/privato accreditato	100% delle prestazioni pubbliche e private accreditate sono gestite dal sistema CUP regionale.

Percorsi di tutela

- I **percorsi di tutela** in caso di mancata disponibilità prenotativa sono regolati da una serie di deliberazioni regionali:
 - **DGR n. 72/2023, n. 1105/2023, n. 1183/2024 e n. 1052/2025.**
- Le informazioni aggiornate sono pubblicate su:
 - www.regione.vda.it
 - www.ausl.vda.it

“Lista di galleggiamento”

- Equivalente alla *Prelista* di altre Regioni (come Toscana e Marche).
- Consente di **registrare il cittadino quando tutte le agende sono sature** e di **ricontattarlo automaticamente** alla prima disponibilità utile.
- È gestita in *back office* dall'Azienda USL e serve a:
 - evitare che il cittadino debba ricontattare il CUP più volte;
 - garantire comunque un appuntamento nei tempi compatibili con la priorità clinica.

Punti di forza

- **Risposta completa e puntuale** con riferimenti a norme, portali e delibere regionali.
- Introduzione innovativa della **lista di galleggiamento**, già operativa.
- **Trasmissione regolare dei flussi informativi** ad AGENAS.
- Pubblicazione dei risultati e dei tempi d'attesa sul sito regionale.

Criticità

- Mancanza di **allegati numerici o tabelle** relative al semestre richiesto.

- Non ancora disponibile la reportistica consolidata post-implementazione AGENAS.
- Limitata evidenze dei **percorsi di tutela attivati** e delle relative performance.

Cosa manca

- Pubblicazione periodica dei **dati quantitativi** per trimestre o semestre.
- Cruscotto pubblico di monitoraggio accessibile ai cittadini.

Valutazione complessiva

Dimensione	Valutazione
Stato della risposta	✓ Completa
Pertinenza	● Alta
Completezza dati	● Buona ma non numerica
Trasparenza	● Elevata
Accountability civica	● Buona
Semaforo finale	● VERDE – Regione trasparente e proattiva, con strumenti di presa in carico e lista di galleggiamento innovativi

LETTURA CIVICA SINTETICA

Il quadro che emerge è quello di un'**Italia almeno a tre velocità**: regioni virtuose che offrono dati e tutele, regioni in "transizione" burocratica e un preoccupante "buco nero" di regioni che non rispondono.

Ecco l'analisi dettagliata dei risultati.

Sintesi: La frattura nazionale

Il dato più evidente è la disomogeneità nel rispetto del diritto alla trasparenza sanitaria.

- **Solo il 53%** delle Regioni (8 su 15 rispondenti) ha fornito risposte trasparenti e sostanziali.
- **Il 25%** del totale nazionale (6 Regioni) non ha dato alcun segnale di vita (silenzio totale).
- **Il 20%** delle rispondenti si è rifugiato in risposte puramente formali o di rito.

La qualità della risposta

Possiamo raggruppare le regioni in tre macro-categorie basate sulla qualità della risposta (Semaforo civico).

Le Regioni virtuose

Queste regioni hanno fornito dati completi o percorsi di tutela attivi.

- **Regioni:** Emilia-Romagna, Lazio, Lombardia, Marche, Piemonte, Toscana, Umbria, Valle d'Aosta.
- **Punti di forza comuni:** Hanno sistemi attivi di "presa in carico" (il cittadino non viene abbandonato) e monitorano i dati.

Le Regioni intermedie

Regioni che hanno risposto, ma senza fornire dati numerici o nascondendosi dietro la burocrazia.

- **Regioni:** Basilicata, Campania, Sardegna, Sicilia.
- **Il problema ricorrente:** Molte usano la motivazione della "fase di transizione" tra il vecchio e il nuovo Piano Nazionale (PNGLA) o l'attesa della piattaforma AGENAS per non fornire dati attuali.
- **Caso Campania/Sardegna:** Hanno ottime norme sulla carta (decreti, delibere) ma mancano i dati operativi per verificare se funzionano davvero.

Le Regioni critiche

Si dividono in due sottogruppi negativi:

1. **Le Formaliste (Risposta di rito): Abruzzo, Friuli Venezia Giulia, Liguria.** Hanno risposto dicendo sostanzialmente che non erano tenute a elaborare i dati o che li stanno ancora cercando. Il FVG sostiene che l'accesso civico non obblighi a rielaborare dati grezzi.
2. **Le Assenti (Nessuna risposta): Calabria, Molise, Puglia, Veneto, Trentino-Alto Adige.** Qui manca totalmente l'accountability verso i cittadini.

I percorsi di tutela

Analizzando i dettagli delle schede regionali, emergono contrasti stridenti su temi specifici.

I Percorsi di Tutela (Cosa succede se non c'è posto?)

Questa è la difformità che impatta di più sulla vita del cittadino.

- **Modello Positivo (Presa in carico): Marche, Toscana, Umbria, VdA, Lazio, Lombardia, Piemonte, Emilia-Romagna,** se non c'è posto, il cittadino viene messo in una "lista di garanzia" o "prelista" e viene **ricontattato dall'ASL**. Non deve chiamare lui ogni giorno.
- **Modello intermedio:** In regioni come **Campania o Sardegna**, le norme esistono ma si fa riferimento a "moduli da presentare" da parte dei cittadini o ad URP da contattare per avviare i percorsi di tutela, scaricando l'onere burocratico sul paziente.
- **Modello Assente:** In **Friuli Venezia Giulia**, i percorsi di tutela non vengono menzionati nella risposta.

La disponibilità del dato

Transizione Tecnologica: Un trend preoccupante è l'utilizzo della nuova **Piattaforma Nazionale AGENAS** come motivazione alla mancata disponibilità del dato. Regioni come **Basilicata, Sardegna e Abruzzo** affermano che, poiché i dati devono confluire nella nuova piattaforma nazionale (non ancora pienamente a regime), non possono fornirli ai cittadini oggi. Al contrario, regioni come Emilia-Romagna e Toscana continuano a pubblicare i propri dati sui portali regionali indipendentemente da Agenas.

Il divario digitale e di governance

- **Umbria e Marche** citano "cruscotti digitali" e dashboard per il monitoraggio in tempo reale.
- Altre regioni ammettono di non monitorare nemmeno dati base come le prenotazioni nei festivi o le prime disponibilità accettate (es. Campania, Abruzzo).

L'analisi conferma che il diritto alla salute varia in base alla residenza evidenziando una profonda frattura territoriale e amministrativa.

Divario territoriale Nord-Sud

- Le risposte "Verdi" (Complete) sono concentrate nel **Centro-Nord** (Emilia-Romagna, Lombardia, Piemonte, Toscana, Valle d'Aosta, Marche, Umbria, con l'eccezione positiva del Lazio).
- Il **Sud** è caratterizzato da risposte "Gialle" (parziali, come Campania e Sicilia) o dal silenzio totale (Calabria, Puglia, Molise)

Un cittadino lombardo o toscano ha accesso a dati, tempi certi e un sistema di richiamo (back office). Un cittadino pugliese o calabrese (regioni "Non pervenute") si trova di fronte a un muro di gomma, senza nemmeno la possibilità di conoscere lo stato dell'arte tramite accesso civico. Questa analisi evidenzia che la normativa nazionale viene applicata a "macchia di leopardo". Le *best practice* esistono ma non sono sistematiche.

CONCLUSIONI ACCESSO CIVICO LISTE D'ATTESA

L'indagine condotta attraverso l'accesso civico restituisce l'immagine di un Paese profondamente frammentato, dove la tutela del diritto alla salute non risponde a una logica nazionale uniforme, ma varia drasticamente in base alla residenza. Applicando la metafora del "Semaforo Civico" alla qualità delle risposte, le amministrazioni si dividono in tre macro-categorie che riflettono livelli di trasparenza molto distanti.

Nel gruppo delle regioni **"virtuose"** rientrano **Emilia-Romagna, Lazio, Lombardia, Marche, Piemonte, Toscana, Umbria e Valle d'Aosta**. Queste realtà si distinguono per la reale "presa in carico" del paziente: in tutte queste regioni, qualora non vi sia posto, il cittadino viene inserito in una "lista di garanzia" o "prelista" e successivamente ricontattato dall'ASL tramite back office, senza dover richiamare ogni giorno. Sul fronte della trasparenza dei dati, **Emilia-Romagna e Toscana** spiccano per la scelta di pubblicare i dati sui propri portali regionali indipendentemente dalle piattaforme nazionali, mentre **Umbria e Marche** dimostrano un livello avanzato di governance citando l'uso di "cruscotti digitali" per il monitoraggio in tempo reale.

Scendendo di un gradino troviamo le regioni **"intermedie"**, ovvero **Basilicata, Campania, Sardegna e Sicilia**. Qui la risposta è stata non del tutto soddisfacente, spesso priva di dati numerici. Un problema ricorrente riguarda la **Basilicata e la Sardegna**, che utilizzano la motivazione della "fase di transizione" verso la nuova Piattaforma Nazionale AGENAS per non fornire dati attuali. Particolarmente emblematico è il caso di **Campania e Sardegna**, che presentano un paradosso stridente: pur avendo ottime norme sulla carta (decreti e delibere), mancano i dati a supporto per verificarne il funzionamento. Sul fronte del percorso di tutela, in queste aree prevale il modello del "Fai da te", dove si richiede l'attivazione del cittadino, attraverso moduli o contatti URP, per avviare il percorso, scaricando l'onere burocratico.

La situazione precipita con le regioni **"critiche"**. Questo gruppo include regioni che forniscono risposte in prevalenza formali, come **Abruzzo, Liguria e Friuli Venezia Giulia**, che hanno risposto eludendo la richiesta. Nello specifico, il **Friuli Venezia Giulia** ha sostenuto che l'accesso civico non obblighi alla rielaborazione dei dati grezzi, omettendo totalmente di menzionare i percorsi di tutela, mentre l'**Abruzzo** (insieme alla Campania citata sopra) ammette indirettamente gravi lacune di governance, non monitorando nemmeno dati base come le prenotazioni nei festivi. L'altro sottogruppo, le **"Assenti"**, comprende **Calabria, Molise, Puglia, Veneto e Trentino-Alto Adige**: qui il silenzio totale impedisce qualsiasi verifica.

Le difformità territoriali confermano un netto divario Nord-Sud. Le risposte complete sono concentrate nel Centro-Nord — con l'eccezione positiva del **Lazio** — mentre il Sud è dominato da risposte parziali o dal silenzio ("Non pervenute" come **Puglia e Calabria**). In conclusione, la normativa è applicata a "macchia di leopardo": un cittadino lombardo o toscano ha diritti esigibili, mentre un cittadino pugliese o calabrese si trova davanti a un muro di gomma, senza nemmeno la possibilità di conoscere lo stato dell'arte del servizio.

3.4 RINUNCIA ALLE CURE

Dopo la pandemia, l'Italia ha assistito a un notevole peggioramento nell'accesso ai servizi sanitari, un fenomeno che si manifesta principalmente attraverso l'allungamento delle **liste di attesa**. L'Indagine Istat³¹ offre una chiara panoramica di questa difficoltà dal punto di vista dei cittadini, monitorando le persone che, pur in stato di necessità, hanno dovuto rinunciare a un accertamento diagnostico o a una visita specialistica.

Nel **2024**, la rinuncia a curarsi per problemi legati alle liste di attesa, alle difficoltà economiche o alla scomodità delle strutture sanitarie ha toccato il **9,9%** della popolazione, corrispondente a circa **5,8 milioni di individui**. Questo dato segna un aumento significativo rispetto all'anno precedente, il **2023**, in cui la quota di rinunce si attestava al **7,6%** (pari a 4,5 milioni di persone).

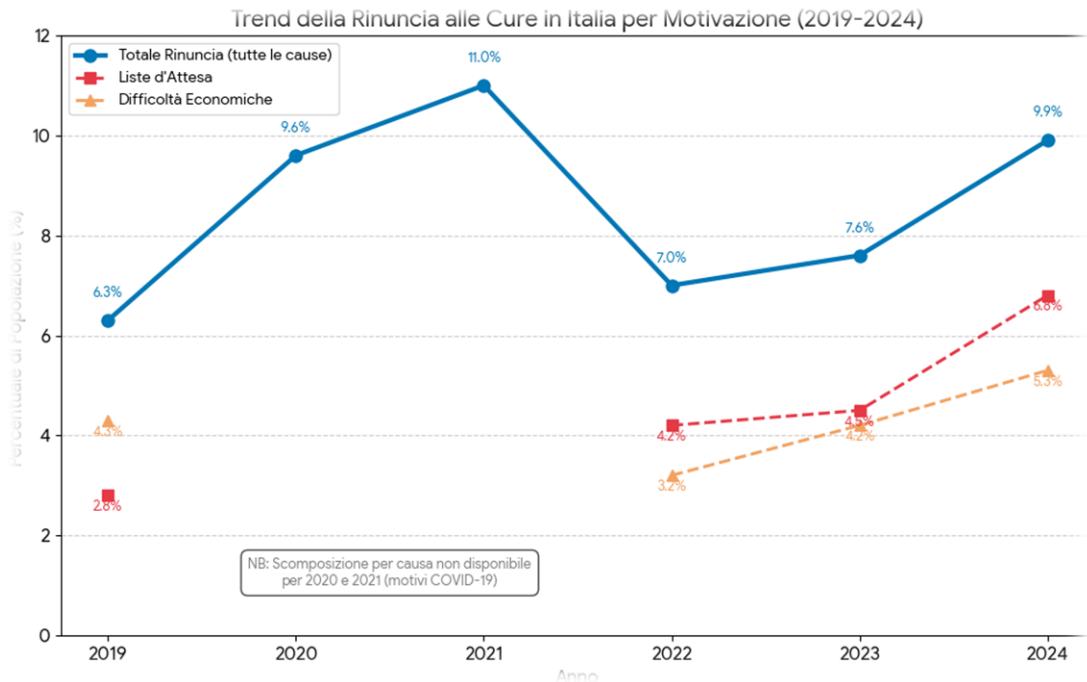
La **causa principale** di questa rinuncia è risultata essere proprio l'eccessiva lunghezza delle liste di attesa, indicata dal **6,8%** della popolazione totale. Questa motivazione è anche quella che ha registrato l'incremento più marcato: era infatti solo il **2,8%** nel 2019, salendo al **4,5%** nel 2023 per poi raggiungere l'attuale picco.

Trend ultimi anni

Il trend complessivo descrive una traiettoria molto netta che evidenzia gli effetti della crisi COVID-19 e la successiva fragilità del sistema:

- **Picco Pandemico (2020-2021)**: Il tasso di rinuncia schizza dal 6,3% (2019) a un massimo di **11,0%** (2021). Questo picco è stato causato da un mix di **paura del contagio, blocco dei day hospital** e riorganizzazione dei servizi. La natura della rinuncia in questo biennio era **emergenziale**.
- **Recupero Parziale (2022-2023)**: Nel 2022, il tasso scende al 7,0% riflettendo un ritorno alla normalità. Tuttavia, non torna mai al livello pre-crisi del 6,3%.
- **Rialzo Strutturale (2024)**: Il rialzo al 9,9% nel 2024 è particolarmente allarmante. Non essendo più motivato da restrizioni pandemiche, è un sintomo di **disfunzioni croniche del SSN** (carenza di personale, sottofinanziamento).

³¹ Rapporto annuale dell'Istat sulla situazione del Paese, 2025



Fonte: Rielaborazione a cura di Cittadinanzattiva su Rapporti annuali Istat – anni 2019 - 2025

L'analisi dei dati ISTAT dal 2019 al 2024 rivela una crisi di accessibilità al Servizio Sanitario Nazionale (SSN). Il dato più preoccupante non è solo il rialzo complessivo della rinuncia alle cure, ma il **cambiamento della causa principale** della rinuncia: il fenomeno della rinuncia è passato infatti, da un problema di natura prevalentemente **socio-economica**, a uno di **efficienza e organizzazione del servizio**.

- **2019:** La rinuncia per **motivi economici (4,3%)** era superiore a quella per liste d'attesa (2,8%).
- **2021:** L'anno del picco massimo di rinuncia totale (11,0%) causato dalla pandemia.
- **2024:** Le **Liste d'Attesa (6,8%)** superano nettamente i motivi economici (5,3%), diventando la prima causa strutturale di rinuncia.

Come è possibile osservare dal grafico, nel **2019**, periodo pre-pandemico, le **difficoltà economiche (4,3%)** rappresentavano la motivazione principale, superando le Liste d'Attesa (2,8%). Ciò indicava una difficoltà strutturale per le fasce più deboli nel far fronte ai *ticket* o alle prestazioni non coperte dal SSN. Nel **2024** la situazione si inverte drasticamente, con le **Liste d'Attesa** che raggiungono il 6,8%, superando i motivi economici (5,3%). Questo dato suggerisce che, oggi, la barriera maggiore all'accesso non è tanto la disponibilità economica, ma l'**impossibilità di ottenere la prestazione in tempi clinicamente accettabili**.

Focus 2024

Il disagio nell'accesso ai servizi sanitari si manifesta in Italia con un aumento della **rinuncia alle cure**. In particolare, la rinuncia dovuta alle liste di attesa è cresciuta di 4,0 punti percentuali rispetto al 2019, mentre quella per motivi economici è aumentata di 1 punto rispetto al 2019. Questa difficoltà è accompagnata da un crescente **ricorso al settore privato** per le prestazioni specialistiche.

Genere ed età

Le donne tendono a rinunciare alle cure più frequentemente degli uomini (11,4% contro 8,3%), con il divario massimo nella fascia di età 25-34 anni.

La rinuncia alle prestazioni sanitarie è più frequente tra le donne, anche se la dinamica varia con l'età:

- Le **donne** rinunciano più spesso degli **uomini** (rispettivamente **11,4%** contro **8,3%** nel 2024).
- In particolare, le donne in età **45-54 anni** mostrano una rinuncia molto elevata (**15,6%**), dove i motivi economici e le liste di attesa pesano quasi in egual misura. Dopo i 55 anni, invece, le difficoltà legate alle liste di attesa tendono a prevalere.
- Il divario di genere è **massimo** nella classe di età **25-34 anni**, dove la rinuncia interessa il **12,5%** delle giovani donne contro il **7,1%** dei coetanei maschi.
- Nelle classi di età successive, il divario si riduce, fino ad **annullarsi** per le persone di **75 anni e oltre**.

Difformità geografiche

Sebbene le differenze territoriali siano meno marcate rispetto al passato, la rinuncia per problemi legati alle liste di attesa sono più prevalenti nel Centro-Nord, mentre nel Mezzogiorno le difficoltà economiche e le lunghe liste di attesa pesano in egual misura. La rinuncia a visite o esami specialistici è un fenomeno che riguarda l'intero Paese, ma con intensità e motivazioni diverse a livello geografico.

Nel 2024, la rinuncia totale ha interessato il **9,2%** dei residenti nel **Nord**, il **10,7%** nel **Centro** e il **10,3%** nel **Mezzogiorno**.

Tabella: Tassi di rinuncia a prestazioni sanitarie 2023 – 2024

Regione	Totale (M+F) 2023	Totale (M+F) 2024	Var. assoluta Totale 2023-2024	Maschi (M) 2023	Maschi (M) 2024	Var. assoluta Maschi 2023-2024	Femmine (F) 2023	Femmine (F) 2024	Var. assoluta Femmine 2023-2024
Piemonte	8.8	9.2	0.40	7.8	7.7	-0.10	9.8	10.8	1.00
Valle d'Aosta	6.3	8.4	2.10	4.3	5.3	1.00	8.5	11.4	3.10
Liguria	7.8	10.1	2.30	6.1	7.7	1.60	9.3	12.2	2.90
Lombardia	7.2	10.3	3.10	5.7	9	3.30	8.6	11.6	3.00
Trentino-Alto Adige	5.3	6.3	1.00	4.8	5.2	0.40	5.7	7.4	1.70
P.A. Bolzano/Bozen	5.1	5.3	0.20	4.7	4.7	0.00	5.6	5.8	0.20
P.A. Trento	5.4	7.4	2.00	4.9	5.7	0.80	5.9	9	3.10
Veneto	7.4	7.9	0.50	6	6.5	0.50	8.8	9.2	0.40
Friuli-Venezia Giulia	5.1	8.5	3.40	3.5	6.6	3.10	6.6	10.3	3.70
Emilia-Romagna	5.8	8.8	3.00	4	7.3	3.30	7.5	10.3	2.80
Toscana	5.6	8.2	2.60	4.8	6.3	1.50	6.4	10	3.60
Umbria	9.2	12.2	3.00	7.2	10.3	3.10	11.1	14	2.90
Marche	8.7	10.6	1.90	7.8	9.5	1.70	11.6	11.6	0.00
Lazio	10.5	12	1.50	8.4	10.8	2.40	12.5	13.2	0.70
Abruzzo	9.2	12.6	3.40	5.2	10.6	5.40	13	14.4	1.40
Molise	9	10.9	1.90	7.1	10.2	3.10	10.8	11.6	0.80
Campania	5.9	8.6	2.70	5	6.9	1.90	6.8	10.2	3.40
Puglia	8.4	10.9	2.50	7.7	8.8	1.10	9.1	12.9	3.80
Basilicata	6.7	10.8	4.10	5.6	10.7	5.10	7.9	10.9	3.00
Calabria	7.3	10	2.70	5.6	7.2	1.60	9	12.7	3.70
Sicilia	7	9	2.00	6.1	7.9	1.80	7.8	10.1	2.30
Sardegna	13.7	17.2	3.50	11.7	14.4	2.70	15.6	19.9	4.30
Nord	7.1	9.2	2.10	5.7	7.7	2.00	8.5	10.7	2.20
Nord-ovest	7.7	10	2.30	6.3	8.5	2.20	9	11.4	2.40
Nord-est	6.4	8.1	1.70	4.9	6.7	1.80	7.8	9.6	1.80
Centro	8.8	10.7	1.90	7.1	9.2	2.10	10.4	12	1.60
Mezzogiorno	7.7	10.3	2.60	6.4	8.5	2.10	8.9	12	3.10
Sud	7.3	10	2.70	6	8.1	2.10	8.5	11.8	3.30
Isole	8.6	11	2.40	7.5	9.5	2.00	9.7	12.5	2.80
Italia	7.6	9.9	2.30	6.2	8.3	2.10	9	11.4	2.40

Fonte Istat 2025

Aspetti socio-economici

Le persone con un alto livello di istruzione continuano a rinunciare alle prestazioni con minore frequenza rispetto a quelle con un titolo di studio basso, soprattutto per motivi economici. Il livello di istruzione si conferma un fattore determinante per la rinuncia alle cure:

- Le persone con un **alto livello di istruzione** continuano a rinunciare alle visite e agli esami specialistici meno frequentemente rispetto a quelle con un **titolo di studio basso**.
- Le differenze sono particolarmente accentuate quando la rinuncia è motivata da **ragioni economiche**.
 - Nel 2024, il **5,7%** delle persone con alta istruzione ha rinunciato per motivi economici, contro il **7,7%** delle persone meno istruite.
- Questo divario economico aumenta con l'età, raggiungendo **3,2 punti percentuali** tra gli individui di 65 anni e più (5,2% per i meno istruiti contro 2,0% per i più istruiti).
- Quando la rinuncia è dovuta alle **lunghe liste di attesa**, il divario per livello di istruzione si manifesta in modo significativo solo tra gli anziani.

La lettura del fenomeno deve tenere in considerazione un ulteriore dinamica legata all'effetto delle liste d'attesa: il ricorso al **privato**. Il 23,9% delle persone ha sostenuto l'intero costo dell'ultima prestazione specialistica effettuata senza rimborsi assicurativi.

3.5 MOBILITÀ SANITARIA

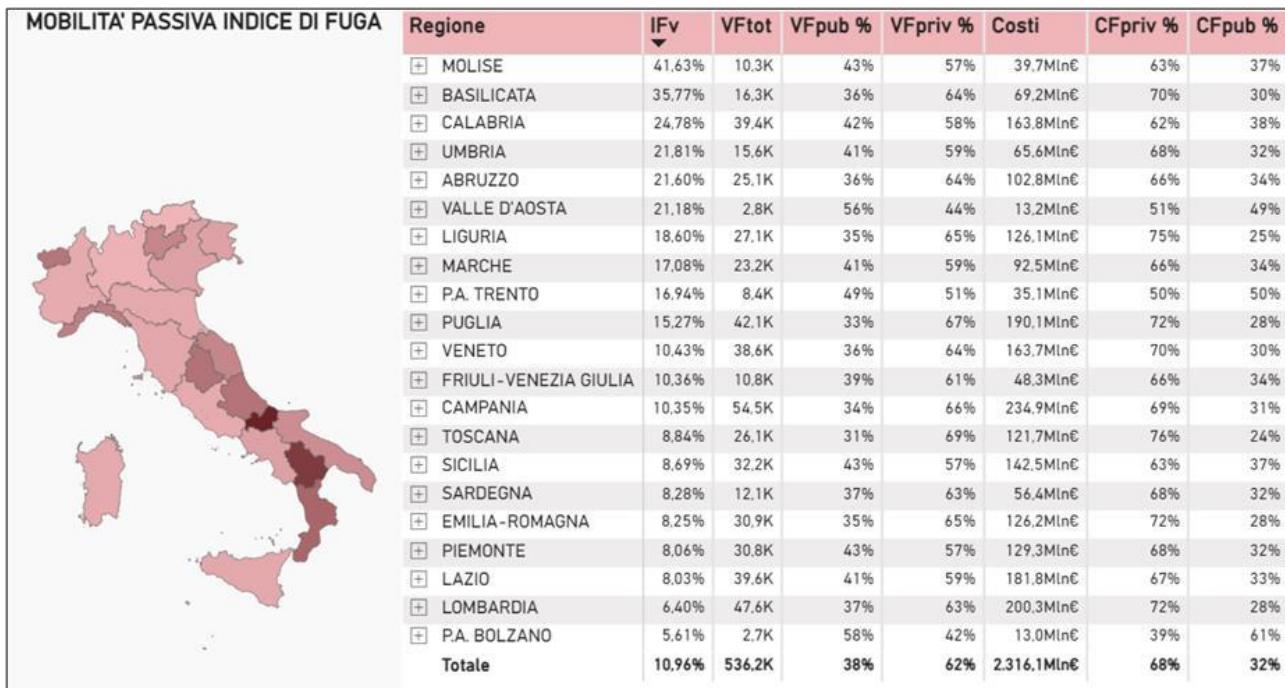
Dati sulla mobilità sanitaria interregionale

La mobilità sanitaria è una **lente fondamentale per comprendere le criticità del SSN**. Essa non è solo un costo economico per le regioni di fuga, ma soprattutto il sintomo di una **disparità nell'accesso a cure di qualità**, che richiede l'adozione di un approccio multidimensionale per ottimizzare l'allocazione delle risorse e garantire l'universalità del diritto alla salute.

L'analisi della mobilità sanitaria 2024, realizzata da Agenas e pubblicata nel 2025³², ha evidenziato che i flussi di ricovero sono tornati ai livelli pre-pandemici (all'**8,69%** del totale), rivelando però una sanità italiana **strutturalmente diseguale**, dove il diritto alla cura è ancora fortemente legato alla residenza geografica.

Le regioni del **Sud** sono chiaramente le aree con la più alta **fuga sanitaria** (mobilità passiva), con il **Molise** (41,63% di indice di fuga per i ricoveri) e la **Basilicata** (35,77%) che registrano la maggiore propensione a migrare per le cure.

³² <https://www.agenas.gov.it/i-quaderni-di-monitor-%E2%80%93-supplementi-allarivista/2614-lamobilit%C3%A0-sanitaria-in-italia-edizione-2024>



Fonte la mobilità sanitaria in Italia - Monitor 2024 Agenas

Dal punto di vista economico, l'analisi evidenzia una chiara polarizzazione che impatta sulla sostenibilità finanziaria delle regioni di provenienza. La mobilità si configura come un **trasferimento netto di risorse** dal Sud al Nord.

In termini di volumi e ricavi assoluti, **Lombardia, Emilia-Romagna e Veneto** assorbono il **57%** dei ricavi complessivi derivanti dalla mobilità sanitaria, dimostrando la loro superiorità in termini di capacità produttiva e specializzazione (**Lombardia +383,3 Mln €, Emilia-Romagna +387,2 Mln € e Veneto + 115,4 Mln €**) si confermano come i maggiori poli di attrazione, con un saldo economico nettamente positivo.

Al contrario, le regioni meridionali, in particolare **Campania (-211,3 Mln €), Calabria (-191,9 Mln €)** e **Sicilia (-139,7 Mln €)**, registrano i deficit più marcati, sintomo di una cronica incapacità di trattenere i propri residenti.

Regione	2018	2019	2020	2021	2022	2023
VENETO	80,2Mln€	93,4Mln€	97,3Mln€	101,8Mln€	108,0Mln€	115,4Mln€
VALLE D'AOSTA	-5,5Mln€	-7,0Mln€	-5,9Mln€	-7,0Mln€	-8,7Mln€	-9,2Mln€
UMBRIA	4,7Mln€	2,9Mln€	-3,3Mln€	-8,6Mln€	-11,0Mln€	-24,2Mln€
TOSCANA	104,4Mln€	56,8Mln€	42,3Mln€	36,4Mln€	31,5Mln€	27,0Mln€
SICILIA	-151,5Mln€	-156,1Mln€	-96,1Mln€	-109,4Mln€	-131,3Mln€	-139,7Mln€
SARDEGNA	-53,0Mln€	-55,1Mln€	-34,8Mln€	-40,9Mln€	-50,2Mln€	-56,9Mln€
PUGLIA	-131,0Mln€	-129,0Mln€	-82,3Mln€	-86,6Mln€	-116,3Mln€	-126,9Mln€
PIEMONTE	1,6Mln€	11,8Mln€	20,9Mln€	22,8Mln€	25,7Mln€	23,0Mln€
P.A. TRENTO	-4,6Mln€	0,4Mln€	-4,2Mln€	-0,0Mln€	5,3Mln€	5,6Mln€
P.A. BOLZANO	-0,9Mln€	-2,8Mln€	-3,4Mln€	-4,2Mln€	-2,4Mln€	-3,1Mln€
MOLISE	11,3Mln€	9,2Mln€	14,0Mln€	9,0Mln€	6,9Mln€	3,2Mln€
MARCHE	-25,1Mln€	-20,7Mln€	-8,8Mln€	-19,8Mln€	-27,7Mln€	-25,6Mln€
LOMBARDIA	490,1Mln€	488,9Mln€	233,7Mln€	284,8Mln€	361,9Mln€	383,3Mln€
LIGURIA	-56,1Mln€	-58,9Mln€	-42,3Mln€	-59,8Mln€	-69,2Mln€	-73,5Mln€
LAZIO	-64,0Mln€	-58,1Mln€	-23,0Mln€	-16,0Mln€	-13,0Mln€	-14,2Mln€
FRIULI-VENEZIA GIULIA	2,3Mln€	-3,5Mln€	-3,5Mln€	-7,1Mln€	-13,5Mln€	-14,1Mln€
EMILIA-ROMAGNA	273,1Mln€	296,6Mln€	227,3Mln€	288,0Mln€	337,0Mln€	387,2Mln€
CAMPANIA	-250,0Mln€	-243,2Mln€	-170,3Mln€	-184,6Mln€	-204,2Mln€	-211,3Mln€
CALABRIA	-188,7Mln€	-182,2Mln€	-128,6Mln€	-159,8Mln€	-178,6Mln€	-191,9Mln€
BASILICATA	-30,2Mln€	-37,2Mln€	-31,1Mln€	-40,1Mln€	-48,1Mln€	-52,2Mln€
ABRUZZO	-54,1Mln€	-56,5Mln€	-46,3Mln€	-48,8Mln€	-51,4Mln€	-53,2Mln€

Fonte la mobilità sanitaria in Italia - Monitor 2024 Agenas

La fuga non appare solo una questione di prossimità o urgenza, ma riguarda sempre più la ricerca di prestazioni complesse e di alta specializzazione, spesso, però, erogate da strutture private. La maggior parte della mobilità effettiva, infatti, si dirige verso il **privato accreditato**, che assorbe il **68% della spesa** (1,6 miliardi di euro). Questo suggerisce un ricorso al privato per colmare lacune **percepite o reali** nell'offerta pubblica regionale.

Indice ISDI ospedaliera

L'ISDI è un indicatore sviluppato dall'Agenas (Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali) per valutare l'efficacia di una regione nel rispondere ai bisogni di cura della propria popolazione. L'ISDI viene calcolato come il rapporto tra la quantità di prestazioni sanitarie ospedaliere erogate all'interno della regione e la domanda complessiva di prestazioni sanitarie da parte dei residenti. Questo indicatore può assumere valori superiori, uguali o inferiori a 1, fornendo informazioni precise sulla capacità della regione di soddisfare la propria domanda sanitaria:

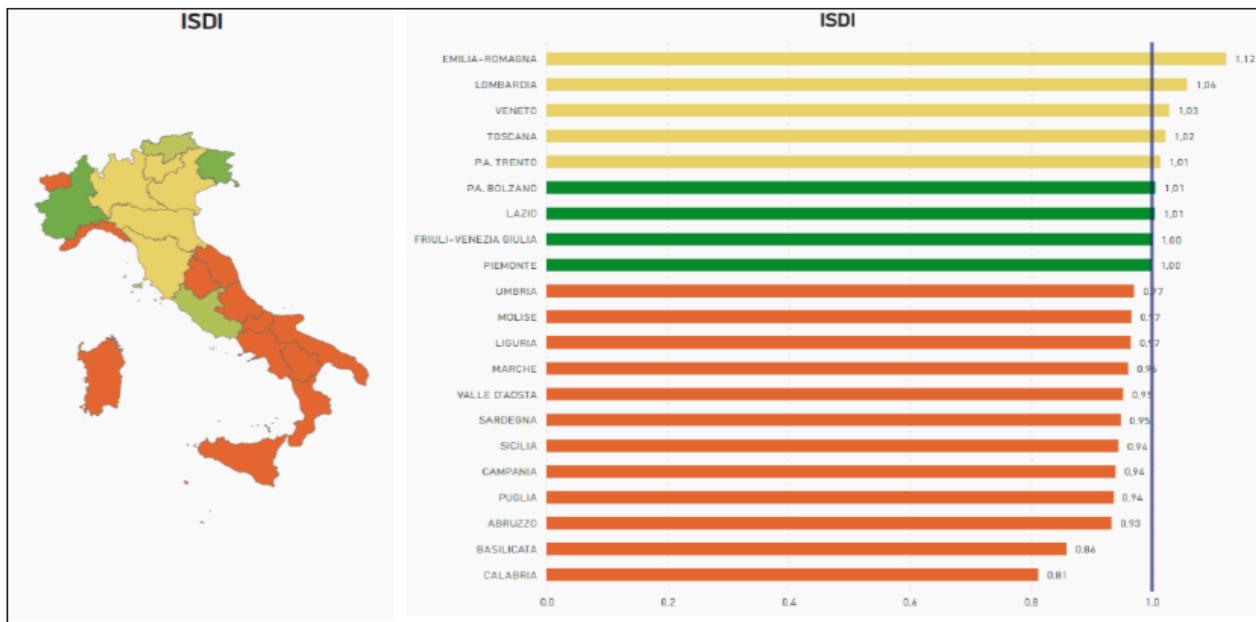
- **ISDI = 1:** la regione è potenzialmente in grado di soddisfare la domanda interna di cure.
- **ISDI < 1:** la regione non è potenzialmente in grado di soddisfare la domanda interna di cure e questo può indurre i cittadini a migrare verso altre regioni (mobilità passiva).
- **ISDI > 1:** la regione produce un'offerta di prestazioni sanitarie superiore alla domanda interna e potrebbe essere un bacino di attrazione per pazienti di altre regioni (mobilità attiva).

La Figura seguente presenta i valori dell'ISDI calcolati per ciascuna regione italiana sulla base dei flussi di mobilità sanitaria ospedaliera dei residenti nel 2023.

Le regioni Emilia-Romagna, Lombardia, Veneto, Toscana e la Provincia Autonoma di Trento mostrano un ISDI superiore a 1, dimostrando non solo la capacità di soddisfare i bisogni sanitari interni ma anche di attrarre pazienti da altre aree del Paese. Regioni come la Provincia Autonoma di Bolzano, Lazio, Friuli-Venezia Giulia e Piemonte si collocano in una

posizione di quasi equilibrio tra domanda e offerta di cure. Al contrario, la maggior parte delle regioni meridionali, e in particolare la Calabria, con un ISDI pari a 0,81, rientrano tra quelle che non riescono a soddisfare adeguatamente la domanda interna.

Agenas 2024: Indice ISDI Ospedaliero



Fonte la mobilità sanitaria in Italia - Monitor 2024 Agenas

Fenomeno della mobilità ambulatoriale

La mobilità ambulatoriale è in generale **meno massiccia** e meno costosa in termini assoluti rispetto a quella ospedaliera. Tuttavia, il fenomeno è fondamentale perché riflette l'accesso alle **cure di base e di primo livello**, spesso mosso da esigenze di **riduzione dei tempi di attesa** o dalla ricerca di prestazioni specifiche non disponibili localmente.

Regioni con l'Indice di Fuga Maggiore

L'indice di Fuga misura la propensione dei residenti a spostarsi in altre regioni per le prestazioni ambulatoriali. Anche in questo settore, la geografia della disuguaglianza rimane evidente, con il Sud in forte sofferenza:

Regione	Indice di Specialistica Ambulatoriale	Fuga	Lettura Civica
Molise	12,61% (Massimo nazionale)		L'anomalia Molise: Registra il massimo indice di fuga e il massimo indice di attrattività
Calabria	7,42%		Un'alta percentuale che evidenzia lacune nell'offerta territoriale e la possibile lunghezza delle liste d'attesa.
Valle d'Aosta	6,57%		L'alto indice è spesso dovuto alla prossimità geografica con regioni confinanti (Piemonte), rendendo lo spostamento logistico più conveniente.

Fonte la mobilità sanitaria in Italia - Monitor 2024 Agenas

A differenza della mobilità ospedaliera, che è spesso associata all'alta specializzazione, la fuga ambulatoriale è più legata alla **difficoltà di accesso** e ai **lunghi tempi di attesa** per esami e visite essenziali nella propria Regione.

Regioni con l'Indice di Attrazione Maggiore

L'indice di Attrazione misura la capacità di una regione di attrarre pazienti extra-regionali per prestazioni ambulatoriali.

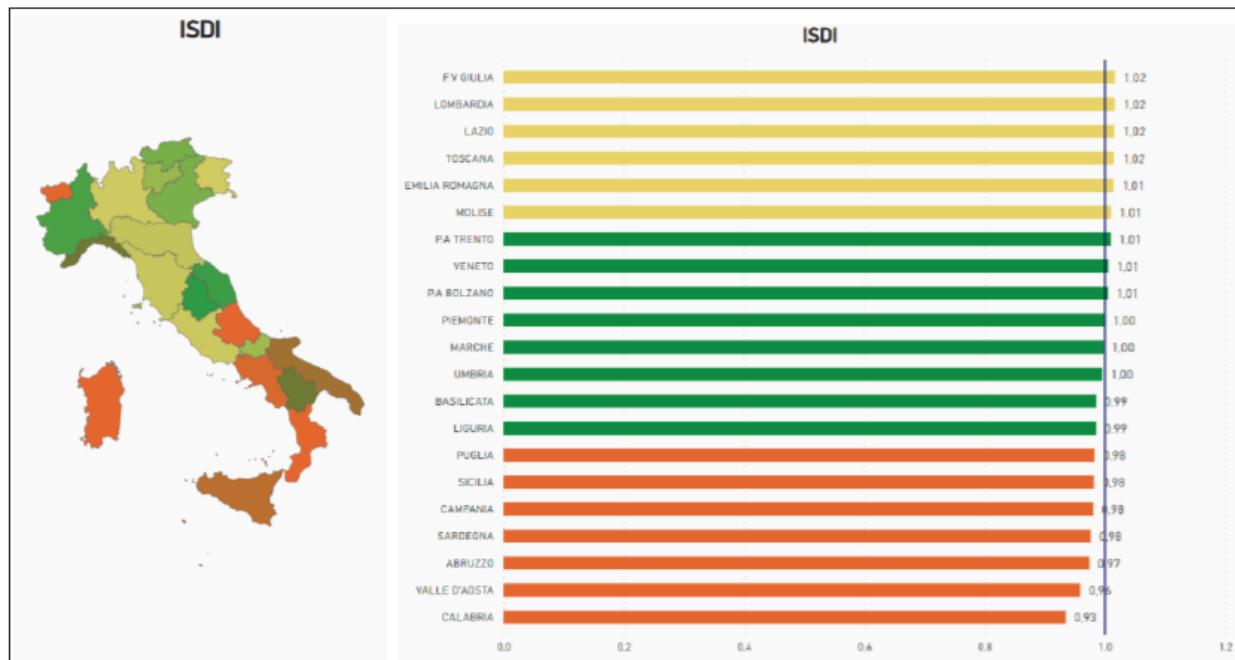
Regione	Indice di Attrazione (IAv) Specialistica Ambulatoriale	Analisi
Molise	13,48% (Massimo nazionale)	L'anomalia Molise: Registra il massimo indice di fuga e il massimo indice di attrattività. Ciò suggerisce che la mobilità ambulatoriale è spesso di confine e altamente bidirezionale: il sistema attira da una parte (es. regioni limitrofe) ma perde dall'altra.
Lazio	5,41%	La regione si posiziona bene, in parte grazie alla concentrazione di strutture di eccellenza o alla sua posizione centrale, che le conferisce un ruolo di hub per le regioni del Sud confinanti.
Emilia-Romagna	3,16%	Si conferma come polo attrattivo anche per l'ambulatoriale, sintomo di una rete sanitaria generalmente percepita come altamente efficiente e qualificata .

Fonte [la mobilità sanitaria in Italia - Monitor 2024 Agenas](#)

Capacità di Soddisfazione Interna (ISDI Ambulatoriale)

La soddisfazione della Domanda Interna, ovvero la capacità della regione di produrre un numero di prestazioni ambulatoriali potenzialmente sufficiente a soddisfare il bisogno di salute della regione, viene misurato tramite l'indice ISDI. L'indicatore può assumere valori maggiori, uguali o minori di uno e, a seconda del valore che assume, fornisce informazioni diverse sulla capacità della regione di soddisfare i bisogni di salute della propria popolazione residente. Come si evince dalla figura sottostante, l'ISDI complessivo per la specialistica ambulatoriale raggiunge l'equilibrio nella maggioranza delle regioni del Paese, con altre leggermente distanti dal punto di equilibrio, ad eccezione della Calabria (0,93), che presenta un discostamento negativo maggiore.

Agenas 2024: ISDI ambulatoriale



Fonte la mobilità sanitaria in Italia - Monitor 2024 Agenas

Il maggiore discostamento negativo è registrato dalla **Calabria (0,93)**. Sebbene meno drammatico rispetto all'ISDI ospedaliero, un valore inferiore a 1 indica comunque una **tensione strutturale** che spinge i cittadini a cercare le prestazioni all'esterno, probabilmente a causa dei colli di bottiglia nei **tempi di attesa**.

In sintesi, per la **specialistica ambulatoriale**, la fuga è meno dovuta alla ricerca di **altissima specializzazione** (come avviene per i ricoveri), ma è un segnale di allarme per le carenze nella sanità di prossimità, nei tempi di attesa e nell'efficienza della rete di base. Ridurre questa mobilità significa agire direttamente sull'organizzazione territoriale e sulla gestione delle liste d'attesa.

I motivi della mobilità

L'analisi della mobilità sanitaria non deve limitarsi alla conta dei pazienti che si spostano, ma deve interrogarsi sul **perché si spostano**. In una lettura civica, distinguere la mobilità "accettabile" da quella "inaccettabile" rivela la duplice natura della disparità territoriale

La mobilità legata all'**alta complessità** (DRG ad alta complessità), nel 2023 ha rappresentato il **42,2% della spesa complessiva** e le principali cause di spostamento restano legate, come negli anni precedenti, alle patologie del **sistema muscolo-scheletrico e connettivo**, che incidono per circa il 33%.

Il documento distingua la fuga sanitaria **evitabile** da quella "**fisiologica**" o "**accettabile**". Circa il **6% della mobilità totale** è classificata come **accettabile**, ovvero il paziente si ricovera fuori regione perché la struttura extraregionale è effettivamente più vicina (o conveniente in termini di tempo) della più prossima nella propria regione. La mobilità classificata come "**accettabile**" – circa il **6%** dei volumi complessivi – è il paradosso più doloroso per il cittadino. Si verifica quando il paziente si cura fuori regione non per ricerca di eccellenza, ma perché la struttura extra-regionale è **oggettivamente più vicina in termini di tempo o distanza** rispetto alla struttura più prossima all'interno della propria regione. Questo 6% non è un fenomeno fisiologico, bensì la prova del **fallimento della**

pianificazione territoriale e della logistica sanitaria. Non è accettabile che un cittadino residente in una zona di confine debba affrontare lunghi viaggi o attese per un servizio garantito in pochi minuti di auto oltre il confine amministrativo. Questo fenomeno viola il principio di **prossimità della cura** e costringe a inutili perdite di **tempo di vita**, specialmente per le cure più delicate come quelle del **periodo neonatale**

Tuttavia, il problema più grave rimane la **mobilità non di confine** (spostamenti lunghi), prevalentemente a carico dei residenti del **Sud** (72,78% dei volumi), che evidenzia lacune strutturali nell'offerta sanitaria del territorio di residenza. La stragrande maggioranza della mobilità è la **fuga per l'alta complessità**, un sintomo di una crisi strutturale profonda. Questa fuga non è guidata da criteri di prossimità, ma dalla ricerca di ciò che manca nella propria regione: **qualità, specializzazione e tempi di attesa ragionevoli**.

Questa mobilità è un vero e proprio **voto di sfiducia** dei cittadini verso il proprio sistema sanitario regionale, in particolare nel Sud (con Calabria a ISDI 0,81) dove l'offerta non riesce a soddisfare la domanda interna. Ciò trasforma il diritto universale alla cura in un **diritto acquisibile solo attraverso lo spostamento**, imponendo:

- **Costo logistico:** Viaggi, alloggio, assenza dal lavoro, e stress per il paziente e la sua famiglia.
- **Drenaggio economico:** Il Saldo Negativo (Campania -211,3 Mln €, Calabria -191,9 Mln €) drena risorse che, se investite localmente, potrebbero rafforzare l'offerta e ridurre la necessità di migrazione, innescando invece un circolo vizioso di impoverimento.

Il cittadino non deve mai essere costretto a viaggiare per motivi di logistica o per mancanza di fiducia nella qualità dei servizi del suo territorio. L'intervento politico deve quindi mirare a sanare il **deficit di qualità e il gap di specializzazione (combattere la fuga inaccettabile)** e, al contempo, a **ottimizzare la programmazione territoriale e la rete di prossimità**.

In sintesi

L'analisi del 2024 evidenzia che il Servizio Sanitario Nazionale è intrappolato in una **crisi strutturale dell'accesso alle prestazioni**, non più riconducibile a una coda pandemica, ma a un problema di sistema. La conseguenza più eclatante è il drammatico tasso di **rinuncia alle cure**, che ha coinvolto circa il 10% della popolazione: per la prima volta, l'ostacolo maggiore è risultato essere la **lunghezza delle liste d'attesa (6,8%)**, superando le difficoltà economiche. Questo dato segna il fallimento del principio di equità e universalità della cura. Di fronte a tale scenario, la risposta normativa – con il nuovo PNGLA e la Legge 107/2024 – ha puntato sulla trasparenza e sul potenziamento dell'offerta, individuando nella **Piattaforma Nazionale delle Liste d'Attesa (PNLA) di AGENAS** lo strumento cruciale per il monitoraggio in tempo reale.

Tuttavia, la sua stessa implementazione dimostra che **questa piattaforma cruciale è al momento inefficace o comunque fortemente limitata**. La sua mancata piena operatività, unita alla resistenza di diverse Regioni nel fornire i dati necessari, la rende un'arma spuntata. Dai dati che è stato possibile analizzare nella piattaforma appare sistematica la **violazione dei tempi massimi stabiliti per legge**. I dati, seppur parziali e frammentati, sono allarmanti: per le prestazioni di **Priorità P (Programmabile)**, che dovrebbero essere garantite entro 120 giorni, si registrano in ampie zone del Paese attese che superano di gran lunga i limiti, toccando picchi di **oltre 230 giorni per visite specialistiche e oltre 350**

giorni per accertamenti diagnostici. Il nostro accesso civico ha poi potuto confermare che il governo delle liste d'attesa è fortemente disomogeneo: **Alcune regioni, spesso del nord e del centro**, tendono a mostrare, seppur con criticità, una maggiore aderenza ai tempi previsti e una migliore organizzazione dei percorsi di tutela. Molte aree del Sud Italia invece, mostrano un'applicazione più debole dei meccanismi di monitoraggio. La mancata adozione o il mancato rigoroso rispetto dei tempi massimi previsti e il persistere della **chiusura delle agende** in molte strutture, rendono la normativa di fatto inefficace in molte realtà.

Questa frattura costringe spesso i cittadini a ricorrere alla **mobilità sanitaria** verso Regioni più efficienti, generando costi aggiuntivi per gli stessi servizi sanitari regionali e non solo, anche per i cittadini che debbono caricarsi di spese di viaggio e alloggio, generando di fatto una barriera economica *aggiuntiva*. La fuga di migliaia di cittadini dal proprio sistema sanitario regionale è, di fatto, un **voto di sfiducia** che non solo impone costi logistici e umani, ma drena risorse vitali dalle regioni in deficit. La maggior parte di questa mobilità è dettata dalla necessità di trovare altrove ciò che manca in loco: qualità, specializzazione e tempistiche appropriate.

4. ASSISTENZA SANITARIA TERRITORIALE

Introduzione

A più di due anni dall'adozione del DM 77/2022, l'assistenza territoriale continua a mostrare profonde disomogeneità tra Regioni e aree del Paese, con effetti particolarmente rilevanti per le persone con patologie croniche. In alcuni territori prosegue l'implementazione delle Case della Comunità, mentre in altri permangono assetti organizzativi precedenti (come le AFT) o si registrano vere e proprie situazioni di desertificazione sanitaria, che compromettono equità, continuità e presa in carico.

Parallelamente, le recenti misure di semplificazione – come l'abolizione di alcuni piani terapeutici e il passaggio alla dispensazione convenzionata di farmaci prima erogati in distribuzione diretta – stanno trasformando sensibilmente le modalità di accesso alle terapie per la cronicità.

Qual è lo stato di avanzamento della riforma dell'assistenza territoriale anche in considerazione degli obiettivi previsti dalla Missione 6 Componente 1 del PNRR? Come viene vissuta nel quotidiano la sanità di prossimità, con particolare riferimento alle esigenze di salute di pazienti affetti da patologie croniche? Per provare a rispondere a queste domande, Cittadinanzattiva ha incrociato dati ed informazioni provenienti da diverse fonti: una survey rivolta ai pazienti; le segnalazioni che sul tema riceviamo quotidianamente dai cittadini tramite le nostre strutture di ascolto, orientamento e tutela; l'accesso civico con cui in modo formale Cittadinanzattiva si è rivolta alle Regioni per chiedere dei dati ufficiali.

Il tutto anche con l'obiettivo di arricchire con elementi di concretezza e con un punto di vista civico le risultanze emerse dal recente monitoraggio del DM 77/2022 realizzato da AGENAS³³ (e relativo al I° semestre 2025, quindi con dati al 30/06/2025)³⁴ per Case della Comunità (CdC), Ospedali di Comunità (OdC), Centrali Operative Territoriali (COT), i servizi di assistenza domiciliare integrata (ADI) e cure palliative.

Di certo, la necessità di cogliere e documentare lo stato di avanzamento della riforma dell'assistenza sanitaria territoriale non nasce da un mero interesse procedurale o amministrativo, quanto piuttosto dalla realtà delle segnalazioni provenienti dai cittadini. Come già mostrato nelle pagine precedenti, Cittadinanzattiva ha raccolto 16.854 segnalazioni tramite il PiT Salute e ben il 17,9% hanno riguardato l'assistenza sanitaria di prossimità: di fatto, la presenza, l'accesso e la fruizione dei servizi territoriali rappresentano per i cittadini la seconda area di maggiore criticità sperimentata nel Servizio Sanitario Nazionale.

Una criticità che si conferma, come verrà meglio illustrato nelle pagine che seguono, anche nei dati della Survey rivolta alle persone con patologie croniche, che Cittadinanzattiva ha

³³ www.agenas.gov.it/aree-tematiche/comunicazione/primo-piano/2644-report-dm-77-2022-%E2%80%93-i-semestre-2025-dati-al-30-06-2025

³⁴ www.agenas.gov.it/images/2025/dm77/Report_Nazionale_DM77_I_semestre_2025.pdf

condotto nel 2025, e dai quali emerge una forte difficoltà di accesso alle strutture previste dal DM 77/2022, la carenza di figure chiave della prossimità e, in molte aree del Paese, una vera e propria desertificazione sanitaria.

È da qui che muove la trattazione di questa sezione del Rapporto Civico, con l'obiettivo di offrire una lettura integrata — e soprattutto orientata dal punto di vista dei cittadini — dello stato di avanzamento della riforma territoriale. L'analisi parte dai dati ufficiali oggi disponibili, in particolare quelli pubblicati sul portale Agenas, che svolge un ruolo cruciale nel monitorare in maniera continuativa l'attuazione del DM 77/2022 e il progresso della Missione 6 del PNRR. Gli indicatori del monitoraggio PNRR rappresentano un riferimento fondamentale, anche se non restituiscono in modo completo ciò che i cittadini sperimentano quotidianamente. Essi, infatti:

- non misurano la distanza effettiva dai servizi;
- non rilevano le ore di ADI erogate nelle diverse intensità assistenziali;
- non evidenziano il livello di integrazione tra componente sanitaria e sociale;
- non colgono gli ostacoli quotidiani vissuti da chi convive con una patologia cronica;
- non riflettono l'impatto economico sostenuto dalle famiglie per l'accesso alle RSA.

Per tali ragioni, accanto ai dati ufficiali, Cittadinanzattiva si è adoperata per costruire una lettura civica integrata, incrociando fonti diverse e restituendo un quadro più aderente alle esperienze delle persone.

Questa sezione del Rapporto Civico si articola nei seguenti capitoli:

1. Stato di attuazione della riforma territoriale
2. Survey rivolta a pazienti con patologie croniche
3. Accesso civico generalizzato sull'Assistenza Domiciliare Integrata (ADI)
4. Le Residenze Sanitarie Assistite (RSA): tra tariffe, diritti e diseguaglianze

4.1 STATO DI ATTUAZIONE DELLA RIFORMA DELL'ASSISTENZA SANITARIA TERRITORIALE

Il capitolo che si concentra sullo stato di attuazione delle strutture previste dal DM 77/2022: Case della Comunità, Centrali Operative Territoriali e Ospedali di Comunità.

Partiamo dall'analizzare il grado di attuazione delle **Case della Comunità**, confrontando i risultati effettivamente conseguiti con gli obiettivi programmati e valutando le implicazioni in termini di diritti, prossimità ed equità.



Fonte: Rapporto Civico Salute – Cittadinanzattiva 2025: - Elaborazione su dati Agenas, Monitoraggio DM 77/22 al 30-6-25

Al 30 giugno 2025, Solo 660 CdC su 1.723 programmate (CIS + extra CIS) risultano avere almeno un servizio dichiarato operativo, pari al **38%** del totale. Una percentuale che pone in evidenza come la trasformazione territoriale sia ancora lontana dall'essere compiuta.

Le differenze tra territori sono profonde, come evidenzia la “Tabella di sintesi attuazione strutture DM 77/2022 nelle regioni”, che segue. Alcune **regioni hanno compiuto progressi significativi** riguardo all'attivazione delle CdC: Friuli Venezia Giulia: 94%; Emilia-Romagna: 75%; Lombardia: 70%; Marche: 69%; Lazio: 65%; Veneto: 64% e Toscana: 45%

Accanto a queste realtà, però, emergono **regioni gravemente in ritardo**. Abruzzo, Basilicata, Campania e PA Bolzano **non hanno attivato nessun servizio**, nonostante oltre 250 strutture programmate. Calabria, Puglia e Sicilia mostrano **avanzamenti minimi** (tra l'1% e il 6%).

Questo disallineamento non riguarda solo l'attivazione, ma coinvolge anche la capacità di **garantire gli standard** previsti. Il raggiungimento del target PNRR per il 2026 infatti non richiede solo l'apertura delle strutture, ma la piena aderenza al modello DM 77/2022 e, dai dati Agenas emerge che:

- le strutture con tutti i servizi obbligatori attivi **senza** presenza medica e infermieristica sono **172**.
- le strutture che soddisfano **pienamente** anche i requisiti di personale medico e infermieristico³⁵ sono soltanto **46**, ovvero **meno del 3%** dell'intero sistema delle CdC. Lo scarto dagli obiettivi è quindi molto più drammatico di quanto suggerito dalla mera percentuale di “strutture attive”.

In questo scenario, **ben 14 Regioni mostrano livelli di attivazione talmente ridotti da mettere concretamente a rischio il diritto alla prossimità sancito dal DM 77/2022.**

³⁵ Il DM77/2022 prevede una presenza medica pari a 24 ore al giorno per 7 giorni a settimana nelle CdC hub e almeno 12 ore al giorno per 6 giorni a settimana per le CdC spoke. La presenza infermieristica è prevista per almeno 12 ore al giorno per 7 giorni a settimana nelle CdC hub e almeno 12 ore al giorno per 6 giorni a settimana per le CdC spoke.

Il quadro non migliora se si guarda alla **distribuzione dei servizi obbligatori delle Case della Comunità nelle diverse macro-aree del Paese**, dove emergono squilibri tali da compromettere anche il principio di equità territoriale.

Distribuzione dei servizi obbligatori nelle CdC per Macroarea



Fonte: Rapporto Civico Salute – Cittadinanzattiva 2025: - Elaborazione su dati Agenas, Monitoraggio DM 77/22 al 30-6-25

CENTRALI OPERATIVE TERRITORIALI (CoT)

651	638	98%
COT programmate	COT pienamente funzionanti	Tasso di attivazione
Totale Centrali Operative Territoriali programmate (CIS ed Extra CIS)	Centrali certificate e operative al 30 giugno 2025	Percentuale di COT attivate rispetto alla programmazione

Fonte: Rapporto Civico Salute – Cittadinanzattiva 2025: - Elaborazione su dati Agenas, Monitoraggio DM 77/22 al 30-6-25

Le Centrali Operative Territoriali (CoT) rappresentano il fulcro del **coordinamento della presa in carico** della persona e dell'erogazione delle cure domiciliari, garantendo continuità assistenziale e integrazione tra servizi e professionisti. Il Target PNRR M6C1-7 prevedeva la loro attivazione completa entro il 31 dicembre 2024.

Tra le strutture previste dal DM 77/2022 le CoT sono la componente più avanzata della riforma territoriale. Dal monitoraggio Agenas emerge:

- **638 CoT pienamente funzionanti su 651 programmate**
- **98% di attivazione nazionale**, in pratica, all'appello mancano solo 5 COT in Campania e 8 in Sardegna.

Il target PNRR è stato raggiunto e superato già nel 2024. Tuttavia, il dato quantitativo, pur significativo, non è sufficiente da solo a restituire un quadro completo, in quanto occorrerebbe valutare anche: la dotazione effettiva di personale (medici, infermieri, case manager, amministrativi); gli orari di funzionamento; il livello di interoperabilità informatica con ADI, MMG e ospedale; la capacità di presa in carico dei casi complessi; etc.

Il fatto che tutte le Regioni dispongano almeno di una CoT funzionante rappresenta un elemento positivo e contribuisce a contenere i rischi di diseguaglianza territoriale. Tuttavia l'indicatore "100% CoT attive" può risultare parziale rispetto alla reale operatività.

Come detto, le COT svolgono un ruolo centrale nel coordinamento dei servizi di assistenza domiciliare, nelle cure palliative e nella gestione dei pazienti cronici, confermandosi uno degli elementi più consolidati della riforma³⁶. In assenza di una rete di CdC e OdC pienamente funzionante, di fatto le CoT cosa possono coordinare?

³⁶ www.nurse24.it/specializzazioni/territorio-e-altro/assistenza-territoriale-agenas-meta-2025-case-comunita.html



Fonte: Rapporto Civico Salute – Cittadinanzattiva 2025: - Elaborazione su dati Agenas, Monitoraggio DM 77/22 al 30-6-25

Gli Ospedali di Comunità sono strutture sanitarie territoriali dedicate a ricoveri brevi per pazienti che necessitano di interventi sanitari a media o bassa intensità clinica e di degenze di breve durata.

Il Monitoraggio Agenas mostra che solo **153 dei 592 OdC programmati** risultano attivi (26%), per un totale di 2.716 posti letto. Si tratta dell'investimento più complesso, perché richiede infrastrutture fisiche definitive, personale H24 e servizi ad alta intensità organizzativa. Anche qui la geografia fa la differenza. Ci sono realtà più avanzate, come **PA Trento (75%)**, **Veneto (63%)**, **Molise (100% ma su 2 strutture)**, **Toscana (47%)**, **Emilia-Romagna (45%)**, **Umbria (44%)**, e Regioni con 0% di attivazione quali: Basilicata, Calabria, Marche, PA Bolzano, Valle d'Aosta.

In ottica di equità, il divario Nord-Sud è ancora più marcato che per le CdC. Il ritardo sugli OdC è significativo: attivare il restante **74%** entro metà 2026 significa accelerare in modo straordinario; qui le preoccupazioni sono ancora più forti riguardo al rischio altissimo di non raggiungere il target PNRR.

Tabella di sintesi attuazione strutture DM 77/2022 nelle regioni

Regione/ PA	N° ASL	Popolazione Residente	Case della Comunità (CdC) programmate	Strutture da programmazione regionale assimilabili a CdC con almeno un servizio attivo	%	CdC con tutti i servizi obbligatori dichiarati attivi, <u>eccetto</u> presenza medica e infermieristica	%	CdC con tutti i servizi obbligatori dichiarati attivi, <u>inclusa</u> presenza medica e infermieristica	%	Centrali Operative Territoriali (CoT) previste	Centrali Operative Territoriali (CoT) pienamente funzionanti e certificate	%	Ospedali di Comunità (OdC) previsti	Ospedali di Comunità (OdC) previsti dichiarati attivi	%
Abruzzo	4	1.268.430	42	0	0%	0	0%	0	0%	13	13	100%	15	6	40%
Basilicata	2	529.897	19	0	0%	0	0%	0	0%	6	6	100%	5	0	0%
Calabria	5	1.832.147	63	2	3%	2	3%	0	0%	21	21	100%	20	0	0%
Campania	7	5.575.025	191	0	0%	0	0%	0	0%	79	74	94%	61	1	2%
Emilia-Romagna	8	4.465.678	187	140	75%	32	17%	8	4%	47	47	100%	53	24	45%
Friuli-Venezia Giulia	3	1.194.095	32	30	94%	0	0%	0	0%	12	12	100%	15	3	20%
Lazio	10	5.710.272	146	95	65%	7	5%	5	3%	61	61	100%	42	2	5%
Liguria	5	1.509.908	33	16	48%	6	18%	2	6%	17	17	100%	11	2	18%
Lombardia	25	10.035.481	204	142	70%	64	31%	12	6%	102	102	100%	64	26	41%
Marche	5	1.481.252	29	20	69%	4	14%	1	3%	15	15	100%	9	0	0%
Molise	1	287.966	13	2	15%	2	15%	2	15%	3	3	100%	2	2	100%
Piemonte	12	4.255.702	96	31	32%	5	5%	1	1%	43	43	100%	30	1	3%
PA Bolzano	1	539.386	10	0	0%	0	0%	0	0%	5	5	100%	3	0	0%
PA Trento	1	546.709	12	2	17%	1	8%	0	0%	5	5	100%	4	3	75%
Puglia	6	3.874.166	123	1	1%	1	1%	0	0%	50	50	100%	49	7	14%
Sardegna	8	1.561.339	80	27	34%	0	0%	0	0%	24	16	67%	34	2	6%
Sicilia	9	4.779.371	161	9	6%	5	3%	2	1%	50	50	100%	48	4	8%
Toscana	3	3.660.834	157	70	45%	23	15%	7	4%	39	39	100%	36	17	47%
Umbria	2	851.954	22	6	27%	3	14%	2	9%	9	9	100%	16	7	44%
Valle d'Aosta	1	122.714	4	4	100%	1	25%	1	25%	1	1	100%	2	0	0%
Veneto	9	4.851.851	99	63	64%	16	16%	3	3%	49	49	100%	73	46	63%
ITALIA	127	58.934.177	1723	660	38%	172	10%	46	3%	651	638	98%	592	153	26%

Fonte: Rapporto Civico Salute – Cittadinanzattiva 2025: - Elaborazione su dati Agenas, Monitoraggio DM 77/22 al 30-6-25

Monitoraggio infrastrutture sanitarie territoriali

L'analisi delle strutture sanitarie territoriali rivela significative disparità nei livelli di implementazione. Le Centrali Operative Territoriali hanno raggiunto un alto tasso di completamento 98%, mentre gli Ospedali di Comunità e le Case della Comunità mostrano gap sostanziali rispettivamente del 74% e 62%.



Fonte: Rapporto Civico Salute – Cittadinanzattiva 2025: - Elaborazione su dati Agenas, Monitoraggio DM 77/2022 al 30-6-25

Considerazioni

Il monitoraggio AGENAS del DM 77/2022 offre una fotografia del sistema territoriale, ma restituisce un quadro ancora fortemente disomogeneo e lontano da un livello soddisfacente. A fronte di una rete delle CoT ormai prossima al raggiungimento dell'obiettivo, le Case della Comunità e gli Ospedali di Comunità registrano ritardi significativi.

Con l'avvicinarsi delle scadenze del PNRR, il percorso di attuazione appare ancora lungo e segnato da profonde differenze regionali, che rischiano di accentuare le disuguaglianze nell'accesso alle cure.

Una riforma nata per uniformare gli standard territoriali sembra, nella fase attuale, produrre esiti diseguali: le CdC mostrano un'implementazione parziale e non omogenea, le CoT rappresentano un avanzamento rilevante ma insufficiente, mentre gli OdC procedono con estrema lentezza.

Nel complesso, emerge una riforma ancora in costruzione, con livelli di maturazione molto diversi tra i territori. Accanto a esperienze virtuose, persistono ritardi che incidono sulla continuità della presa in carico e sulla reale prossimità dell'assistenza. Pur riconoscendo i progressi compiuti, in particolare sulle CoT, è necessario un ulteriore e deciso impegno istituzionale per rendere pienamente operativa e uniforme questa rete territoriale di servizi delineati a valle del PNRR.

4.2 SURVEY RIVOLTA A PAZIENTI CON PATHOLOGIE CRONICHE

Per capire fino a che punto l'attuale situazione della sanità di prossimità possa ingenerare disagi e perpetrare diseguaglianze tra la popolazione, Cittadinanzattiva ha condotto, attraverso la rete del Coordinamento Nazionale delle Associazioni di malati cronici e rari (CnAMC), una survey tra luglio e settembre 2025, rivolta in particolare a cittadini affetti da patologie croniche, 123 di loro alle prese con malattie rare. All'indagine hanno partecipato in totale 1136 persone, in larghissima parte donne (89%) rappresentative di differenti condizioni di cronicità: ben il 65,8% ha dichiarato di essere in cura per almeno due patologie.

OBIETTIVI DELL'INDAGINE E PROFILO DEI RISONDENTI

Obiettivi e ambiti di indagine della survey

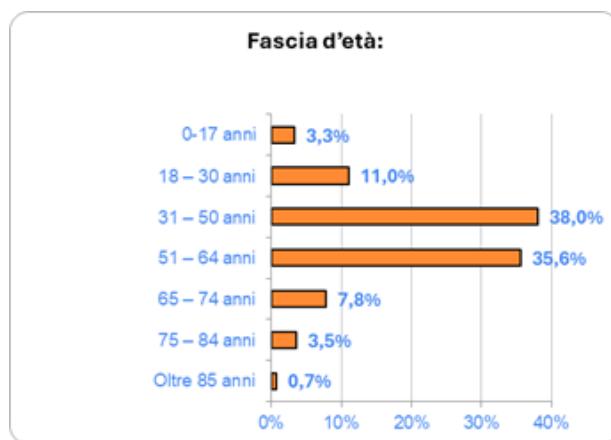
- **Rilevare il punto di vista di cittadini e pazienti** sull'attuazione della riforma dell'assistenza territoriale, con particolare riferimento a: ADI, Case e Ospedali di Comunità, rapporto MMG–AFT–CDC–Distretto.
- **Far emergere i problemi legati alla desertificazione sanitaria**, ovvero l'assenza o insufficienza di professionisti e strutture, e i conseguenti effetti sulla gestione della cronicità, sulla qualità percepita dei servizi e sulle diseguaglianze territoriali.
- **Raccogliere priorità e proposte politiche**, rafforzando il ruolo civico nella governance del sistema sanitario e orientando le politiche pubbliche verso modelli realmente aderenti ai bisogni delle persone.

La finalità ultima è quella di restituire una lettura fondata sulle esperienze dirette delle persone, evidenziando criticità, bisogni e aspettative rispetto ai servizi territoriali. Infatti, il focus ha inteso approfondire, dal punto di vista dei pazienti:

- l'accessibilità e la funzionalità dei servizi di prossimità, a partire da quelli previsti dal DM 77/2022;
- le criticità e le opportunità nella continuità ospedale–territorio;
- il livello di semplificazione dei percorsi terapeutici e dell'accesso ai farmaci;
- l'impatto delle carenze strutturali e professionali sui percorsi di presa in carico.

Profilo dei rispondenti: genere, età e carico di cronicità

Il campione risulta composto in larga maggioranza da donne, che rappresentano l'89% dei partecipanti, mentre gli uomini costituiscono l'11%.



Fonte: Rapporto Civico Salute – Cittadinanzattiva 2025 – elaborazione dati rete CnAMC

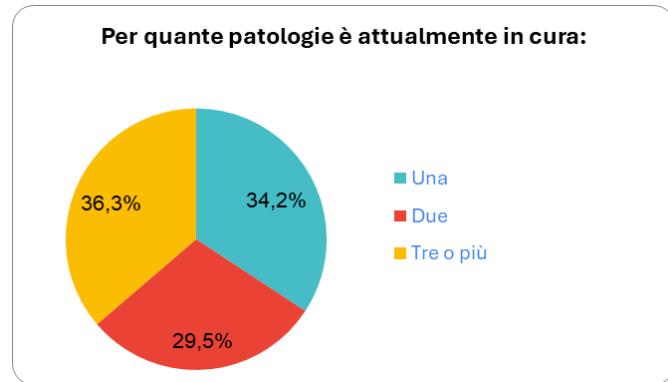
La distribuzione per età evidenzia un campione composto principalmente da persone in età lavorativa o prossime alla pensione, data la prevalenza di persone in età adulta e matura:

- 31–50 anni: 38%
- 51–64 anni: 35,6%

Il carico di cronicità appare rilevante:

- 36,3% è in cura per tre o più patologie
- 29,5% per due
- 34,2% per una sola.

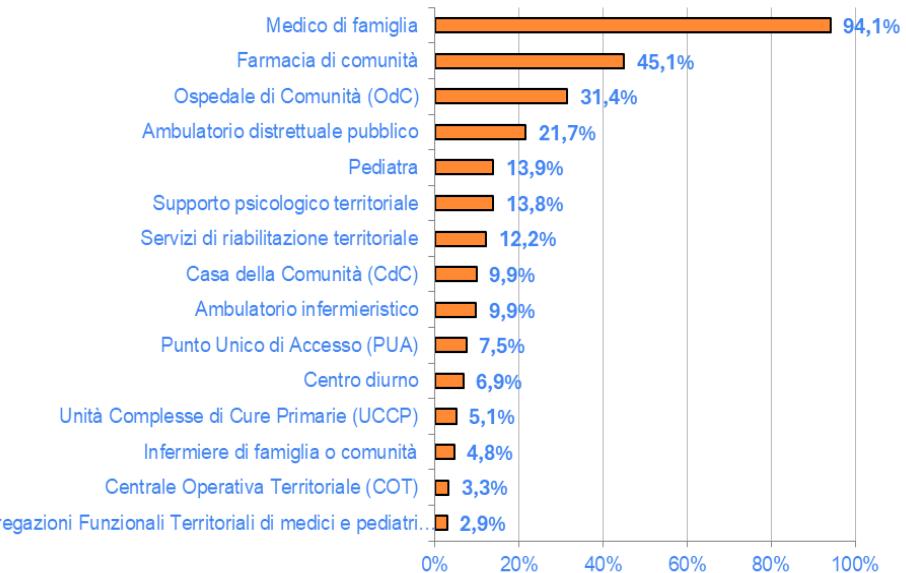
Quasi due terzi convivono con una multi-cronicità, condizione che richiede percorsi assistenziali ben coordinati, semplificazione terapeutica e un'elevata integrazione tra i diversi livelli dell'assistenza.



Fonte: Rapporto Civico Salute – Cittadinanzattiva 2025 – elaborazione dati rete CnAMC

ACCESSO AI SERVIZI TERRITORIALI E CARENZE

Quali servizi sono per lei raggiungibili agevolmente:



Fonte: Rapporto Civico Salute – Cittadinanzattiva 2025 – elaborazione dati rete CnAMC

Emerge un quadro fortemente disomogeneo in termini di accessibilità ai servizi di prossimità. Il medico di famiglia risulta essere il servizio più facilmente raggiungibile: il 94,1% degli intervistati dichiara di poterlo raggiungere agevolmente (entro 30 minuti o nel raggio di 5 km). Si tratta di un dato atteso, che conferma il ruolo di prossimità del MMG rispetto agli altri servizi territoriali. Seguono le farmacie di comunità (45,1%).

Molto diversa è invece la situazione in particolare per i servizi previsti dal DM 77/2022, che mostrano livelli di accessibilità generalmente ridotti. In particolare:

- Ospedale di Comunità (31,4%)
- Ambulatorio distrettuale pubblico (21,7%)

- Casa della Comunità (9,9%)
- Ambulatorio infermieristico (9,9%)
- Punto Unico di Accesso – PUA (7,5%)
- Centrale Operativa Territoriale – COT (3,3%)
- Infermiere di famiglia o comunità (4,8%).

Questi dati confermano che molte delle strutture e funzioni introdotte con la riforma territoriale non sono ancora pienamente operative, oppure risultano distribuite in modo non omogeneo sul territorio nazionale, rendendole poco accessibili per una parte consistente dei cittadini.

Anche altri servizi di particolare rilevanza presentano difficoltà di accesso:

- Pediatra (13,9%)
- Supporto psicologico territoriale (13,8%)
- Servizi di riabilitazione (12,2%)
- Centri diurni (6,9%)

Nel complesso, il dato conferma un modello di prossimità ancora largamente centrato solo sul medico di famiglia, a cui si affianca un buon livello di avanzamento della farmacia dei servizi, mentre la rete territoriale delineata dal DM 77/2022 – che dovrebbe integrare servizi medici, infermieristici, sociali e sociosanitari – rimane per molti cittadini distante, frammentata o non ancora disponibile.

Questa limitata accessibilità incide in modo significativo sui percorsi delle persone con patologie croniche, che necessitano invece di una rete territoriale completa, facilmente raggiungibile e integrata.

Percezione di assenza o carenza di figure sanitarie chiave

I cittadini segnalano **carenza di specialisti pubblici**, indicata dal **54,4%** dei rispondenti. Si tratta della criticità più ricorrente, che conferma un problema strutturale noto e ampiamente segnalato, dovuto anche ad una distribuzione disomogenea delle competenze tra aree urbane e rurali, con conseguenti ripercussioni in termini di tempi di attesa elevati e difficoltà di reperimento degli specialisti sul territorio.



Fonte: Rapporto Civico Salute – Cittadinanzattiva 2025 – elaborazione dati rete CnAMC

Meno frequente, ma comunque rilevante, è la segnalazione della carenza del **medico di medicina generale** (20%), dato che riflette in parte i fenomeni di pensionamento, sotto-organico e desertificazione sanitaria già registrati in molte Regioni e ampiamente denunciati da Cittadinanzattiva³⁷.

Tenuto conto che il 15,9% dei partecipanti dichiara di non aver riscontrato alcuna carenza (ed un ulteriore 20,3% non ha saputo rispondere) risulta indicativa la carenza dell'**infermiere di comunità**, denunciata dal **14,4%** degli intervistati. Sporadiche le segnalazioni che rilevano una scarsità di farmacie di comunità (6,2%) e di pediatri di libera scelta (3,0%).

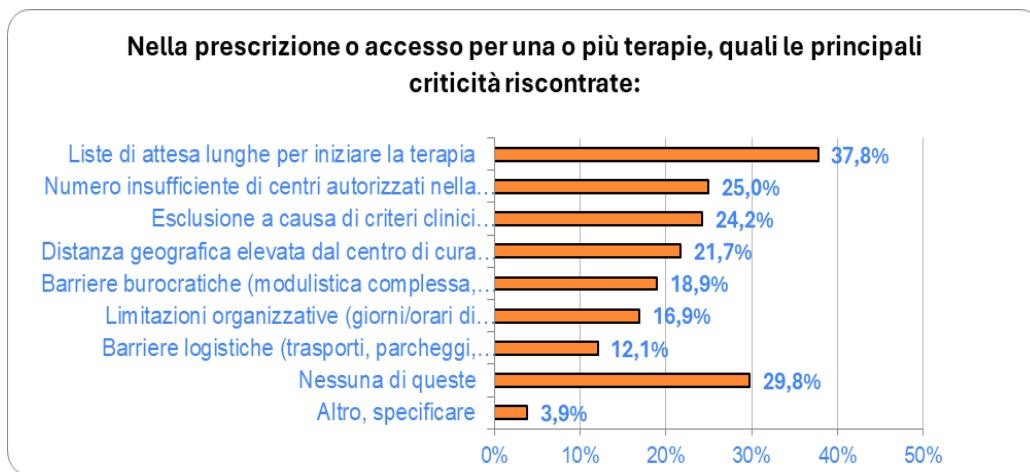
Nel complesso, i dati confermano come l'attuale rete territoriale risulti percepita come **parzialmente incompleta**: la carenza degli specialisti pubblici emerge come la criticità più significativa, seguita da una ridotta accessibilità al medico di famiglia e da una presenza ancora insufficiente di figure cardine del nuovo modello territoriale derivante dal DM 77/2022 quali gli infermieri di comunità.

Queste percezioni sono particolarmente rilevanti per chi convive con patologie croniche, per le quali la mancanza di prossimità e continuità rischia di tradursi in rinvii, discontinuità assistenziale e ricorso improprio al privato.

SEMPLIFICAZIONE PRESCRITTIVA E DISPENSATVA DEI FARMACI

Criticità nell'accesso e nella prescrizione delle terapie

Le difficoltà segnalate dagli intervistati delineano un percorso spesso complesso e frammentato, caratterizzato da ostacoli sia organizzativi sia territoriali.



Fonte: Rapporto Civico Salute – Cittadinanzattiva 2025 – elaborazione dati rete CnAMC

- La principale difficoltà riportata è rappresentata dalle **liste di attesa lunghe per iniziare la terapia**, indicate dal **37,8%** dei rispondenti. Questo dato conferma che, anche quando la prescrizione è stata ottenuta, l'avvio effettivo del trattamento può subire ritardi significativi, con ripercussioni sulla continuità e sull'efficacia delle cure.
- Il **25%** segnala un **numero insufficiente di centri autorizzati nella propria Regione**, elemento particolarmente rilevante per terapie innovative o ad alta complessità. La

³⁷ Applied Sciences Research Periodicals (June2023, Vol. 1, No. 3): "Health needs in Italy, between medical desertification and the National Recovery and Resilience Plan. Province where you go, shortage of health personnel that you find". Cfr. <https://hspublishing.org/ASRP/article/view/110/98>

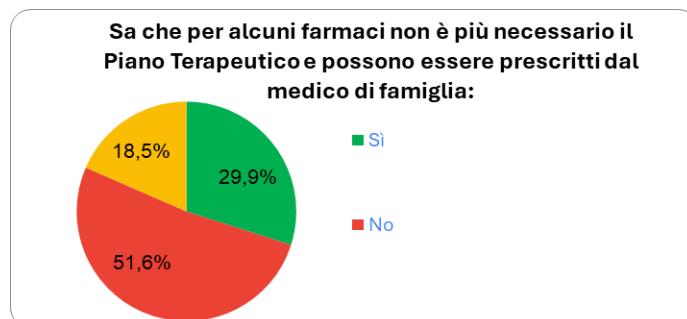
Applied Sciences Research Periodicals (July2023, Vol. 1, No. 4): "Medical desertification and National Recovery and Resilience Plan in Italy: Focus on Inner Areas". <https://hspublishing.org/ASRP/article/view/138/128>

concentrazione dei centri in poche strutture specialistiche crea inevitabili disuguaglianze territoriali e aumenta la pressione su quelle esistenti.

- Il **24,2%** degli intervistati riferisce di essere stato **escluso dalla terapia** a causa di criteri clinici restrittivi, talvolta diversi tra Regioni o Aziende Sanitarie. Si tratta di una criticità che evidenzia potenziali disomogeneità applicative e rischi di inequità nell'accesso.
- Un ulteriore **21,7%** indica la **distanza dal centro di cura** come ostacolo, mentre il **12,1%** segnala barriere logistiche legate a trasporti, parcheggi o barriere architettoniche. Questi elementi incidono in modo particolare sulle persone con cronicità, fragilità fisiche o scarsa disponibilità economica.
- Le **barriere burocratiche** (18,9%: modulistica complessa, richieste ripetitive, passaggi formali tra servizi) e le **limitazioni organizzative** (16,9%: es. orari ridotti, pochi giorni di erogazione, scarsa flessibilità, etc.) completano il quadro delle difficoltà più frequenti. Si tratta di elementi che rallentano e complicano i percorsi, aumentando il carico per i pazienti e per le famiglie.
- Il 29,8% dichiara di non aver riscontrato nessuna delle criticità elencate. Questa quota, pur significativa, non ridimensiona la portata complessiva dei problemi segnalati: al contrario, indica una forte variabilità territoriale e differenze legate al tipo di terapia, alla patologia e alla Regione di residenza.

Semplificazioni prescrittive di farmaci: conoscenza della nuova possibilità

La metà dei rispondenti (**51,6%**) dichiara **di non essere a conoscenza** del fatto che le glifozine – utilizzate nel diabete, nello scompenso cardiaco e nella malattia renale – possono ora essere prescritte direttamente dal **medico di medicina generale**, senza Piano Terapeutico. Solo il **29,9%** ne è pienamente informato, mentre il **18,5%** riferisce di averne sentito parlare ma senza sapere cosa comporti.



Fonte: Rapporto Civico Salute – Cittadinanzattiva 2025 – elaborazione dati rete CnAMC

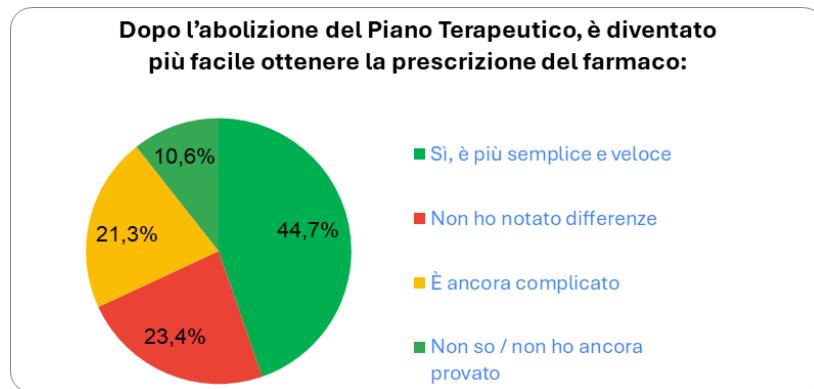
Questo dato segnala una **ampia area di mancata informazione**: nonostante la semplificazione, molti pazienti non sono a conoscenza della nuova possibilità o non comprendono appieno come questa modifichi il percorso terapeutico. Ciò suggerisce la necessità di una comunicazione più strutturata e capillare, sia da parte dei professionisti sia dei servizi territoriali.

L'effetto della semplificazione sulla prescrizione del farmaco

Tra coloro che utilizzano le glifozine, la semplificazione è percepita in maniera prevalentemente positiva:

- **44,7%** afferma che ottenere la prescrizione è diventato **più semplice e veloce**
- **23,4%** non osserva differenze
- **21,3%** riferisce che è ancora complicato
- **10,6%** non ha ancora provato

Il dato conferma un miglioramento complessivo, ma mostra anche una **quota non marginale (circa un paziente su cinque)** che continua a sperimentare difficoltà, a indicare che la piena attuazione della semplificazione non è uniforme su tutto il territorio.



Fonte: Rapporto Civico Salute – Cittadinanzattiva 2025 – elaborazione dati rete CnAMC

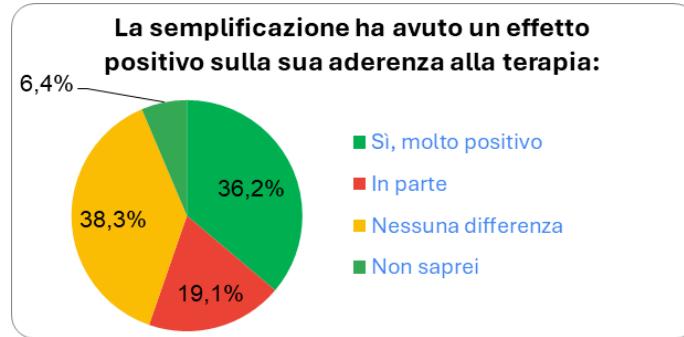
Modalità di dispensazione del farmaco

La quasi totalità dei rispondenti (**95,7%**) dichiara di ricevere il farmaco tramite **farmacia di comunità**, come previsto in regime convenzionato, mentre solo il **4,3%** riferisce modalità ancora legate alla distribuzione diretta. Questo dato evidenzia una **transizione ormai quasi completa** verso il canale territoriale, con un forte impatto positivo in termini di prossimità, accessibilità e riduzione degli spostamenti.

Effetti sulla continuità e sull'aderenza terapeutica

La semplificazione prescrittiva è percepita come un elemento utile anche ai fini dell'aderenza:

- **36,2%** riferisce un effetto **molto positivo**
- **19,1%** un beneficio **parziale**
- **38,3%** non nota differenze
- **6,4%** non sa



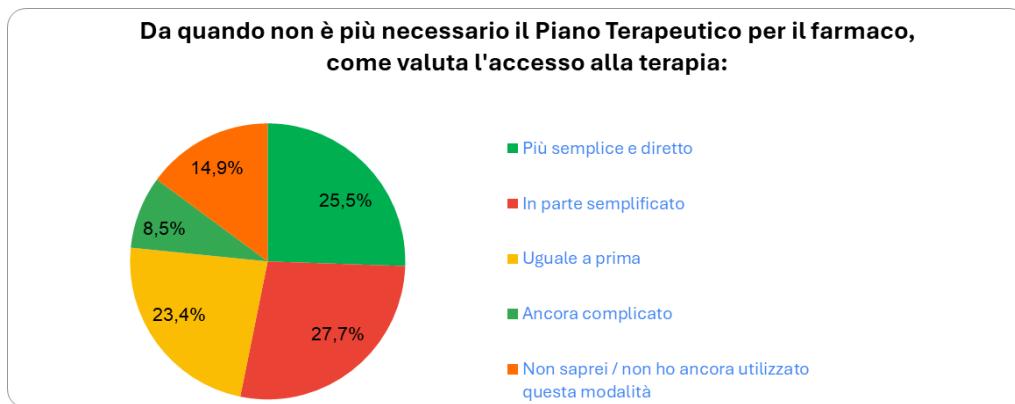
Fonte: Rapporto Civico Salute – Cittadinanzattiva 2025 – elaborazione dati rete CnAMC

Complessivamente, oltre la metà dei rispondenti riscontra un miglioramento almeno in parte, ma resta una quota consistente per la quale la semplificazione non produce effetti immediati.

Ciò potrebbe riflettere situazioni di gestione già regolare della terapia piuttosto che altre barriere (organizzative, di continuità assistenziale, di relazione medico-paziente).

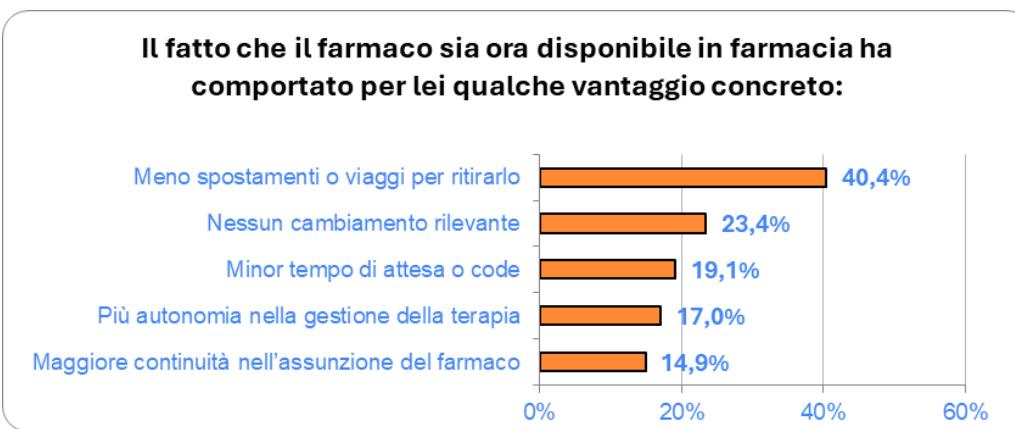
Valutazione complessiva dell'accesso dopo la semplificazione

Circa la qualità dell'accesso ai trattamenti dopo l'abolizione del Piano Terapeutico, le risposte delineano una situazione articolata: per il 25,5% l'accesso è diventato più semplice e diretto, il 27,7% rileva una semplificazione solo parziale, mentre il 23,4% non riscontra cambiamenti rispetto al passato. Permangono tuttavia criticità per l'8,5%, che giudica l'accesso ancora complicato, e una quota del 14,9% che non si esprime o non ha ancora sperimentato questa modalità.



Fonte: Rapporto Civico Salute – Cittadinanzattiva 2025 – elaborazione dati rete CnAMC

Effetti concreti dell'accesso tramite farmacia di comunità e vantaggi percepiti nella dispensazione territoriale



Fonte: Rapporto Civico Salute – Cittadinanzattiva 2025 – elaborazione dati rete CnAMC

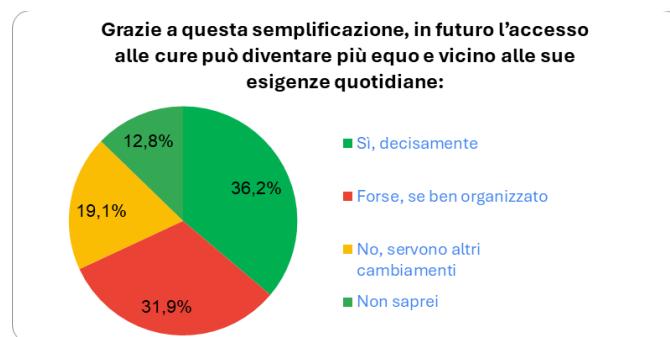
L'accesso alle glifozine tramite **farmacia di comunità**, anziché tramite ospedale o specialisti, genera benefici tangibili per molti pazienti:

- **40,4%** segnala **meno spostamenti o viaggi per il ritiro**, evidenziando un impatto diretto sulla qualità della vita quotidiana, soprattutto per chi vive lontano dai centri ospedalieri o ha difficoltà motorie.
- **19,1%** riporta **minor tempo di attesa o code**, elemento che valorizza la maggiore flessibilità e prossimità della farmacia.
- **17,0%** riferisce **più autonomia nella gestione della terapia**, confermando il ruolo del canale territoriale nel favorire percorsi di cura più semplici e auto-gestibili.
- **14,9%** indica una **maggior continuità nell'assunzione del farmaco**, dato coerente con i miglioramenti già rilevati sull'aderenza terapeutica.

Tuttavia, una quota non trascurabile (23,4%) afferma di non aver riscontrato cambiamenti rilevanti, a conferma della **eterogeneità** e della non completa uniformità dei benefici percepiti.

Aspettative future: equità e prossimità

Alla domanda sulle prospettive per il futuro, prevale un atteggiamento complessivamente positivo: il **36,2%** ritiene che la semplificazione possa rendere l'accesso alle cure **più equo e vicino ai bisogni quotidiani**. Il **31,9%** esprime un giudizio moderatamente favorevole ("forse, se ben organizzato"), evidenziando un atteggiamento prudente ma aperto.



Fonte: Rapporto Civico Salute – Cittadinanzattiva 2025 – elaborazione dati rete CnAMC

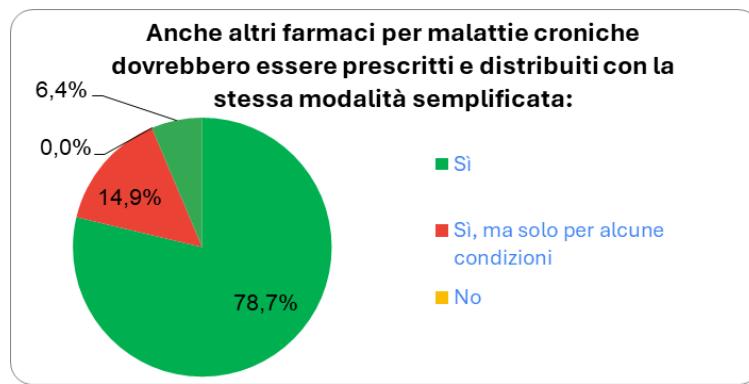
Quasi un intervistato su cinque (**19,1%**) ritiene invece che **siano necessari ulteriori cambiamenti**, mentre il **12,8%** non ha un'opinione definita.

Questo quadro conferma che la semplificazione è vista come una **misura utile**, ma non sufficiente da sola a garantire equità e prossimità: servono un'informazione più capillare, una piena attuazione a livello territoriale e un miglior coordinamento tra MMG, specialisti e farmacie.

Ampliamento della semplificazione ad altri farmaci per malattie croniche

L'atteggiamento dei pazienti rispetto alla possibilità di estendere questo modello ad altri farmaci per la cronicità è largamente positivo:

- 78,7% è pienamente favorevole;
- 14,9% è favorevole solo per alcune condizioni, segnalando un approccio più selettivo;
- 6,4% non esprime un'opinione, mentre **nessuno si dichiara contrario**.



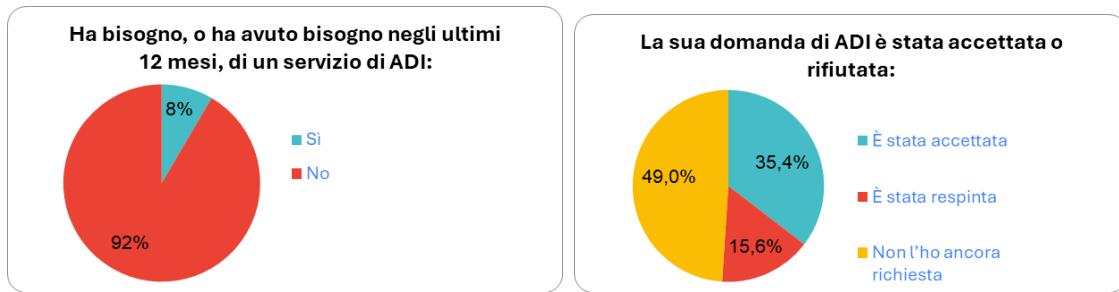
Fonte: Rapporto Civico Salute – Cittadinanzattiva 2025 – elaborazione dati rete CnAMC

Si tratta di un dato estremamente significativo: la quasi totalità dei rispondenti riconosce il valore della semplificazione e la considera applicabile, con le dovute cautele, anche ad altri ambiti terapeutici.

Questo consenso così ampio suggerisce che i pazienti percepiscono la semplificazione come un intervento di sistema, capace di ridurre disegualanze, aumentare la comodità e

favorire la continuità terapeutica, soprattutto nelle condizioni croniche che richiedono un rapporto costante con la rete territoriale.

ACCESSO E QUALITÀ DELL'ASSISTENZA DOMICILIARE INTEGRATA (ADI)



Fonte: Rapporto Civico Salute – Cittadinanzattiva 2025 – elaborazione dati rete CnAMC

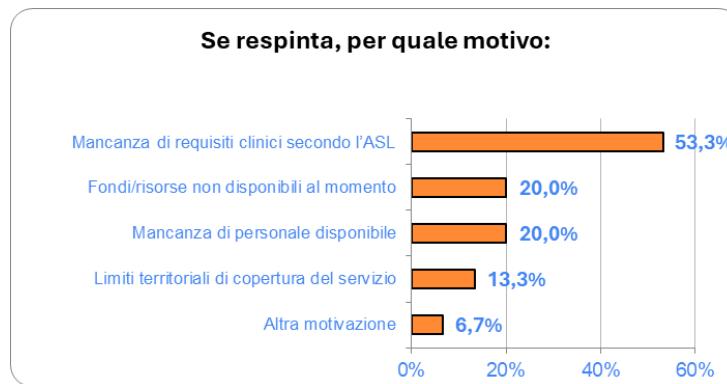
Del campione intervistato, solo una piccola minoranza (8%) dichiara di aver avuto bisogno di un servizio di ADI negli ultimi 12 mesi. Ciò detto, tra i rispondenti che hanno dichiarato di averne bisogno, il 35,4% riferisce che la domanda è stata accettata, mentre il 15,6% ha avuto un rifiuto. Un dato da evidenziare è che quasi la metà (49%) non ha ancora presentato una richiesta pur avendone potenzialmente bisogno. Questo può implicare diversi elementi:

- mancanza di informazioni chiare su come accedere al servizio;
- difficoltà burocratiche percepite;
- bassa fiducia nell'effettiva disponibilità dell'ADI;
- un bisogno non pienamente riconosciuto o accompagnato dai servizi.

Il quadro complessivo suggerisce che l'accesso all'ADI è spesso poco intuitivo o poco guidato.

Motivi del rifiuto dell'ADI: requisiti clinici, risorse e personale

Tra coloro che hanno avuto una domanda respinta, la motivazione più frequente è la **mancanza dei requisiti clinici secondo l'ASL (53,3%)**.



Fonte: Rapporto Civico Salute – Cittadinanzattiva 2025 – elaborazione dati rete CnAMC

Seguono due motivazioni molto significative, entrambe legate a carenza di risorse:

- **Fondi o risorse non disponibili: 20%**
- **Mancanza di personale disponibile: 20%**

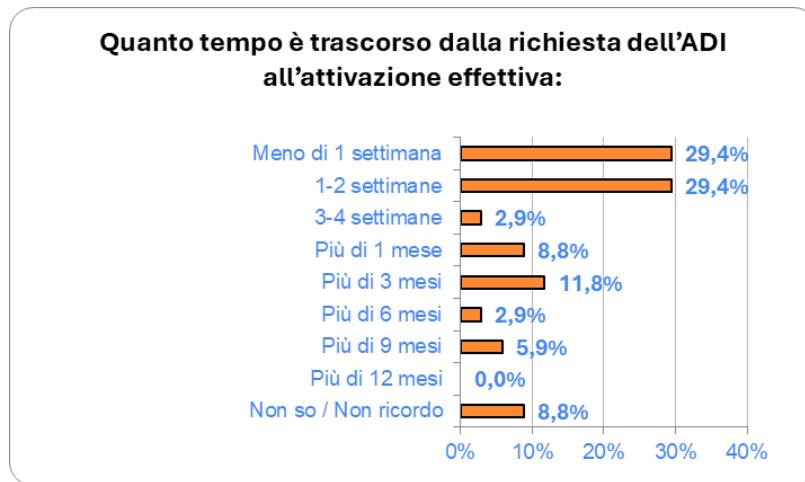
A queste si aggiungono i **limiti di copertura territoriale (13,3%)**, che indicano un servizio non omogeneo sul territorio.

Il quadro conferma una criticità già nota nel sistema: l'ADI spesso non è negata solo per motivi clinici, ma anche per **vincoli organizzativi, economici e territoriali**, che generano diseguaglianze e accessi discontinui.

Tempi di attivazione: buoni per alcuni, molto lunghi per altri

I tempi di attivazione dell'ADI sono estremamente eterogenei:

- Meno di una settimana: 29,4%
- 1–2 settimane: 29,4%
- per oltre la metà l'attivazione è relativamente rapida.



Fonte: Rapporto Civico Salute – Cittadinanzattiva 2025 – elaborazione dati rete CnAMC

Ma una quota non trascurabile segnala tempi lunghi o molto lunghi:

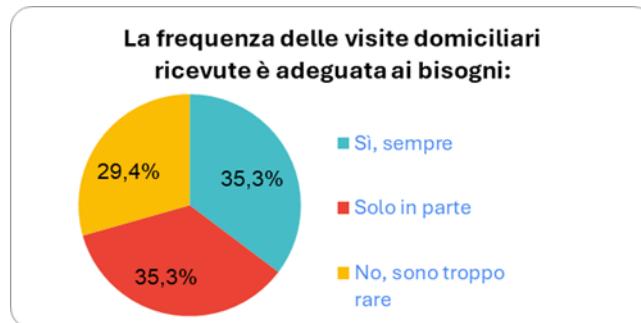
- 3–4 settimane: 2,9%
- Oltre 1 mese: 8,8%
- Oltre 3 mesi: 11,8%
- Oltre 6 mesi: 2,9%
- Oltre 9 mesi: 5,9%

Tempi così variabili evidenziano forti differenze territoriali, riconducibili alla disponibilità di personale, alla capacità di presa in carico delle ASL e alla presenza di modelli organizzativi più o meno efficienti.

Adeguatezza della frequenza delle visite domiciliari

Anche in questo caso le risposte sono alquanto diversificate:

- 35,3%: frequenza sempre adeguata
- 35,3%: solo in parte adeguata
- 29,4%: visite troppo rare



Fonte: Rapporto Civico Salute – Cittadinanzattiva 2025 – elaborazione dati rete CnAMC

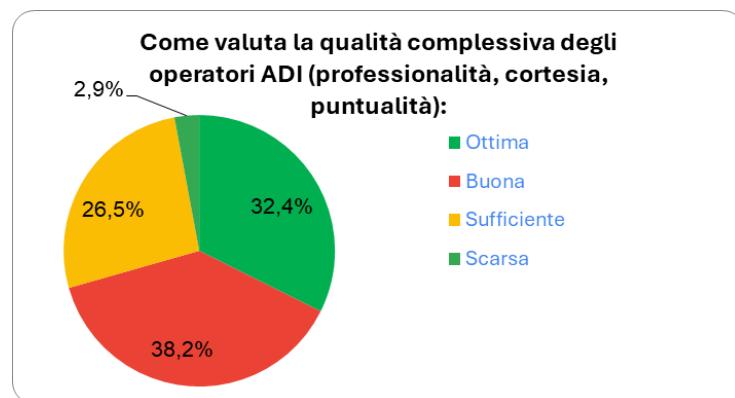
Quasi un terzo dei rispondenti riceve dunque un livello di assistenza quantitativamente insufficiente, indicatore di un servizio **non sempre calibrato sui bisogni reali della persona** e potenzialmente limitato dalla disponibilità di personale.

Valutazione della qualità degli operatori ADI

Quando il servizio è attivo, la qualità professionale e relazionale degli operatori è complessivamente ben valutata, con livelli di insoddisfazione marginali: il 32,4% la giudica ottima e il 38,2% buona, mentre il 26,5% la considera sufficiente. Solo il 2,9% esprime una valutazione negativa.

Quando il servizio è attivo, la qualità professionale e relazionale degli operatori è nel complesso apprezzata, con pochi casi di insoddisfazione:

- Ottima: 32,4%
- Buona: 38,2%
- Sufficiente: 26,5%
- Scarsa: 2,9%

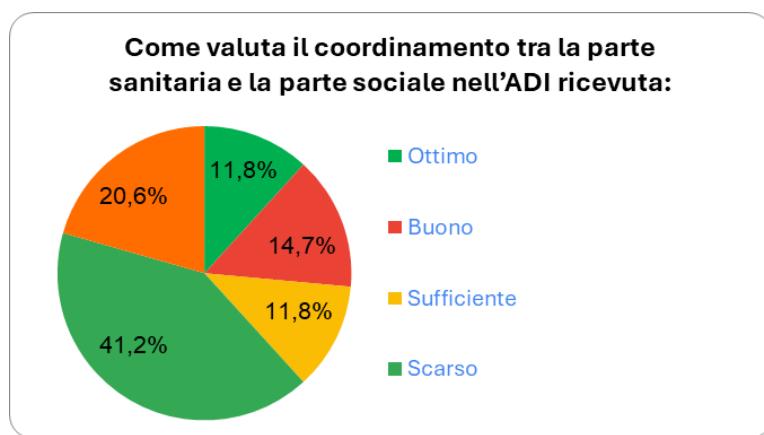


Fonte: Rapporto Civico Salute – Cittadinanzattiva 2025 – elaborazione dati rete CnAMC

Coordinamento tra componente sanitaria e sociale: un punto debole

Il coordinamento tra i servizi sanitari (infermiere, medico, fisioterapista, ecc.) e quelli sociali (assistenza domiciliare sociale, servizi comunali, ecc.) appare come la criticità più rilevante:

- Scarso: 41,2%
- Sufficiente: 11,8%
- Buono/Ottimo: 26,5% complessivi
- Non pertinente per il mio caso: 20,6%



Fonte: Rapporto Civico Salute – Cittadinanzattiva 2025 – elaborazione dati rete CnAMC

Il modello integrato sanitario–sociale, cuore dell'ADI, è spesso carente o frammentato, con ricadute sulla continuità assistenziale, sulla gestione dei bisogni complessi e sul carico dei caregiver.

Punti di forza e criticità

Uno su due, tra coloro che usufruiscono di un servizio ADI, ha esperienza di pratiche particolarmente positive (buone pratiche) nell'assistenza ricevuta. Dall'esperienza diretta, emergono una serie di punti di forza, ma anche di criticità.

Tra i punti di forza segnalati:

- Alta professionalità degli operatori (infermieri, fisioterapisti, logopedisti, medici)
- Empatia, gentilezza e attenzione umana
- Buon coordinamento in alcuni territori (MMG-ADI, scuola-sanità)
- Regolarità e presenza degli operatori, quando garantita
- Flessibilità in situazioni complesse (aumenti monte ore, adattamento ai bisogni)

Tra le criticità:

- Ore insufficienti rispetto ai bisogni reali
- Fondi e personale limitati, con riduzione delle prestazioni (es. fisioterapia)
- Disparità territoriali nella disponibilità dei servizi
- Scarsa capacità amministrativa o burocratica, percepita come ostacolo
- Coperture non adeguate in casi post-chirurgici o complessi

La tabella che segue riporta la classificazione delle risposte aperte alla domanda “*a livello di sanità di prossimità, cosa pensa ancora migliorato per la sua condizione cronica?*”

Tema	Parole chiave	Citazione esemplificativa	% campione	Sintesi
1. Liste di attesa e accesso ai servizi territoriali	tempi lunghi, prenotazioni impossibili, ritardi nei controlli	« <i>Tempi di attesa troppo lunghi... devo pagare perché le liste sono chiuse</i> »	20–22%	Ritardi importanti limitano l'accesso ai servizi territoriali, spingendo verso il privato.
2. Coordinamento tra specialisti e presa in carico territoriale	multidisciplinare, PDTA, continuità, referente unico	« <i>Serve un'équipe multidisciplinare che prenda in carico il paziente a 360°</i> »	12–14%	Percorsi frammentati: richiesta di un modello territoriale integrato e coordinato.
3. Prossimità dei servizi e desertificazione territoriale	distanza, mancanza di centri, ADI insufficiente, aree interne	« <i>Siamo costretti a viaggiare 150 km... nessun riferimento nella nostra regione</i> »	8–10%	Forte disomogeneità territoriale: difficoltà logistiche e scarsa presenza di servizi di prossimità.
4. Supporto psicologico, sociale e caregiver nel territorio	aiuto domiciliare, sostegno emotivo, carico familiare	« <i>Serve supporto quotidiano... i caregiver sono lasciati soli</i> »	5–6%	Carenza di servizi territoriali di supporto e scarso sostegno ai caregiver.
5. Riabilitazione territoriale e terapie non farmacologiche	fisioterapia, riabilitazione, idrokinesiterapia	« <i>Non ci sono centri fisioterapici... tutto a pagamento</i> »	4–5%	Accesso molto limitato ai servizi riabilitativi territoriali convenzionati.
6. Informazione e orientamento nei servizi territoriali	disorientamento, mancanza informazioni, comunicazione servizi	« <i>Non sappiamo a chi rivolgerci... tutto basato sul passaparola</i> »	4–5%	Insufficiente orientamento all'interno della rete territoriale e scarsa comunicazione tra strutture.

Fonte: Rapporto Civico Salute – Cittadinanzattiva 2025 – elaborazione dati rete CnAMC

Considerazioni

La survey restituisce un quadro chiaro delle criticità dell'assistenza di prossimità. Emergono tutte le difficoltà di presa in carico delle cronicità sul territorio dalla effettiva disponibilità e accessibilità dei servizi, alla complessità dei percorsi terapeutici e nell'accesso ai farmaci, oltre agli effetti concreti della desertificazione sanitaria sulla vita quotidiana.

L'accesso alle terapie risulta ancora spesso ostacolato da liste di attesa, scarsità di centri, criteri restrittivi e barriere territoriali, cui si sommano vincoli burocratici e organizzativi che possono determinare ritardi, discontinuità o esclusioni dai percorsi di cura, accentuando le disuguaglianze.

In questo contesto, la semplificazione prescrittiva dei farmaci per la cronicità è valutata positivamente da chi ne beneficia, con effetti favorevoli su rapidità, prossimità e aderenza; tuttavia, una quota rilevante di pazienti non è informata del cambiamento o continua a incontrare difficoltà, a conferma di un'applicazione ancora disomogenea.

La dispensazione in farmacia di comunità è percepita come misura concreta e migliorativa, in grado di ridurre spostamenti e oneri logistici, favorire autonomia e continuità terapeutica e rafforzare l'equità, con un consenso quasi unanime sulla estensione ad altri farmaci per la cronicità. Allo stesso tempo, il mancato percepimento di benefici da parte di alcuni pazienti segnala la necessità di un'attuazione più uniforme, accompagnata da adeguata informazione e supporto ai professionisti.

Infine, i dati confermano le fragilità strutturali dell'Assistenza Domiciliare Integrata: l'ADI è spesso condizionata non solo da criteri clinici, ma anche da limiti organizzativi, economici e territoriali. È riconosciuta come un servizio essenziale ma diseguale, che richiede maggiori investimenti, personale stabile e coordinamento. Dove presente e adeguatamente strutturata, l'ADI è apprezzata per qualità professionale e relazionale; dove è carente, le criticità derivano soprattutto dalla scarsità di risorse e dalla disomogeneità territoriale.

4.3 ACCESSO CIVICO GENERALIZZATO SULL'ASSISTENZA DOMICILIARE INTEGRATA (ADI)

Il presente capitolo si concentra sulle informazioni, in merito all'ADI, ricavate a valle di una istanza di Accesso civico generalizzato da parte di Cittadinanzattiva³⁸ alle Regioni, nonché sul Monitoraggio SIAD di Agenas³⁹.

Cosa si intende per Accesso civico

Il diritto all'accesso civico generalizzato consente a chiunque di ottenere dati, documenti e informazioni detenuti dalle pubbliche amministrazioni oltre quelli oggetto di pubblicazione obbligatoria ai sensi del d.lgs. 33/2013. Si tratta di uno strumento concepito per favorire partecipazione, controllo diffuso e responsabilità delle istituzioni nei confronti dei cittadini⁴⁰. Nel settore dell'assistenza territoriale, questo principio assume un valore particolare. L'Assistenza Domiciliare Integrata (ADI) è infatti uno dei pilastri della riforma delineata dal PNRR (Missione 6 – Componente 1) e dal DM 77/2022, che puntano a spostare la cura verso il domicilio, potenziare la presa in carico delle persone anziane e fragili, impiegare in modo efficace le rilevanti risorse assegnate alle Regioni. La trasparenza è un prerequisito per verificare se tali obiettivi – che si traducono in diritti concreti quali prossimità, continuità assistenziale e minori ospedalizzazioni evitabili – vengono effettivamente perseguiti. In questo senso, l'accesso civico non è un adempimento formale ma un presidio di *accountability*: rendendo monitorabili processi e risultati attraverso dati completi, aperti e comparabili, permette di valutare se le Regioni stanno trasformando gli investimenti in servizi reali.

Perché Cittadinanzattiva ha richiesto i dati

Nonostante la centralità riconosciuta all'ADI, il quadro informativo oggi disponibile è insufficiente: i dati pubblici risultano incompleti, il flusso SIAD⁴¹ non rileva aspetti qualitativi, molte Regioni non pubblicano report aggiornati e non è possibile conoscere l'effettivo utilizzo delle risorse. Mancano inoltre elementi decisivi per valutare la qualità dell'assistenza, quali: intensità delle cure, personale coinvolto e livelli realmente erogati.

Per colmare queste lacune, Cittadinanzattiva ha attivato l'accesso civico, con l'obiettivo di ricostruire l'allocazione dei fondi, i volumi di presa in carico, la tipologia delle prestazioni e il grado di avanzamento verso gli obiettivi del PNRR.

L'iniziativa è fedele all'approccio **“Follow the Money”**, che segue l'intero ciclo delle risorse pubbliche — assegnazione, spesa, attuazione ed effetti sui servizi — per valutarne l'impatto sul diritto alla salute, metodo adottato dall'**Osservatorio Civico PNRR**⁴², di cui Cittadinanzattiva è membro fondatore, impegnato a prevenire sprechi, orientare gli investimenti ai bisogni reali, a promuovere un dialogo strutturato tra istituzioni e società civile.

Attraverso questa richiesta di accesso civico, Cittadinanzattiva applica tali principi all'ADI, con l'obiettivo di verificarne trasparenza, coerenza e ricadute concrete nei territori.

³⁸ L'accesso civico generalizzato è stato condotto dal Pit Salute di Cittadinanzattiva.

³⁹ www.agenas.gov.it/pnrr/missione-6-salute/monitoraggio-adi;

⁴⁰ www.interno.gov.it/it/amministrazione-trasparente/altri-contenuti-accesso-civico/accesso-civico-generalizzato

⁴¹ www.rssalute.it/PORTAL/PAGES/flusso-siad.asp#:~:text=Il%20flusso%20costituisce%20debito%20informativo,persone%20presso%20il%20proprio%20domicilio.

⁴² Osservatorio Civico PNRR: <https://osservatoriocivicopnrr.it/>

Indicatori richiesti

Quanto richiesto mediante l'Accesso civico permette/dovrebbe permettere di disporre di un quadro informativo completo sull'attuazione dell'ADI, andando oltre il semplice numero di persone assistite. Per comprendere la reale qualità del servizio è infatti necessario conoscere intensità delle cure, ore erogate, composizione delle équipe e utilizzo delle risorse pubbliche dedicate. Questa operazione risponde alla necessità di rafforzare la trasparenza e consentire alla società civile di partecipare, in modo informato, al monitoraggio delle politiche pubbliche, verificando la coerenza tra gli interventi programmati e i servizi effettivamente erogati nei territori. Gli indicatori offrono così una base oggettiva per valutare accessibilità, equità, qualità dell'assistenza, capacità amministrativa delle Regioni.

Gli indicatori inclusi nell'istanza di accesso civico sono 9, organizzati in tre macro-aree che rappresentano le dimensioni fondamentali posti alla base della valutazione civica dell'ADI; non hanno quindi solo una valenza tecnica, ma per Cittadinanzattiva sono strumenti per misurare **diritti, qualità e equità**.

Item	Indicatore	Contenuto richiesto	Significato ai fini della valutazione civica
A. Finanziamenti e spesa			
1	Importi ricevuti dalla Regione per l'ADI	Totale fondi PNRR + DL 34 assegnati	Misura l'entità dell'investimento pubblico sull'ADI e consente confronti tra Regioni; base per valutare coerenza ed efficacia.
2	Percentuale effettivamente spesa dei fondi	Rapporto tra risorse utilizzate e risorse assegnate	Indica capacità amministrativa e rispetto delle milestone PNRR; segnala ritardi o inefficienze.
B. Presa in carico ADI (core PNRR)			
3	% over 65 assistiti in ADI	Indicatore dell'ultimo anno disponibile	Misura accessibilità, equità e capacità di ridurre ospedalizzazioni evitabili.
4	Incremento % rispetto al 2019	Trend 2019–2024	Mostra se la Regione sta potenziando l'ADI rispetto al periodo pre-PNRR.
C. Intensità, ore e personale			
5	Distribuzione dei pazienti per livello (I-II-III)	Ripartizione dei presi in carico per livello	Valuta complessità dei pazienti e appropriatezza della presa in carico.
6	Ore totali ADI vs 2019	Incremento/diminuzione delle ore complessive	Indica l'intensità dell'assistenza e i miglioramenti qualitativi nel tempo.
7	Distribuzione delle ore per livello	Ore erogate nei livelli I-II-III	Verifica coerenza tra complessità dichiarata e ore realmente erogate.
8	Numero operatori ADI assunti/formati	FTE ⁴³ o numero di unità	Misura il rafforzamento delle équipe e la capacità di aumentare presa in carico.
9	Figure professionali assunte/formate	Tipologia professioni: infermieri, OSS, terapisti, medici ecc.	Valuta multi-professionalità e coerenza con modelli organizzativi DM 77/2022.

Fonte: Rapporto Civico Salute – Cittadinanzattiva 2025

Oltre a descrivere l'attuazione dell'ADI, questi indicatori contribuiscono a definire standard minimi di qualità e trasparenza e a valutare la sostenibilità del servizio nel tempo. La possibilità di misurare in modo comparabile intensità assistenziale, risorse impiegate e

⁴³ L'unità FTE (Full-Time Equivalent) rappresenta il volume di lavoro prestato da uno o più dipendenti, inclusi quelli a tempo parziale, rapportato a un impiego a tempo pieno. È una metrica che converte le ore lavorate da tutti i dipendenti in un numero equivalente di lavoratori a tempo pieno, consentendo di standardizzare e confrontare il carico di lavoro complessivo. In Italia, è nota anche come Unità Lavorative-Anno (ULA).

composizione delle équipe consente di collegare concretamente gli investimenti pubblici ai diritti dei cittadini e di capire se la riforma territoriale procede nella direzione prevista.

Metodo e criteri di valutazione

Per valutare in modo omogeneo le risposte delle Regioni all'istanza di accesso civico sull'ADI, Cittadinanzattiva ha considerato non solo la completezza dei dati forniti, ma anche la loro qualità informativa, la pertinenza rispetto ai nove indicatori richiesti e, di conseguenza, il livello di trasparenza garantito dalle amministrazioni.

L'obiettivo non è costruire una classifica, ma rendere visibile e confrontabile il grado di trasparenza su aspetti centrali dell'assistenza domiciliare: fondi assegnati, presa in carico, intensità assistenziale, ore erogate e dotazione di personale. Il tutto, al fine di individuare eventuali criticità che possono ostacolare una corretta lettura dell'impatto dell'ADI nei territori.

Poiché le risposte regionali risultano molto diverse per forma e livello di dettaglio, è stato adottato un modello di valutazione semplice e immediato: ogni item è classificato in base al fatto che il dato richiesto sia stato fornito, solo parzialmente soddisfatto o del tutto assente. La valutazione espressa non riguarda le Regioni in sé, ma la trasparenza garantita per ciascun indicatore, evidenziando dove il sistema informativo risulti solido e dove, invece, permangano aree di opacità che richiedono un miglioramento.

Sulla base del numero di item soddisfatti (da 0 a 9), a ciascuna Regione è stato attribuito un punteggio complessivo che sintetizza il **livello di trasparenza**, rappresentato attraverso il seguente sistema simbolico:

TRASPARENZA	
☆ ☆ ☆ ☆	Massima (tutti gli indicatori soddisfatti)
☆ ☆ ☆	Medio- Alta (6–8 indicatori soddisfatti)
☆ ☆	Media (4–5 indicatori soddisfatti)
☆	Bassa (1–3 indicatori soddisfatti)
⚠	In attesa di integrazione documentale
⊖	Mancata risposta /Non valutabile.

Fonte: Rapporto Civico Salute – Cittadinanzattiva 2025

Accanto al punteggio complessivo, il grado di **completezza e qualità delle informazioni** fornite per specifico indicatore è rappresentato da tre simboli:

COMPLETEZZA	
✓	= dato completo
~	= dato parziale
X	= dato assente

Nei casi di **mancata risposta** — sia per assenza totale di informazioni sia per documentazione non pervenuta — non è possibile procedere alla classificazione degli indicatori. Tuttavia, l'assenza di un riscontro rappresenta essa stessa una criticità rilevante in termini di trasparenza amministrativa, poiché contrasta con la ratio dell'accesso civico generalizzato (D.Lgs. 33/2013), che prevede un obbligo di risposta anche qualora i dati richiesti non siano disponibili.

Quadro sinottico delle risposte regionali all'istanza di accesso civico

	Regione	Valutazione complessiva	1 Importi	2 Spesa	3 % Assistiti	4 Incremento vs 2019	5 Distrib. x livelli	6 Ore totali vs 2019	7 Ore per livello	8 Operatori assunti/formati	9 Figure professionali
1	Abruzzo	★	✓	~	✓	✓	✗	✗	✗	✗	✗
2	Basilicata	★	✓	~	✓	~	✗	✗	✗	✗	✗
3	Calabria	★	✓	~	✓	~	✗	✗	✗	✗	✗
4	Campania	🔴 Mancata risposta									
5	Emilia-Romagna	★	✓	~	✓	✓	✗	✗	✗	✗	✗
6	Friuli V. G.	🔴 Mancata risposta									
7	Lazio	🔴 Mancata risposta									
8	Liguria	★	✓	~	✓	✓	✗	✗	✗	✗	✗
9	Lombardia	★★★	✓	~	✓	✓	✗	✓	✗	✓	~
10	Marche	★	✓	~	✓	✓	✗	✗	✗	✗	✗
11	Molise	★	✓	~	✓	✓	✗	✗	✗	✗	✗
12	PA Bolzano	🔴 Mancata risposta									
13	PA Trento	🔴 Mancata risposta									
14	Piemonte	🔴 Mancata risposta									
15	Puglia	🔴 Mancata risposta									
16	Sardegna	★	✓	~	✓	✓	✗	✗	✗	✗	✗
17	Sicilia	⚠ Inoltro altro ufficio	✗	✗	✗	✗	✗	✗	✗	✗	✗
18	Toscana	★★	✓	~	✓	✓	✓ ⁴⁴	✗	✗	✗	✗
19	Umbria	★	✓	~	✓	✓	✗	✗	✗	✗	✗
20	Valle d'Aosta	⚠ Inoltro altro ufficio	✗	✗	✗	✗	✗	✗	✗	✗	✗
21	Veneto	🔴 Mancata risposta									

Fonte: Rapporto Civico Salute – Cittadinanzattiva 2025

⁴⁴ (CIA)

SCHEDE REGIONALI ANALITICHE

Prima di procedere all'analisi delle risposte fornite da parte delle singole regioni all'istanza di Accesso civico e per facilitare la lettura delle schede regionali ed evitare ripetizioni, è utile evidenziare in premessa le motivazioni ricorrenti fornite dalle Regioni in risposta all'accesso civico. Molte amministrazioni, infatti, hanno richiamato argomentazioni analoghe per giustificare l'assenza o la parzialità dei dati forniti. Raccoglierle in un unico riquadro permette di contestualizzare le risposte e di distinguere più chiaramente gli elementi specifici di ciascun territorio. Di seguito, quindi, le principali motivazioni comuni emerse.

Motivazioni ricorrenti fornite dalle Regioni in risposta all'accesso civico sull'ADI

Le risposte regionali presentano un insieme ricorrente di argomentazioni utilizzate per giustificare la mancata trasmissione di dati, informazioni o indicatori richiesti nell'istanza. Tali motivazioni, comuni a numerosi territori (Abruzzo, Basilicata, Emilia-Romagna, Liguria, Marche, Toscana, Umbria), possono essere sintetizzate come segue:

1. Fondi PNRR dedicati

Tutte le Regioni richiamano le risorse PNRR destinate all'investimento "Casa come primo luogo di cura – ADI" contenute nel Decreto interministeriale del 23 gennaio 2023.

2. Rendicontazione PNRR basata su "costi semplificati"

Le Regioni richiamano il fatto che l'investimento M6C1 – 1.2.1 viene rendicontato esclusivamente attraverso il numero di over 65 assistiti, unico indicatore richiesto dal modello PNRR. Poiché ore, intensità assistenziale, personale e livelli di cura non rientrano nella rendicontazione obbligatoria, tali dati non vengono raccolti in modo strutturato.

3. La piattaforma REGIS non prevede gli indicatori richiesti

Viene più volte evidenziato che REGIS, sistema ufficiale di caricamento e monitoraggio PNRR, non contempla campi o sezioni dedicati agli indicatori oggetto dell'accesso civico. Pertanto, le amministrazioni non dispongono delle informazioni in un formato immediatamente estraibile.

4. Assenza di una produzione sistematica dei dati

Molte Regioni dichiarano di non generare in modo routinario dati quali ore totali, ore per livello, operatori assunti/formati o intensità assistenziale. Il reperimento di tali informazioni richiederebbe elaborazioni aggiuntive che le amministrazioni ritengono non rientrare negli obblighi previsti.

5. Divieto di rielaborazione dei dati secondo D.lgs. 33/2013 e ANAC 1309/2016

Più risposte richiamano la normativa sull'accesso civico, ricordando che l'amministrazione è tenuta a fornire solo dati già detenuti e organizzati, e non è obbligata a produrre nuove elaborazioni o aggregazioni. Questa motivazione viene utilizzata per non fornire indicatori non immediatamente disponibili.

6. Dati aggiornati non ancora consolidati

Alcune Regioni segnalano che i dati relativi al 2025 non sono ancora consolidati e saranno aggiornati fino al 31 marzo 2026, rinviando quindi la possibilità di fornire informazioni aggiornate.

7. Flusso SIAD come unica fonte ufficiale consolidata

Diversi territori indicano il flusso SIAD come la sola fonte certificata dei dati sull'ADI e suggeriscono che eventuali richieste debbano essere indirizzate al Ministero della Salute per ottenere informazioni omogenee e confrontabili a livello nazionale.

Abruzzo

Stato dell'istanza e tipo di riscontro

La Regione Abruzzo ha fornito un riscontro formale e ben strutturato all'istanza, articolato in una premessa metodologica e in risposte puntuali ai quesiti. La comunicazione, firmata dal Dirigente di Servizio, presenta un'impostazione ordinata e coerente dal punto di vista amministrativo.

Una parte significativa delle argomentazioni riportate nella risposta regionale coincide con gli elementi già illustrati nel paragrafo inerente le motivazioni ricorrenti delle Regioni (flusso SIAD come unica fonte ufficiale, rendicontazione PNRR “a costi semplificati”, divieto di rielaborazione dei dati, ruolo del Ministero della Salute come destinatario primario dei flussi informativi). Per evitare ripetizioni, tali aspetti non vengono qui riproposti nel dettaglio. Ciò detto, gli elementi distintivi della risposta dell'Abruzzo riguardano soprattutto l'impostazione complessivamente procedurale del riscontro, che tende a delimitare con precisione il perimetro dell'accesso civico più che a valorizzarne la finalità di trasparenza proattiva. La Regione segnala inoltre che i dati più aggiornati disponibili si riferiscono al 31 dicembre 2024.

1) Importi PNRR e DL 34 per l'ADI

La Regione Abruzzo fornisce un quadro dettagliato delle risorse assegnate per l'Assistenza Domiciliare Integrata, distinguendo tra i fondi del PNRR (M6 C1 1.2.1 – “Casa come primo luogo di cura”) e quelli del DL 34/2020. Per ciascun anno del quadriennio 2022–2025 vengono indicati con precisione gli importi attribuiti alle due linee di finanziamento. Le risorse complessivamente attribuite ammontano a **€ 110.289.946**.

2022	2023	2024	2025
• Fondi PNRR: € 2.310.024	• Fondi PNRR: € 14.609.608	• Fondi PNRR: € 26.885.357,00	• Fondi PNRR: € 29.734.193,00
• Fondi DL 34: € 9.187.691	• Fondi DL 34: € 9.187.691	• Fondi DL 34: € 9.187.691	• Fondi DL 34: € 9.187.691
Totale: € 11.497.715	Totale: € 23.797.299	Totale: € 36.073.048	Totale: € 38.921.884

2) Percentuale effettivamente spesa dei fondi

La Regione comunica di aver assegnato integralmente alle Aziende sanitarie le risorse PNRR destinate all'ADI per ciascuna annualità. Tuttavia, non fornisce dati relativi alla spesa effettivamente sostenuta — né in termini di impegni né di liquidazioni — e il riscontro resta quindi limitato agli aspetti programmati, senza permettere di valutare il reale avanzamento dell'investimento.

3) Percentuale di pazienti over 65 assistiti in ADI

Per quanto riguarda l'indicatore principale del PNRR (% di pazienti), la Regione Abruzzo fornisce il dato aggiornato relativo alla copertura dell'Assistenza Domiciliare Integrata per la popolazione anziana. Sulla base della più recente certificazione Agenas - NSIS disponibile (anno 2024), la quota di residenti over 65 che ha ricevuto almeno un intervento di ADI risulta pari al **10,82%**.

4) Incremento percentuale degli over 65 in ADI rispetto al 2019

La Regione Abruzzo comunica anche il dato relativo all'evoluzione della presa in carico nel periodo 2019–2024, evidenziando un **incremento del 58%** nel numero di anziani assistiti in ADI.

Indicatori sui quali la Regione non ha fornito dati

Per quanto riguarda gli aspetti più qualitativi dell'ADI, la Regione Abruzzo - così come la quasi totalità delle altre regioni - non ha fornito alcun dato in merito a:

5. distribuzione percentuale degli assistiti over 65 per livelli di intensità (I, II, III);
6. variazione delle ore totali di ADI erogate agli over 65 rispetto al 2019;
7. ripartizione delle ore complessive per livello di assistenza;
8. numero di operatori dedicati all'ADI assunti o formati attraverso le risorse PNRR e DL 34;
9. tipologie di figure professionali coinvolte e oggetto di eventuali percorsi formativi o di potenziamento.

Per tutti questi quesiti, la Regione specifica che **non produce in modo sistematico i dati richiesti** e che fornirli avrebbe richiesto una **rielaborazione ad hoc**, non prevista dagli obblighi dell'accesso civico generalizzato. A supporto di questa posizione, richiama il quadro normativo definito dal D.Lgs. 33/2013 e dalla delibera ANAC 1309/2016.

Basilicata

Stato dell'istanza e tipo di riscontro

La Regione Basilicata ha risposto all'istanza tramite una nota formale della Direzione Generale per la Salute e le Politiche della Persona, articolata in punti corrispondenti ai quesiti e accompagnata dal richiamo ad alcuni allegati tecnici.

Come per altre Regioni, una parte consistente delle argomentazioni riportate nella risposta coincide con i contenuti già illustrati precedentemente (flusso SIAD come unica fonte ufficiale, rendicontazione PNRR basata sul solo numero di over 65 assistiti, divieto di rielaborazione dei dati ai sensi della normativa sulla trasparenza). Per evitare ripetizioni, tali elementi non vengono qui riproposti.

Gli aspetti peculiari della risposta della Basilicata riguardano soprattutto due punti:

- **la presenza dichiarata di allegati tecnici (serie storiche SIAD e certificazioni Agenas) che, tuttavia, non risultano presenti nella documentazione pervenuta**, circostanza che riduce il livello effettivo di completezza del riscontro;
- **la segnalazione di una criticità finanziaria rilevante**, ossia il mancato trasferimento da parte del Ministero delle risorse relative alle annualità successive al 2022, pur avendo la Regione raggiunto i target di presa in carico. Tale elemento ha comportato la necessità per le ASL di anticipare con risorse proprie le attività di ADI.

1) Importi PNRR assegnati 2022–2025

La Regione Basilicata dettaglia gli importi assegnati per l'investimento PNRR M6C1 – 1.2.1 nel quadriennio 2022–2025, per un totale di € 31.224.161.

2022	2023	2024	2025
€ 951.750	€ 6.019.286	€ 11.077.002	€ 13.176.123

2) Percentuale effettivamente spesa

Nel rispondere alla richiesta sulla spesa effettiva delle risorse PNRR, la Regione Basilicata precisa innanzitutto di aver **assegnato integralmente** i fondi alle due Aziende Sanitarie Locali (Potenza e Matera) per ciascuna annualità prevista. Tuttavia, la Regione segnala una criticità rilevante: **ad oggi risulta trasferita dal Ministero solo la quota relativa al 2022**, nonostante la Basilicata dichiari di aver **raggiunto regolarmente i target di presa in carico certificati da Agenas**.

Di conseguenza, le ASL sono state costrette a sostenere le attività di ADI utilizzando **risorse proprie del Servizio Sanitario Regionale**, in attesa dell'effettivo trasferimento dei fondi per gli anni 2023, 2024 e 2025.

La Basilicata sta raggiungendo gli obiettivi richiesti, ma l'assenza di trasferimenti ministeriali limita la capacità di investimento reale sull'ADI e pone le Aziende sanitarie in una condizione finanziaria complessa. Si tratta di un elemento particolarmente rilevante anche nella prospettiva civica.

3) Percentuale di over 65 assistiti in ADI

Per quanto riguarda la % di assistiti over 65 in ADI, la Regione Basilicata comunica una **copertura ADI pari a 12,8 pazienti presi in carico ogni 100 residenti over 65 nel 2024**.

4) Incremento percentuale 2019–2024

Per quanto riguarda l'evoluzione della presa in carico nel tempo, la Regione Basilicata non fornisce un valore percentuale sintetico dell'incremento registrato nel periodo 2019–2024. Nel riscontro sono citati (ma non indicate) le **certificazioni Agenas relative agli anni 2022–2024**, e le **estrazioni SIAD dal 2019 al 2024**.

Indicatori sui quali la Regione non ha fornito dati

5. la variazione delle ore totali di ADI erogate agli over 65 rispetto al 2019;
6. la distribuzione delle ore complessive per livello di assistenza (I, II, III);
7. il numero di operatori dedicati all'ADI assunti o formati attraverso i fondi PNRR e DL 34;
8. le tipologie di figure professionali coinvolte;
9. percorsi formativi.

Per ciascuno di questi punti la Regione motiva il mancato rilascio dei dati spiegando che:

- tali informazioni **non vengono prodotte sistematicamente** a livello regionale;
- la loro eventuale fornitura richiederebbe una **rielaborazione ad hoc**, non prevista nell'ambito dell'accesso civico generalizzato;
- la **rendicontazione del PNRR** per l'ADI è basata su un modello "a costi semplificati", che non contempla indicatori su ore, livelli e personale;
- la piattaforma nazionale **REGIS** non include campi che consentano la registrazione o la valorizzazione di questi elementi.

Calabria

Stato dell'istanza e tipo di riscontro

La Regione Calabria ha fornito un riscontro formale a firma del Dipartimento Salute e Welfare – Settore 7 “Assistenza Territoriale”, articolato per punti in corrispondenza dei nove indicatori richiesti.

La nota è amministrativamente ordinata e contiene dati completi sugli aspetti finanziari e sugli indicatori PNRR, mentre rimanda alle Aziende Sanitarie Provinciali per tutti gli indicatori qualitativi.

Come per le altre Regioni, la Calabria richiama nella premessa alcuni elementi già affrontati precedentemente (flusso SIAD, quadro normativo, limiti alla rielaborazione). Per evitare ripetizioni, tali elementi non vengono qui riproposti.

1) Importi PNRR assegnati 2022–2025

La Regione Calabria dettaglia gli importi assegnati per l'investimento PNRR M6C1 – 1.2.1 nel quadriennio 2022–2025, per un totale di **€ 128.698.975**.

2022	2023	2024	2025
€ 4.042.712	€ 25.567.888	€ 47.051.321	€ 52.037.024

La Regione specifica inoltre diversi DDG che regolano l'assegnazione e il trasferimento alle ASP:

- DDG 876/2024 → assegnazione 2022 + anticipazione 2023
- DDG 5356/2024 → 50% quota 2024
- DDG 5530/2025 → assegnazione definitiva 2024, basata sulle prese in carico (PIC)

2) Spesa effettivamente sostenuta

La Regione Calabria descrive in modo puntuale lo stato dei trasferimenti relativi alle diverse annualità del PNRR. Viene confermato che la quota 2022 è stata regolarmente incassata, mentre per il 2023 risulta erogata soltanto un'anticipazione. Per il 2024 la Regione ha prima disposto un'assegnazione provvisoria e, successivamente, l'assegnazione definitiva sulla base delle prese in carico certificate. Nonostante ciò, **non viene fornito alcun dato relativo alla spesa effettivamente sostenuta**, né in termini di impegni né di liquidazioni, rendendo impossibile valutare l'avanzamento finanziario complessivo dell'investimento.

3) Percentuale over 65 assistiti in ADI

La Calabria trasmette il dato certificato da Agenas relativo all'anno 2024. Sono stati presi in carico **42.739 over 65**, a fronte di un obiettivo fissato in **39.998 assistiti**. Il dato conferma il **pieno raggiungimento del target PNRR**, con una copertura superiore al valore atteso.

4) Incremento rispetto al 2019

A partire dalla baseline 2019, pari a **34.506 assistiti**, la Regione registra un incremento di **8.233 persone** prese in carico nel 2024. In termini percentuali, si tratta di un aumento pari a **+108,6%**, risultato che evidenzia un'espansione significativa dell'ADI sul territorio regionale. La Calabria comunica inoltre di aver **raggiunto tutti gli obiettivi intermedi** previsti dal DM 23 gennaio 2023.

La Calabria fornisce una risposta relativamente completa sugli indicatori finanziari e di risultato del PNRR: gli importi assegnati, le modalità di trasferimento e i dati sulla presa in carico e sugli incrementi. Tuttavia, la Regione **non fornisce alcun dato relativo agli indicatori qualitativi dell'assistenza** (livelli, ore, personale), rimandando integralmente alle Aziende Sanitarie Provinciali.

Indicatori sui quali la Regione non ha fornito dati

La regione Calabria non ha fornito i dati sui seguenti **indicatori**:

5. la distribuzione degli assistiti per livello di intensità dell'ADI (I, II, III);
6. la variazione delle ore totali di ADI erogate rispetto al 2019;
7. la ripartizione delle ore per ciascun livello assistenziale;
8. il numero di operatori dedicati all'ADI assunti o formati tramite le risorse PNRR o DL 34;
9. le specifiche figure professionali coinvolte nei percorsi di potenziamento dell'ADI.

Per questi indicatori, la Regione chiarisce che le informazioni richieste non sono disponibili a livello regionale, poiché **dette esclusivamente dalle Aziende Sanitarie Provinciali** invitando Cittadinanzattiva a richiederli direttamente alle singole ASP.

Emilia-romagna

Stato dell'istanza e tipo di riscontro

La Regione Emilia-Romagna ha risposto all'istanza tramite una nota formale della Direzione Generale Cura della Persona, Salute e Welfare, fornendo un documento organizzato per quesiti e corredata da riferimenti normativi utili a contestualizzare il perimetro informativo disponibile.

Gran parte degli elementi introduttivi riportati nella risposta coincide con quanto già illustrato nella premessa generale del Rapporto: riferimento al flusso SIAD come base informativa nazionale, modello PNRR a costi semplificati, assenza di obbligo di rielaborare dati non disponibili in forma strutturata ai sensi del D.Lgs. 33/2013 e della delibera ANAC 1309/2016. Per evitare ridondanze, tali aspetti non vengono ripetuti qui e si rimanda al paragrafo sulle motivazioni ricorrenti delle Regioni.

Gli elementi realmente distintivi del riscontro dell'Emilia-Romagna sono i seguenti:

- La Regione adotta un'impostazione simile a quella di Abruzzo e Basilicata, ma con una dichiarazione esplicita più netta sulla non disponibilità interna di dati relativi a ore, livelli di intensità e dotazione di personale. La Regione afferma infatti che tali indicatori non rientrano tra gli oggetti di valutazione e monitoraggio del sistema informativo regionale sull'ADI.

1) Importi PNRR assegnati alla Regione (2022–2024)

La Regione Emilia-Romagna riporta gli importi assegnati nell'ambito del PNRR M6C1 – 1.2.1 per le annualità 2022–2024, per un totale di **€ 31.570.313**.

2022	2023	2024	2025
€ 1.664.837	€ 10.529.164	€ 19.376.312	€

2) Percentuale / spesa effettiva dei fondi

La Regione Emilia-Romagna chiarisce di aver **assegnato integralmente** le risorse PNRR destinate all'ADI alle Aziende USL, come previsto dalla DGR 1162/2024. Tuttavia, il riscontro non fornisce alcuna informazione sull'effettivo utilizzo delle somme trasferite: non sono infatti indicati né la **percentuale di spesa realmente sostenuta**, né il livello degli **impegni assunti**, né eventuali **liquidazioni** effettuate.

Il dato fornito è dunque utile per comprendere la programmazione, ma non permette di valutare l'attuazione concreta degli investimenti.

3) Percentuale di over 65 assistiti in ADI

Per l'anno 2024, la Regione Emilia-Romagna riporta una **copertura ADI pari all'11,2% della popolazione residente over 65**, corrispondente a **125.569 anziani assistiti**.

4) Incremento percentuale rispetto al 2019

La Regione segnala un **aumento di 34.178 assistiti over 65** rispetto alla baseline del 2019, un dato che consente di apprezzare l'espansione della presa in carico nel quinquennio. Questo incremento corrisponde al **111,5% del target PNRR assegnato per il 2024** (pari a 30.647 assistiti), evidenziando una performance superiore alle attese.

Indicatori sui quali la Regione non ha fornito dati

L'Emilia-Romagna non ha fornito i dati sui seguenti **indicatori**:

5. la distribuzione degli assistiti per livello di intensità dell'ADI (I, II, III);
6. la variazione delle ore totali di ADI erogate rispetto al 2019;
7. la ripartizione delle ore per ciascun livello assistenziale;

8. il numero di operatori dedicati all'ADI assunti o formati tramite le risorse PNRR o DL 34;

9. le specifiche figure professionali coinvolte nei percorsi di potenziamento dell'ADI.

Per questi indicatori la Regione precisa che **tali informazioni non sono oggetto di valutazione interna** e che, di conseguenza, **non vengono prodotte elaborazioni statistiche** utili a rispondere ai quesiti.

Liguria

Stato dell'istanza e tipo di riscontro

La Regione Liguria ha risposto all'istanza tramite una comunicazione formale della Direzione Generale Area Salute e Servizi Sociali, articolata in una breve introduzione e in risposte puntuali ai quesiti. Il documento è ordinato e amministrativamente corretto.

La parte introduttiva della risposta riprende diversi elementi già illustrati in premessa (flusso SIAD come fonte principale, rendicontazione PNRR basata sul solo numero di over 65 assistiti, limiti posti dal D.Lgs. 33/2013 e ANAC 1309/2016 alla rielaborazione dei dati). Poiché tali contenuti sono comuni a molte Regioni e già riportati in sintesi nel paragrafo dedicato, non vengono qui ripetuti.

Gli aspetti distintivi della risposta della Liguria riguardano principalmente:

- **la linearità e completezza della parte amministrativa**, che mostra un buon livello di organizzazione interna, pur limitato agli indicatori previsti dai flussi nazionali;
- **l'interpretazione molto restrittiva dell'accesso civico**, che porta la Regione a non fornire alcuna informazione aggiuntiva rispetto a ciò che è già raccolto dai sistemi informativi nazionali, senza tentativi di integrazione o contestualizzazione dei dati;
- **l'assenza di qualunque elemento informativo sugli indicatori più qualitativi dell'ADI**, nonostante la copertura ADI della Liguria mostri dinamiche interessanti (incremento significativo rispetto al 2019).

1) Importi PNRR assegnati alla Regione (2022–2025)

La Regione Liguria riporta gli importi PNRR M6C1 – 1.2.1 per il quadriennio 2022–2025, pari complessivamente a **€ 82.687.308**.

2022	2023	2024	2025
€ 2.520.409	€ 15.940.174	€ 29.333.933	€ 34.892.792

2) Percentuale/spesa effettiva dei fondi

La Regione Liguria riferisce di aver **assegnato integralmente alle ASL** le risorse PNRR previste per ciascuna annualità. Tuttavia, il riscontro non fornisce informazioni sulla **quota effettivamente spesa**, né sullo stato degli **impegni** o delle **liquidazioni** da parte delle aziende sanitarie.

3) Percentuale di pazienti over 65 assistiti in ADI

Per l'anno 2024, la Regione Liguria registra una **copertura ADI pari al 9,83% degli over 65**, secondo la certificazione fornita da Agenas.

4) Incremento percentuale rispetto al 2019

La Regione Liguria evidenzia una crescita molto rilevante nella presa in carico degli anziani: la copertura ADI passa infatti dal **3,57% del 2019** al **9,83% del 2024**.

Indicatori sui quali la Regione non ha fornito dati

La Regione Liguria non ha fornito i dati sui seguenti indicatori:

5. la distribuzione degli assistiti per livello di intensità dell'ADI (I, II, III);

6. la variazione delle ore totali di ADI erogate rispetto al 2019;
7. la ripartizione delle ore per ciascun livello assistenziale;
8. il numero di operatori dedicati all'ADI assunti o formati tramite fondi PNRR o DL 34;
9. le figure professionali coinvolte nei percorsi di potenziamento.

Per ciascuno di questi punti, la Regione chiarisce che **non produce sistematicamente i dati richiesti** e che l'eventuale fornitura comporterebbe una **rielaborazione ad hoc**, non prevista nell'ambito dell'accesso civico generalizzato.

Lombardia

Stato dell'istanza e tipo di riscontro

La Regione Lombardia ha risposto all'istanza tramite un provvedimento formale della Direzione Generale Welfare, configurandosi come uno dei riscontri più strutturati e completi tra quelli ricevuti. Il documento fornisce risposte puntuali a quasi tutti gli indicatori richiesti, mostrando un livello di dettaglio superiore alla media nazionale.

Come avvenuto per altre Regioni, anche la Lombardia richiama nella parte introduttiva alcuni elementi già esposti precedentemente (flusso SIAD, modello PNRR a costi semplificati, limiti della normativa sull'accesso civico rispetto alla rielaborazione dei dati). Per evitare ripetizioni, tali contenuti non vengono riportati qui e si rimanda al paragrafo sulle motivazioni ricorrenti.

Gli aspetti distintivi, che rendono la Lombardia un caso particolare nel panorama nazionale, sono invece i seguenti:

- **Elevata capacità informativa e dettaglio dei dati forniti.** La regione mette a disposizione informazioni aggiuntive non rese disponibili da altre amministrazioni: variazione delle ore complessive di ADI erogate rispetto al 2019, dati puntuali sul personale dedicato (FTE) e sul numero di professionisti coinvolti in attività di formazione. Si tratta di elementi centrali per la valutazione qualitativa dell'ADI.
- **Presenza di un sistema informativo territoriale più evoluto rispetto alla media.** La ricchezza del riscontro suggerisce un'organizzazione interna capace di monitorare aspetti strutturali dell'assistenza domiciliare non rilevati sistematicamente in molte altre Regioni.

Nel complesso, la Lombardia rappresenta il riscontro più completo ricevuto: fornisce un'ampia gamma di informazioni, molte delle quali uniche nel contesto nazionale, permettendo una valutazione civica più articolata sulla qualità e l'intensità del servizio ADI.

1) Importi PNRR assegnati (2022–2025)

La Regione Lombardia dettaglia le risorse assegnate nell'ambito del PNRR M6C1 – 1.2.1 per le annualità 2022–2025, per un totale di **€ 503.601.484**.

2022	2023	2024	2025
€ 15.350.381	€ 97.082.557	€ 178.656.347	€ 212.512.199

2) Percentuale effettivamente spesa

La Regione Lombardia informa di aver **programmato e assegnato integralmente** alle strutture territoriali tutte le risorse PNRR previste per l'ADI; tuttavia non fornisce alcun dettaglio sulla **spesa effettivamente sostenuta**, né sui livelli di **impegno** o sulle **liquidazioni** già effettuate.

3) Percentuale di over 65 assistiti in ADI

La Lombardia registra una **copertura ADI pari al 9,94%** della popolazione residente over 65. Tale dato colloca la Regione **al di sopra della soglia nazionale prevista dal PNRR**, confermandola in una fascia medio-alta di performance.

4) Incremento percentuale dei pazienti ADI rispetto al 2019

La Regione Lombardia segnala un **incremento del 153,2%** nel numero di anziani assistiti in ADI tra il 2019 e il 2024, evidenziando una crescita significativa: in cinque anni la presa in carico degli over 65 è **più che raddoppiata**.

5) Distribuzione percentuale per livelli ADI

La Regione Lombardia non fornisce la distribuzione degli assistiti per livelli di intensità (I–base, II–intermedio, III–avanzato). A differenza di altre Regioni, tuttavia, non motiva l'assenza dei dati con la mancata produzione o la necessità di rielaborazioni aggiuntive. La Lombardia chiarisce invece che **la classificazione in livelli I-II-III non è presente né adottata nei sistemi informativi nazionali**, e pertanto non esistono dati strutturati riconducibili a tale schema.

6) Variazione delle ore totali di ADI rispetto al 2019

La Lombardia è l'unica Regione, tra quelle che hanno risposto all'istanza, a fornire un dato puntuale sulla variazione delle ore di assistenza erogate. Per il 2024 viene infatti riportato un incremento di **450.746 ore** rispetto al 2019, consentendo di valutare non solo l'ampliamento del numero di assistiti, ma anche la **maggior intensità del servizio erogato**, offrendo una misura concreta dell'effettivo potenziamento dell'ADI nel territorio regionale.

7) Distribuzione delle ore di ADI per livello

La Regione non fornisce dati sulla distribuzione delle ore di assistenza per livello, precisando che tale classificazione **non è utilizzata nei sistemi informativi regionali né riconosciuta a livello nazionale**.

8) Numero di operatori ADI assunti/formati (PNRR/DL34)

La Regione Lombardia fornisce un dettaglio puntuale sulla dotazione di personale dedicata all'ADI, indicando che grazie alle risorse PNRR e DL 34 sono stati attivati **306,40 FTE** di personale del comparto e **31,33 FTE** di dirigenti sanitari.

Si tratta di uno dei pochi casi in cui vengono resi disponibili dati quantitativi precisi sul **rafforzamento del personale**, elemento che conferisce al riscontro un livello di **alta pertinenza**.

9) Figure professionali formate

La Regione Lombardia riporta un quadro dettagliato delle attività di formazione avviate nel 2024 a sostegno del potenziamento dei servizi territoriali. Complessivamente sono stati coinvolti **1.045 professionisti**, suddivisi in:

- **130 medici,**
- **716 infermieri,**
- **47 professionisti sanitari di altre discipline,**
- **152 operatori non sanitari.**

Anche qui, unica regione che ha fornito informazioni sulla formazione regionale nell'ambito dell'ADI, includendo anche il personale non sanitario impegnato nei percorsi territoriali.

La Lombardia fornisce dunque una **risposta più completa rispetto alle altre regioni**; è l'unica a mettere a disposizione **dati sulle ore di ADI erogate e sulla dotazione di personale**.

Marche

Stato dell'istanza e tipo di riscontro

La Regione Marche ha risposto all'istanza con un documento formale ben strutturato, composto da una breve premessa e da risposte puntuali ai quesiti.

Gli elementi introduttivi riportati dalla Regione – riferimento al flusso SIAD come fonte ufficiale, modello PNRR a costi semplificati, limiti dell'accesso civico rispetto alla rielaborazione dei dati – coincidono pienamente con quanto già illustrato in precedenza. Per evitare ripetizioni, tali passaggi non vengono riproposti qui e si rimanda al paragrafo sulle motivazioni ricorrenti delle Regioni.

Gli aspetti specifici della risposta delle Marche sono i seguenti:

- **La Regione fornisce correttamente i dati sugli indicatori già disponibili nei flussi nazionali**, con una copertura ADI e un incremento della presa in carico superiori alla media, evidenziando un buon andamento sugli indicatori PNRR.
- **Il riscontro è ordinato e formalmente corretto**, ma rimane limitato agli obblighi informativi minimi; non emergono elementi ulteriori utili a descrivere l'organizzazione o l'intensità dell'assistenza domiciliare nella Regione.

1) Importi PNRR assegnati (2022–2025)

La Regione Marche riporta gli importi assegnati nell'ambito del PNRR M6C1 – 1.2.1 per il quadriennio 2022–2025, pari complessivamente a **€ 76.344.302**.

2022	2023	2024	2025
€ 2.327.066	€ 14.717.391	€ 27.083.705	€ 32.216.140

2) Percentuale / spesa effettiva dei fondi

La Regione Marche comunica di aver **assegnato integralmente** alle cinque Aziende Sanitarie Territoriali tutte le risorse PNRR destinate all'ADI per ciascuna annualità. Tuttavia, il riscontro non include informazioni sulla **spesa effettivamente sostenuta**, né sullo stato degli **impegni** o delle **liquidazioni** da parte delle AST.

3) Percentuale di over 65 assistiti in ADI

La Regione Marche riporta, sulla base della certificazione Agenas 2024, una **copertura ADI pari al 9,87%** della popolazione over 65, **superando la soglia prevista dal PNRR** e si colloca stabilmente nella **fascia medio-alta** delle performance nazionali in termini di presa in carico domiciliare.

4) Incremento percentuale rispetto al 2019

La Regione Marche registra tra il 2019 e il 2024 un **incremento del 111,6%** nel numero di anziani assistiti in ADI.

Indicatori sui quali la regione non ha fornito dati

La Regione Marche non ha fornito i dati sui seguenti **indicatori**:

5. la distribuzione degli assistiti per livello di intensità dell'ADI (I, II, III);
6. la variazione delle ore totali di ADI erogate rispetto al 2019;
7. la ripartizione delle ore per ciascun livello assistenziale;
8. il numero di operatori dedicati all'ADI assunti o formati attraverso le risorse PNRR e DL 34;
9. le figure professionali coinvolte nei percorsi di potenziamento dell'ADI.

Per tutti questi quesiti, la Regione specifica che **non produce sistematicamente tali informazioni**, e che la loro eventuale trasmissione richiederebbe una **rielaborazione ad hoc**, non prevista dagli obblighi dell'accesso civico generalizzato.

Molise

Stato dell'istanza e tipo di riscontro

La Regione Molise ha fornito un riscontro formale e dettagliato all'istanza di accesso civico tramite la Direzione Generale per la Salute. La comunicazione è articolata, puntuale e arricchita da dati aggiornati al 30 giugno 2025 e ai flussi SIAD/ReGIS, risultando una delle risposte più informative tra quelle pervenute.

Come per altre Regioni, la parte introduttiva richiama elementi già trattati in premessa (flusso SIAD, modello PNRR a costi semplificati, limiti alla rielaborazione dati ai sensi del D.Lgs. 33/2013 e ANAC 1309/2016).

Gli elementi specifici che caratterizzano la risposta della Regione Molise sono:

- la disponibilità di dati ben articolati su coperture, incrementi e target,
- l'indicazione di un **ritardo nei trasferimenti ministeriali delle quote PNRR 2023–2024**, pur con target raggiunti,
- **L'impegno dichiarato a raccogliere i dati qualitativi richiesti** (ore, livelli, personale), attualmente non consolidati a livello regionale.

1. Importi PNRR assegnati

La Regione Molise riporta in modo puntuale gli importi assegnati nell'ambito dell'investimento *M6C1 – 1.2.1 “ADI – Casa come primo luogo di cura”* per ciascuna annualità del quadriennio 2022–2025 per un totale nel quadriennio di **€ 13.734.125**

2022	2023	2024	2025
€ 418.633 ⁴⁵	€ 2.647.617	€ 4.872.282	€ 5.795.593

2. Spesa effettivamente sostenuta

La Regione informa che ha **trasmesso regolarmente le rendicontazioni ReGIS** per 2023 e 2024; **ha richiesto le quote corrispondenti, ma il Ministero non ha ancora liquidato tali risorse**.

La Regione sta valutando l'anticipazione alle ASL mediante fondi regionali.

3. Percentuale over 65 assistiti in ADI

La Regione riporta il dato consolidato al **30 giugno 2025**, dal quale emerge che **il 5,21%** della popolazione over 65 risulta preso in carico in ADI. Si tratta di un valore semestrale, in attesa della certificazione annuale definitiva.

4. Incremento rispetto al 2019

La Regione fornisce i dati relativi alla crescita della presa in carico rispetto alla baseline 2019. Nel 2023 l'incremento registrato è pari a **+3,71%**, mentre nel 2024 sale a **+5,21%**, confermando un progressivo ampliamento dell'ADI sul territorio.

In termini di target PNRR, la Regione comunica di aver **raggiunto gli obiettivi previsti** per il 2023 (2.518 assistiti) e per il 2024 (3.643 assistiti). Per il 2025, l'obiettivo fissato è pari a **4.109 assistiti**, con dati attualmente in fase di consolidamento.

Indicatori sui quali la regione non ha al momento fornito dati

⁴⁵ Anticipazione 10%

Al pari delle altre, anche la Regione Marche non ha fornito i dati su gli **indicatori** da 4 a 9; tuttavia la Regione dichiara di averli **richiesti ad ASREM** e si impegna a trasmetterli non appena disponibili.

5. la distribuzione degli assistiti per livello di intensità dell'ADI (I, II, III);
6. la variazione delle ore totali di ADI erogate rispetto al 2019;
7. la ripartizione delle ore per ciascun livello assistenziale;
8. il numero di operatori dedicati all'ADI assunti o formati attraverso le risorse PNRR e DL 34;
9. le figure professionali coinvolte nei percorsi di potenziamento dell'ADI.

Sardegna

Stato dell'istanza e tipo di riscontro

La Regione Sardegna ha fornito un riscontro formale all'istanza di accesso civico, trasmettendo una nota firmata dal Direttore del Servizio Sistema Informativo, Affari Legali e Istituzionali, accompagnata da una relazione descrittiva contenente i dati disponibili.

Nella parte introduttiva, la Regione richiama diversi elementi già illustrati in premessa (flusso SIAD come fonte ufficiale, modello PNRR basato sulla sola rilevazione degli over 65 assistiti, limiti dell'accesso civico rispetto alla rielaborazione dei dati). Poiché tali motivazioni sono comuni a più Regioni, non vengono riproposte qui e si rimanda al paragrafo dedicato alle motivazioni ricorrenti.

1. Importi PNRR assegnati (Indicatore 1)

La Sardegna riporta gli importi assegnati nell'ambito dell'investimento PNRR *M6C1 – 1.2.1 “ADI – Casa come primo luogo di cura”* per ciascuna annualità del quadriennio 2022–2025 per un totale di € **105.978.898**.

2022	2023	2024	2025
€ 3.253.832	€ 20.557.987	€ 37.554.249	€ 44.612.830

2. Spesa effettivamente sostenuta (Indicatore 2)

La Regione comunica di aver assegnato integralmente alle Aziende sanitarie le risorse PNRR destinate all'ADI per ciascuna annualità.

Non vengono però forniti dati sugli impegni né sulle liquidazioni, rendendo il riscontro limitato agli aspetti programmati e non all'effettivo avanzamento finanziario dell'investimento.

4. Incremento ADI rispetto al 2019 (Indicatore 4)

La Regione Sardegna riporta il dato certificato relativo all'anno 2024, dal quale emerge che **il 9,12%** della popolazione over 65 è stato preso in carico in ADI. Si tratta di un valore che risulta pienamente allineato al target previsto dal PNRR e comparabile con quello delle Regioni che presentano i livelli di copertura più avanzati rispetto alla situazione pre-PNRR.

Indicatori non forniti

Coerentemente con il quadro già descritto nella premessa del Rapporto, la Regione non fornisce dati relativi a:

- 5) distribuzione degli assistiti per livelli di intensità (I-II-III)
- 6) ore totali di ADI e confronto con il 2019
- 7) distribuzione delle ore per livello
- 8) numero di operatori ADI assunti o formati (FTE/unità)
- 9) profili professionali attivati

Per ciascun indicatore la Regione segnala che: **non produce tali dati in formato strutturato**, la loro elaborazione richiederebbe una rielaborazione ad hoc non prevista dall'accesso civico, la piattaforma REGIS non valorizza gli indicatori richiesti.

Sicilia – Scheda regionale in sospeso

Siamo in attesa di un riscontro ulteriore per motivi non imputabili alla Regione.
(Richiesta di integrazione di documenti per dare corso all'Accesso civico).

Toscana

Stato dell'istanza e tipo di riscontro

La Regione Toscana ha fornito una risposta articolata e ben strutturata, accompagnata da riferimenti normativi e da un'organizzazione chiara dei contenuti.

La parte introduttiva della risposta richiama elementi già pienamente trattati in premessa (flusso SIAD come unica fonte ufficiale, modello PNRR a costi semplificati, limiti alla rielaborazione dei dati previsti dal D.Lgs. 33/2013 e dalla delibera ANAC 1309/2016). Per evitare ridondanze, tali aspetti non vengono ripetuti qui e si rimanda al paragrafo dedicato alle motivazioni ricorrenti delle Regioni.

Gli elementi specifici che caratterizzano la risposta della Toscana sono i seguenti:

- **La Toscana è l'unica Regione a fornire dati completi sulla distribuzione dell'intensità assistenziale (CIA),** tramite certificazioni Agenas. Questa informazione consente una lettura più approfondita della complessità dei pazienti in ADI ed è un *unicum* tra tutte le risposte regionali.
- **La Regione non riporta direttamente gli importi annuali PNRR, ma rimanda al Decreto interministeriale del 23 gennaio 2023,** indicando la fonte come riferimento ufficiale. Tale scelta è coerente con un'impostazione amministrativa prudente, seppur meno trasparente di altre Regioni che hanno riportato i valori direttamente nel testo.

Dati forniti rispetto ai quesiti dell'istanza

1) Importi PNRR assegnati (2022–2025)

La Regione Toscana non riporta nel testo gli importi annuali, ma richiama il Decreto interministeriale del 23 gennaio 2023 quale fonte ufficiale degli importi assegnati dal quale rileviamo che per il quadriennio 2022–2025 l'importo complessivo ammonta a **€ 99.024.393**.

2) Percentuale / spesa effettiva dei fondi

La Regione Toscana comunica di aver **assegnato integralmente** alle Aziende USL le risorse PNRR destinate all'ADI. Tuttavia, la risposta non fornisce informazioni sull'**effettiva spesa sostenuta**, né sullo stato degli **impegni** o delle **liquidazioni** da parte delle aziende sanitarie.

3) Percentuale di over 65 assistiti in ADI (2024)

Per il 2024, la Regione Toscana registra una **copertura ADI pari all'11,66%** della popolazione over 65, richiamando la certificazione ufficiale di Agenas.

4) Incremento percentuale rispetto al 2019

La Regione Toscana segnala un **incremento del 45%** nel numero di over 65 assistiti in ADI tra il 2019 e il 2024. Il dato evidenzia una crescita solida e costante della presa in carico domiciliare, seppur meno marcata rispetto a Regioni che hanno registrato significative espansioni (es. Liguria e Lombardia).

5) Distribuzione dei livelli ADI (I-II-III) / Intensità di cura (CIA)

La distribuzione per il 2024 dei CIA dell'ADI nella Regione Toscana è la seguente:

- **GdC0:** 13,45%
- **CIA Base:** 32,28%
- **CIA1:** 21,76%
- **CIA2:** 14,07%
- **CIA3:** 1,58%
- **CIA4:** 16,86%

Indicatori sui quali la Regione non ha fornito dati

La regione non ha fornito i dati sui seguenti **indicatori**:

6. ore complessive di ADI erogate;
7. distribuzione delle ore per livello di intensità;
8. numero di operatori dedicati all'ADI assunti o formati tramite fondi PNRR / DL 34;
9. tipologie di figure professionali coinvolte nei percorsi di potenziamento.

Per tutti questi elementi, la Regione dichiara che tali informazioni **non rientrano tra gli oggetti di valutazione interna** e che, di conseguenza, **non vengono prodotte statistiche utili a rispondere ai quesiti**.

Umbria

Stato dell'istanza e tipo di riscontro

La Regione Umbria, attraverso la Direzione regionale Salute e Welfare, ha fornito un riscontro mediante un documento amministrativo firmato digitalmente, ben strutturato e articolato in risposte puntuali ai diversi quesiti dell'istanza.

Nella premessa, la Regione richiama alcuni elementi centrali del sistema informativo nazionale:

- i dati relativi all'ADI sono conferiti al Ministero tramite il **flusso SIAD**;
- l'investimento PNRR M6C1 1.2.1 prevede una rendicontazione **a costi semplificati**, limitata al numero di over 65 assistiti;
- ai sensi del D.Lgs. 33/2013 e della delibera ANAC 1309/2016, l'amministrazione **non è tenuta a rielaborare dati** che non siano già disponibili;
- tutti i dati forniti risultano aggiornati al **31 dicembre 2024**.

1) Importi PNRR assegnati (2022–2025)

a Regione Umbria specifica gli importi assegnati per l'investimento PNRR M6C1 – 1.2.1 per il quadriennio 2022–2025, pari a **€ 41.276.187**

2022	2023	2024	2025
€ 1.297.673	€ 8.207.057	€ 15.103.051	€ 16.703.406
			+ € 1.261.714
			= € 17.965.120

2) Percentuale/spesa effettiva dei fondi

La Regione Umbria riferisce di aver **assegnato integralmente** alle Aziende USL 1 e 2 tutte le risorse PNRR destinate all'ADI per ciascuna annualità. Tuttavia, il riscontro non contiene alcuna informazione relativa alla **spesa effettivamente sostenuta**, né fornisce elementi sugli **impegni assunti** o sulle **liquidazioni** eventualmente già effettuate.

3) Percentuale di over 65 assistiti in ADI

La Regione Umbria raggiunge una **copertura ADI** pari al **12,62%** della popolazione over 65.

4) Incremento percentuale rispetto al 2019

La Regione Umbria registra un **incremento del 211,27%** nel numero di over 65 assistiti in ADI tra il 2019 e il 2024. Il dato rappresenta l'aumento più marcato tra tutte le Regioni che hanno fornito risposta, evidenziando una **espansione straordinariamente significativa** della presa in carico domiciliare.

Indicatori sui quali la Regione non ha fornito dati

La Regione Umbria non ha fornito i dati sui seguenti **indicatori**:

- 5) Distribuzione degli assistiti per livello di intensità ADI (I, II, III) o classificazione CIA

- 6) Variazione delle ore totali di ADI erogate rispetto al 2019
- 7) Distribuzione delle ore di ADI per livello assistenziale
- 8) Numero di operatori dedicati all'ADI assunti o formati con fondi PNRR / DL 34
- 9) Tipologie di figure professionali coinvolte nei percorsi di potenziamento

Per ciascuno di questi item, la Regione dichiara espressamente che **non produce sistematicamente i dati richiesti**, e che la loro eventuale fornitura richiederebbe una **rielaborazione ad hoc**, non prevista nell'ambito dell'accesso civico generalizzato.

Valle d'aosta

Dall'analisi della documentazione disponibile emerge che la Regione Valle d'Aosta **non ha fornito alcuna risposta nel merito** all'istanza di accesso civico presentata da Cittadinanzattiva. L'unico atto ricevuto consiste in un **semplice inoltro interno**: il Segretario Generale della Regione ha trasmesso l'istanza al Dipartimento Sanità affinché “*dia seguito alla richiesta*”.

Il documento principale è una comunicazione del **27 ottobre 2025** (prot. n. 9849/SAL), accompagnata dalla PEC che conferma la registrazione dell'istanza e il suo inoltro agli uffici competenti.

Al momento non è stata fornita alcuna risposta sostanziale ai quesiti, né elementi informativi su fondi, presa in carico o organizzazione dell'ADI.

LETTURA CIVICA SINTETICA

L'analisi conferma un quadro nazionale caratterizzato da **forte eterogeneità**.



Le Regioni con trasparenza minima (Abruzzo, Basilicata, Calabria, Emilia Romagna, Liguria, Marche Molise, Sardegna e Umbria) poiché **quanto comunicato è di fatto limitato** a dati già prodotti e disponibili nei flussi SIAD/PNRR. In pratica, **hanno fornito dati completi sugli indicatori obbligatori per PNRR e SIAD**, cioè:

- importi ricevuti (indicatore 1);
- assegnazioni/spesa programmata (indicatore 2);
- percentuale di over 65 assistiti (indicatore 3);
- incremento della copertura rispetto al 2019 (indicatore 4).

Si tratta di dati standardizzati, già raccolti nei flussi nazionali e dunque facilmente accessibili anche per una organizzazione civica come Cittadinanzattiva.

È questa la parte dell'ADI che l'attuale sistema informativo italiano **misura e rende visibile**. Pertanto offrono una trasparenza amministrativa formalmente corretta, ma limitata agli obblighi minimi previsti dal PNRR senza entrare nel merito degli indicatori più rilevati dell'Accesso civico.

La **trasparenza si interrompe, nella quasi totalità delle regioni, proprio sugli indicatori** che misurano gli aspetti più qualitativi e funzionali della presa in carico, il rafforzamento delle équipe e l'aderenza ai modelli organizzativi del DM 77/2022. Risultano quasi del tutto assenti:

- distribuzione per livelli o CIA (indicatore 5)
- ore totali di ADI e variazione 2019–2024 (indicatore 6)
- ore per livello di intensità (indicatore 7)
- personale aggiuntivo (indicatore 8)
- figure professionali coinvolte (indicatore 9)

Per questi item, le risposte prevalenti ricevute dalle Regioni sono: «*la Regione non produce sistematicamente tali dati*» oppure «*la piattaforma REGIS non valorizza queste informazioni*», accompagnata dal richiamo alla normativa (D.Lgs. 33/2013, ANAC 1309/2016) che esclude l'*obbligo di elaborare dati non strutturati*.



La Regione **Toscana**, l'unica con un dato sulla Complessità assistenziale (CIA) fondamentale ai fini della valutazione di aspetti qualitativi della presa in carico dell'assistenza.



La **regione Lombardia** è la sola a fornire dati anche sugli indicatori inerenti la variazione delle ore ADI rispetto al 2019; dettaglio sui FTE e sulle professioni formate/assunte; dati che nessun'altra Regione ha reso disponibili, pertanto è la regione che più si avvicina al modello di **accountability** attesa.



In attesa di completamento invio materiale documentale (Sicilia e Valle d'Aosta).



Nessun feedback, neppure meramente formale all'istanza da 8 Amministrazioni le quali non hanno fornito alcun dato, impedendo qualsiasi valutazione civica: Campania, Friuli Venezia Giulia, Lazio, P.A. Bolzano, P.A. Trento, Puglia e Veneto.

L'accesso civico sull'ADI ha messo in luce un dato tanto semplice quanto preoccupante: **in Italia sappiamo quanti pazienti vengono presi in carico, ma non sappiamo ancora con quali bisogni, per quante ore, con quale intensità e con quali professionisti vengano realmente assistiti.**

Per ricapitolare, su 21 Amministrazioni (19 Regioni e 2 Province Autonome):

- **13 hanno risposto**, ma in due casi si tratta di meri riscontri formali senza alcuna informazione utile;
- **solo Lombardia e Toscana** hanno fornito dati che vanno oltre i requisiti minimi;
- **8 amministrazioni non hanno dato alcun feedback**, neppure a conferma della ricezione. Il quadro è evidente: **il Paese è trasparente dove il PNRR obbliga a misurare**, ma resta **opaco proprio dove si gioca la qualità dell'assistenza domiciliare**. Le Regioni pubblicano coperture, target e volumi perché sono indicatori richiesti e certificati; al contrario, elementi essenziali come **ore erogate, intensità assistenziale e équipe coinvolte** restano fuori dallo sguardo pubblico e si trasformano in un'area strutturalmente invisibile.

Questa opacità genera una **asimmetria informativa profonda**: a fronte di **2,72 miliardi di € investiti sull'ADI**, non è possibile capire se e quanto queste risorse stiano davvero migliorando la vita delle persone fragili. La mappa nazionale della trasparenza lo conferma:

- il sistema misura la **quantità**, non la **qualità**;
- si concentra sui **target**, ma resta cieco sulla **presa in carico reale**;
- l'attuale modello di rendicontazione **non consente dal punto di vista civico una valutazione adeguata**.

Raccomandazioni

- **Nelle Regioni /PA che hanno risposto manca quasi ovunque la capacità di documentare:**
 1. **Ore di assistenza e intensità delle cure (item 5-7)** L'Italia non monitora quanto e con quale intensità gli assistiti ricevono ADI. Un vuoto informativo che impedisce di capire la reale qualità del servizio.
 2. **Personale dedicato all'ADI (item 8-9)** Mancano dati su FTE, nuove assunzioni, équipe multiprofessionali. Senza queste informazioni non è possibile valutare se il PNRR abbia potenziato il sistema.
 3. **Spesa effettiva** Quasi tutte le Regioni comunicano solo l'assegnazione alle ASL, non la spesa sostenuta.
 4. **Indicatori di qualità e processo** Nessuna Regione fornisce dati su appropriatezza, continuità assistenziale, esiti.
- **Nelle Regioni/PA che non hanno risposto** manca ovviamente tutto: dati, motivazioni, atti amministrativi e questo configura una **violazione sistematica** dell'art. 5 del D.Lgs. 33/2013 e impedisce qualsiasi forma di partecipazione e controllo civico.

Cittadinanzattiva chiede:

1. Creare un “Cruscotto ADI” pubblico in ogni Regione con almeno quattro indicatori minimi:

- copertura (% assistiti);
- intensità assistenziale (CIA o livelli);
- ore totali e ore per livello;
- personale dedicato.

2. Pubblicare la spesa effettiva, non solo quella programmata, al fine di rendere visibile:

- spese sostenute;
- impegni e liquidazioni;
- scostamenti tra fondi assegnati e usati.

3. Integrare i sistemi informativi (SIAD–REGIS–Agenas)

Per superare la trappola dei “costi semplificati” del PNRR e dare visibilità anche agli indicatori di qualità.

4. Interpretare l’Accesso civico come leva di accountability: non un adempimento difensivo, ma un’occasione per:

- migliorare la governance,
- rafforzare il dialogo con i cittadini,
- garantire trasparenza sistemica.

5. Definire indicatori nazionali su ore, intensità e personale, così da rendere l’ADI realmente valutabile anche nei suoi aspetti qualitativi e supportare un processo di riforma e monitoraggio fondato sulla corresponsabilità tra istituzioni, cittadini e pazienti.

4.4 RESIDENZE SANITARIE ASSISTENZIALI (RSA): UN SISTEMA OPACO, FRAMMENTATO, INIQUO

Il sistema delle Residenze Sanitarie Assistenziali (RSA) in Italia continua a essere uno dei settori più critici e meno trasparenti dell'intera rete dei servizi sociosanitari. La frammentazione territoriale, l'assenza di regole nazionali chiare e la scarsa pubblicità delle tariffe determinano condizioni di accesso profondamente diseguali da Regione a Regione. Il Report di Agenas sui "Sistemi di remunerazione dell'assistenza domiciliare, residenziale e semiresidenziale⁴⁶" mette nero su bianco un problema noto da anni, ma mai fotografato con tanta chiarezza: **non esiste un sistema nazionale omogeneo di tariffe**, e ogni Regione procede in ordine sparso.

Il risultato è quello che gli analisti di Agenas non esitano a definire una vera e propria **"giungla" di tariffe**:

- valori profondamente diversi da Regione a Regione;
- criteri di calcolo non confrontabili;
- assenza di dati in molte realtà;
- poca trasparenza per cittadini e operatori;
- impossibilità, per lo Stato, di programmare in modo equo i servizi territoriali.

Per numerose tipologie di prestazioni — dalle **cure domiciliari** all'assistenza per **demenze**, dal **semi-residenziale** ai **minori con disturbi del neurosviluppo** — il Report di Agenas evidenzia l'assenza totale o parziale di tariffe ufficiali. Questo impedisce un confronto reale e produce **diseguaglianze strutturali** nell'accesso ai servizi. Le conseguenze più pesanti ricadono, soprattutto, sugli anziani non autosufficienti e sulle persone affette da Alzheimer o da altre forme di demenza.

I dati sulle RSA

La situazione più critica riguarda le **RSA per anziani**, dove le differenze tariffarie sono tra le più marcate di tutto il sistema. Agenas è riuscita a reperire tariffe complete **solo in 6 Regioni**: Abruzzo, Calabria, Lazio, Lombardia, Puglia, Sardegna. (le quote sono tutte a carico del SSR). **Con costi differenti tra le varie realtà locali**: la tariffa più bassa è quella dell'Abruzzo seguita dalla Puglia (139,42) e dalla Lombardia (183,20). Le altre superano i 200 euro, fino alla massima della Sardegna (225 euro).

Solo Liguria e Toscana hanno stabilito delle tariffe Rsa per persone in stato vegetativo e di minima coscienza: Liguria (180,4 euro) e Toscana (255 euro).

Tariffe RSA anziani (quota sanitaria)		
Regione	Tariffa giornaliera (€)	Osservazioni
Abruzzo	Valore più basso (non indicato nel dettaglio)	A carico SSR
Puglia	139,42	A carico SSR
Lombardia	183,20	A carico SSR
Calabria	>200	A carico SSR
Lazio	>200	A carico SSR

Fonte: Rapporto Civico Salute 2025 – Elaborazione Cittadinanzattiva su dati Agenas "Sistemi di remunerazione dell'assistenza domiciliare, residenziale e semi-residenziale – Analisi comparative delle tariffe vigenti a livello regionale"

⁴⁶www.agenas.gov.it/i-quaderni-di-monitor-%E2%80%93-supplementi-all-a-rivista/2389-sistemi-di-remunerazione-dell-%E2%80%99assistenza-domiciliare,-residenziale-e-semi-residenziale-analisi-comparative-delle-tariffe-vigenti-a-livello-regionale

L'ampiezza della forbice è evidente: oltre 80€ di differenza al giorno tra una Regione e l'altra, con ricadute pesanti sulle quote sociali a carico delle famiglie.

Per il trattamento residenziale – rivolto a persone non autosufficienti con patologie che, pur non presentando particolari criticità e sintomi complessi, richiedono elevata tutela sanitaria con continuità assistenziale e presenza infermieristica h 24 – sono state considerate le tariffe relative ai trattamenti: estensivi di cura e recupero funzionale che di norma non superano i 60 giorni (totalmente in carico del SSR); di lungo-assistenza, recupero e mantenimento funzionali (in carico al SSR solo al 50%).

Le tariffe in Rsa per i trattamenti estensivi che vedono in prima linea personale medico infermieristico e riabilitativo, sono state rilevate nella stragrande maggioranza delle Regioni ad eccezione delle PA di Bolzano e PA di Trento, Toscana, Umbria, Basilicata e Sicilia. In Calabria e in Valle d'Aosta le quote sono a carico dei SSR solo per il 70 e il 60% rispettivamente.

Complesso arrivare ad una comparazione tra le Regioni in quanto Lombardia e Veneto hanno tariffato solo la quota sanitaria (53,4 euro e 52 euro rispettivamente). L'Emilia Romagna ha tariffato il Livello assistenziale A (Costo per giornata di accoglienza escluso le prestazioni sanitarie) pari a 91,90 euro e il Fvg il livello di assistenza medio (150 euro). Per le altre si oscilla dai 96 euro del Molise ai 152 euro della Sardegna.

Le tariffe nelle Rsa per i trattamenti lungoassistenza, recupero e mantenimento funzionali (prestazioni medico, infermieristico, riabilitativo e di riorientamento in ambiente protesico e tutelare, accertamenti diagnostici, assistenza farmaceutica e fornitura dei preparati per nutrizione artificiale e dei dispositivi medici, educazione terapeutica al paziente e al caregiver, con garanzia di continuità assistenziale, e da attività di socializzazione e animazione) sono state definite in nove Regioni: Abruzzo, Campania, Fvg, Lazio, Marche, Liguria, Molise, Piemonte (100% a carico del SSR), Puglia e Sardegna.

Assistenza sociosanitaria semi-residenziale. I trattamenti di lungoassistenza, di recupero, di mantenimento funzionale e di riorientamento in ambiente protesico, compresi interventi di sollievo nelle Rsa sono stati tariffati in 10 regioni (Abruzzo, Calabria, Campania, Emilia Romagna, Liguria, Lombardia, Marche, Molise Piemonte e Puglia). Per le altre il dato non è disponibile. Si va dai 32 euro di Lombardia e i 33,90 della Liguria fino agli 81,63 euro della Puglia.

Assistenza sociosanitaria alle persone non autosufficienti – demenze

In ambito residenziale, i trattamenti estensivi di cura e recupero funzionale hanno come target le “persone non autosufficienti con patologie che, pur non presentando particolari criticità e sintomi complessi, richiedono elevata tutela sanitaria con continuità assistenziale e presenza infermieristica sulle 24 ore”. Di norma la durata del trattamento non superiore a sessanta giorni, ed è fissata in base alle condizioni dell'assistito che sono oggetto di specifica valutazione multidimensionale, da effettuarsi secondo le modalità definite dalle regioni.

RSA Demenze (trattamenti estensivi)		
Regione	Tariffa (€)	Quota a carico SSR
Abruzzo	115	100%
Liguria	99,02	58%
Marche	128	67%
Campania	173	100%

Fonte: Rapporto Civico Salute 2025 – Elaborazione Cittadinanzattiva su dati Agenas “Sistemi di remunerazione dell'assistenza domiciliare, residenziale e semi-residenziale – Analisi comparative delle tariffe vigenti a livello regionale”

Per quanto riguarda le **tariffe Rsa Demenze**, ben 14 Regioni non comunicano i loro dati. Tra quelle note, si va da un minimo di 115 euro in Abruzzo ad un massimo di 173 euro in Campania. Non tutte le quote sono completamente a carico dei Servizi sanitari regionali. Tra quelle note, ad esempio, dei 99,02 euro comunicati dalla Liguria solo il 58% è a carico del SSR, mentre nelle Marche sulla tariffa di 128 euro risultata a carico del SSR il 67%.

Ancora meno le Regioni che comunicano i loro dati sulle **tariffe Nucleo Alzheimer**. In questo caso arrivano a 18 le Regioni che non dichiarano i dati. Tra le tariffe note si va da un massimo di 153,66 euro della Calabria a carico del SSR, ad un minimo di 56,70 della Lombardia che si riferiscono però alla sola “quota sanitaria” (senza la quota sociale/alberghiera).

Rimanendo in ambito residenziale, vengono poi esaminati i **trattamenti di lungoassistenza, recupero e mantenimento funzionale** indirizzati ai non autosufficienti. In questo caso la **tariffa Rsa Demenze** è stata dichiarata solo da tre Regioni: Piemonte con 136,50 euro tutti a carico del SSR; Puglia con 97,30 euro per il 50% a carico del SSR; e Sardegna con 144 euro per il 50% a carico del SSR.

La **tariffa Nucleo Alzheimer** viene comunicata invece dal solo Abruzzo, questa varia da 100,22 a 108,18 euro e pesa per il 50% sul SSR.

Nuclei Alzheimer		
Regione	Tariffa (€)	Osservazioni
Calabria	153,66	A carico SSR
Lombardia	56,70	Solo quota sanitaria
Abruzzo	100,22–108,18	50% SSR

Fonte: Rapporto Civico Salute 2025 – Elaborazione Cittadinanzattiva su dati Agenas “Sistemi di remunerazione dell’assistenza domiciliare, residenziale e semi-residenziale – Analisi comparative delle tariffe vigenti a livello regionale”

La mancanza di informazioni ufficiali impedisce ogni valutazione sulla qualità, sui costi reali e sulla sostenibilità per le famiglie.

Il Report mette in evidenza tre tipi di diseguaglianze:

- **Diseguaglianze di accesso**

Un servizio può essere garantito in una Regione e inesistente o non tariffato in un’altra. Esempi estremi:

- RSA Demenze: dati mancanti in 14 Regioni
- Nuclei Alzheimer: 18 Regioni senza tariffe

- **Diseguaglianze di costo**

Tra la tariffa giornaliera più bassa e la più alta in RSA si possono avere **differenze superiori al 60%**.

- **Diseguaglianze di trasparenza**

La difficoltà maggiore registrata da Agenas è stata **trovare le informazioni**. Per molte Regioni:

- non esiste una sezione dedicata;
- gli atti non sono aggiornati;
- non vi sono database pubblici;
- spesso mancano i riferimenti tariffari.

Questo si traduce in **disorientamento per i cittadini**, che spesso non sono messi nelle condizioni di capire cosa prevede il SSN, cosa è a carico loro, e quali diritti hanno.

Le sentenze su Alzheimer, RSA e quote a carico delle famiglie

In questo contesto di estrema disomogeneità, negli ultimi anni, la giurisprudenza si è pronunciata con decisioni importanti che rafforzano il principio secondo cui le prestazioni in RSA, quando integrano cure sanitarie, **non devono gravare** sulle famiglie ma spettano al Servizio Sanitario Nazionale (SSN). Le principali sentenze della magistratura – dalla Cassazione al Consiglio di Stato – hanno più volte affermato che la natura dell'assistenza per le persone con Alzheimer è a prevalenza sanitaria e che, di conseguenza, la relativa quota deve essere sostenuta dal Servizio sanitario regionale e non dalle famiglie. Tuttavia, in assenza di una cornice normativa nazionale che recepisca in modo strutturale questi principi, la loro applicazione resta disomogenea: in alcune Regioni le famiglie ottengono il riconoscimento dei propri diritti solo dopo lunghi ricorsi nei tribunali, in altre non riescono ad attivare alcuna forma di tutela perché prive delle risorse economiche necessarie. Questa situazione alimenta un paradosso: **chi può permettersi i costi del giudizio spesso riesce a far valere i propri diritti; chi non può resta escluso e continua a pagare cifre molto elevate**, spesso incompatibili con i redditi delle famiglie. Le sentenze, nate per correggere disparità e tutelare i cittadini, finiscono così – loro malgrado – per ampliare le disuguaglianze territoriali e sociali, invece di ridurle.

Sentenze recenti (2024-2025) su Rette RSA				
Anno / Data	Organo giudicante	Sentenza / Numero	Oggetto	Principio stabilito
17 ott. 2024	Corte di Cassazione	n. 26943/2024	Ricovero in RSA di malato con Alzheimer / contratto di ricovero con retta a carico familiare	Le prestazioni socio-assistenziali “insindibilmente connesse” a quelle sanitarie sono gratuite e devono essere erogate dal SSN → nessun obbligo di pagamento della retta da parte dell'ospite/famiglia.
02 feb. 2024	Corte di Cassazione	n. 4752/2024	Ricovero in RSA per Alzheimer / retta a carico familiare	Conferma che la retta di ricovero non può essere posta a carico del paziente se le cure e l'assistenza sono di competenza del SSN.
09 giugno 2025	Corte d'Appello di Milano	n. 1644/2025	Richiesta pagamento retta per ricovero madre con demenza senile → retta pari a 26.000 € circa	Riconosciuto il diritto: la retta è a carico del SSN, annullato l'impegno sottoscritto dalla famiglia.
Set. 2025	Tribunale di Pordenone	n. 503/2025	Caso di ricovero RSA per malato con demenza/Alzheimer	Confermato: la retta corretta deve essere a carico del SSN, non dell'utente.

Fonte: Rapporto Civico Salute 2025 – Elaborazione Cittadinanzattiva

Tutto questo avviene in un contesto di estrema opacità. La maggior parte delle Regioni non rende pubbliche le tariffe, non specifica la ripartizione tra quota sanitaria e quota sociale, non fornisce informazioni sui criteri di accesso e non consente alle famiglie di conoscere con semplicità quali costi spettino loro e quali al sistema pubblico. Le differenze territoriali sono così profonde da rappresentare un vero e proprio “**codice postale**” della tutela: non sono i bisogni della persona a determinare la presa in carico, ma la Regione in cui si vive. Per queste ragioni è urgente che il Parlamento intervenga con una legge nazionale che definisca in modo uniforme i livelli essenziali di assistenza nelle RSA, chiarisca la quota sanitaria per le demenze e renda esigibili i diritti su tutto il territorio, senza costringere i cittadini ad agire in giudizio per farli valere.

In sintesi

Il tema dell'assistenza nelle RSA non riguarda solo norme, tariffe o ripartizioni di competenze: riguarda la dignità delle persone fragili e la responsabilità collettiva verso chi non può più difendersi da solo. Occorre che le istituzioni — Governo, Regioni, Comuni, Aziende sanitarie — rendano **effettivi** i diritti, superando le disuguaglianze territoriali, pubblicando dati chiari, aggiornando le delibere, uniformando criteri e controlli. Ogni ritardo, ogni vuoto normativo, ogni pratica opaca ricade direttamente sulle persone più vulnerabili: anziani non autosufficienti, malati con demenza, famiglie esauste che spesso arrivano in RSA dopo anni di cura solitaria.

Un sistema giusto non può essere lasciato alla fortuna di chi ha tempo, competenze o risorse per fare ricorso in tribunale: i **diritti devono valere per tutti, automaticamente, senza bisogno di rivendicarli uno per uno**. La sfida che abbiamo davanti è culturale prima ancora che amministrativa: riconoscere che la cura delle fragilità non è un “costo da contenere”, ma un investimento civile, un indicatore fondamentale della qualità democratica di un Paese. Siamo chiamati, come cittadini e come comunità, a chiedere trasparenza, equità e coerenza in tutto il territorio nazionale, perché la dignità delle persone non autosufficienti non sia oggetto di differenze regionali, né materia di contenzioso giudiziario.

CONCLUSIONI GENERALI

La lettura complessiva dei dati del Rapporto civico sulla salute 2025 di Cittadinanzattiva restituisce un quadro preoccupante del Servizio Sanitario Nazionale. I dati raccolti da oltre 16.000 segnalazioni confermano un cambio di paradigma: la preoccupazione principale dei cittadini non è più la qualità delle cure, ma la possibilità di accedervi tempestivamente.

Oggi, l'ostacolo maggiore è la difficoltà di accesso e le liste d'attesa, che sono quasi raddoppiate dal 2020 al 2024 (47,8% delle segnalazioni). Questa criticità ha spinto la rinuncia alle cure al 9,9% della popolazione, con la rinuncia per liste d'attesa (6,8%) che per la prima volta supera quella per motivi economici (5,3%). Per i pazienti cronici, l'attesa si traduce in un "lusso", costringendo il 55% a rinunciare o a ritardare esami e visite.

La crisi è amplificata da una profonda iniquità territoriale che trasforma la sanità in una questione di residenza. La riforma dell'assistenza territoriale (DM 77/2022) procede a "macchia di leopardo", con solo il 38% delle Case della Comunità attive e appena il 3% che rispetta pienamente gli *standard*.

I dati confermano che le nuove strutture sono poco accessibili, con l'Ospedale di Comunità fruibile solo al 31,4% e la Casa della Comunità appena al 9,9%. Similmente, il fronte della prevenzione è in affanno e caratterizzato da disuguaglianze drammatiche: la copertura nazionale per lo screening Colon-Retto è ferma al 33,3%, ma in regioni come la Calabria scende a un tasso di adesione del 5,2%, contro il 66,4% in Valle d'Aosta. L'inefficacia del sistema spinge milioni di persone verso la mobilità sanitaria interregionale, che non è più una scelta ma una "migrazione di necessità" e un "voto di sfiducia" contro le regioni più lente, drenando centinaia di milioni di euro dal Sud verso il Centro-Nord.

Infine, l'opacità amministrativa aggrava la situazione. L'Accesso Civico Generalizzato sulle Liste d'Attesa e sull'Assistenza Domiciliare Integrata (ADI) ha rivelato un preoccupante "buco nero" di trasparenza. Molte Regioni (come Calabria, Molise, Puglia, Veneto e Trentino-Alto Adige per le liste d'attesa) non forniscono riscontro o dati sostanziali, e per l'ADI, nonostante i 2,72 miliardi di euro investiti tramite il PNRR, gli indicatori essenziali di qualità (ore erogate, intensità assistenziale) rimangono "strutturalmente invisibili".

L'assistenza residenziale è una "giungla tariffaria", con i costi delle RSA che variano di oltre 80 euro al giorno tra le regioni. In sintesi, il sistema sta perdendo la sua capacità universalistica a causa di una gestione disomogenea e poco trasparente delle risorse e delle riforme. È urgente che lo Stato definisca un nuovo Piano Sanitario Nazionale e renda immediatamente esigibili i Livelli Essenziali di Assistenza (LEA) e le misure anti-liste d'attesa in ogni territorio, garantendo così che il diritto alla salute torni a essere una certezza costituzionale e non una variabile legata alla residenza o alla capacità economica.

PROPOSTE

Priorità per un Servizio sanitario più forte ed equo

- ✓ Dotare il Paese di un nuovo Piano sanitario nazionale, assente dal lontano 2008, per ottenere, insieme a una programmazione dell'offerta sanitaria coerente con i tempi, il sostegno del Parlamento, l'impegno trasversale a un progressivo e adeguato finanziamento per la sanità con risorse commisurate alle riforme, la collaborazione delle Regioni.
- ✓ Dare piena e totale attuazione ed esigibilità a tutti i cittadini e su tutto il territorio nazionale dei LEA 2017 e garantire d'ora in avanti, come previsto, una revisione costante e certa dei Livelli essenziali di assistenza.
- ✓ Investire nel potenziamento delle infrastrutture digitali e di interconnessione dei dati, lavorando sulle competenze digitali tanto dei cittadini quanto dei professionisti sanitari.
- ✓ Rilanciare politiche sul personale sanitario, co-progettando organicamente ruoli e fabbisogno di tutti i professionisti sanitari, riformando i processi di formazione, valutazione e sviluppo delle competenze, incentivando le professioni considerate meno attrattive.
- ✓ Investire su ogni livello della prevenzione, dall'alfabetizzazione sanitaria agli stili di vita alle campagne vaccinali alla diagnosi precoce, e implementare i provvedimenti previsti, al livello nazionale e regionale, per potenziare e rendere i servizi di prevenzione vaccinale e di screening più accessibili e uniformi.
- ✓ Garantire la piena e tempestiva attuazione delle disposizioni previste dal Decreto liste d'attesa con particolare riguardo al governo delle agende, agli aspetti di monitoraggio del dato e all'uniformità delle procedure sul territorio.
- ✓ Accelerare l'implementazione delle Case della comunità, delle Centrali operative territoriali e degli Ospedali di comunità per garantire una migliore assistenza di prossimità nel più breve tempo.

RINGRAZIAMENTI

La stesura del Rapporto Civico sulla Salute è stata possibile in primis grazie al lavoro dei volontari e delle volontarie che quotidianamente animano i nostri Centri di Tutela presenti sul territorio e che sono in prima fila nell'offrire sostegno e tutela ai cittadini, grazie al loro lavoro è stato possibile gestire le oltre 16.000 segnalazioni dei cittadini che ci hanno contattato nel 2024.

Un ringraziamento speciale ai Segretari Regionale che animano tutto l'anno l'Osservatorio civico sul federalismo grazie alla loro attività di politica e monitoraggio costante sui territori.

Grazie ad Anna Lisa Mandorino, Segretaria generale di Cittadinanzattiva, Francesca Moccia, Vice Segretaria generale di Cittadinanzattiva e Anna Rita Cocco, Presidente di Cittadinanzattiva.

Un grazie particolare al comitato di redazione di questo Rapporto Civico sulla Salute 2025: I capitoli del Rapporto sono stati curati da:

Valeria Fava: Capitoli Prevenzione e Accesso alle Prestazioni

Isabella Mori: Capitolo sulle Segnalazioni dei Cittadini (Rapporto PiT) e capitolo Assistenza Sanitaria Territoriale (focus RSA)

Maria Eugenia Morreale: Capitolo Prevenzione (Focus pediatria)

Tiziana Nicoletti: Capitolo Prevenzione (Focus pediatria)

Maria Vitale: Capitoli Accesso alle Prestazioni e Assistenza Sanitaria Territoriale

Un grazie particolare per l'analisi statistica e la trasposizione grafica dei dati a **Maria Eugenia Morreale**.

Un ringraziamento particolare allo staff del back office del PIT: Rosa Anna Cauteruccio, Daria Ferrari, Angela Masi per il loro lavoro quotidiano di sostegno, supporto e costante scambio con la rete della tutela.

Un ringraziamento sentito alle Associazioni afferenti al Coordinamento Nazionale delle Associazioni di malati cronici e rari (CnAMC) di Cittadinanzattiva per aver sostenuto la diffusione degli strumenti di indagine ed aver contribuito alla lettura civica dei fenomeni che più impattano sulle persone con patologia cronica e rara.

Per il supporto organizzativo e di contenuto grazie allo staff salute di Cittadinanzattiva: Claudia Ciriello, Etty Escalante, Carla Berliri.

Per le corporate relations grazie a Cristiana Montani Natalucci.

Per l'Ufficio Stampa, Comunicazione e Relazioni Istituzionali si ringraziano: Aurora Avenoso, Salvatore Zuccarello, Alessandro Cossu, Lorenzo Blasina, Giacomo D'Orazio, Veronica Di Marcello, Valentina Condò, Cristiano Tempesta.

Per l'ufficio eventi si ringraziano: Elisa Blasucci e Luana Scialanca

Per il networking grazie a Cinzia Dottori e Roberta Passerini.