

P!T
[PUNTI DI INTERVENTO E TUTELA]



Le voci che hanno cambiato la sanità.

30 anni di PIT, tra segnalazioni, storie e battaglie vinte



XXVIII RAPPORTO PIT SALUTE (2026)

Dalla parte dei diritti: (1996-2026)

Indice

1. [Capitolo I: Dati Generali e Trend del 2025](#)
 - [Dalla parte dei diritti: Trent'anni di coraggio civico \(1996-2026\)](#)
 - [Premessa](#)
 - [Nota Metodologica](#)
2. [Capitolo II: Il trend delle segnalazioni negli ultimi cinque anni \(2021-2025\)](#)
3. [Capitolo III: Oggetto delle segnalazioni del 2025: sintesi dei principali risultati](#)
4. [Capitolo IV: Accesso alle prestazioni](#)
 - [Mancato rispetto dei codici di priorità](#)
 - [Tempi di attesa massimi segnalati per prestazioni diagnostiche](#)
 - [Tempi di attesa massimi per prime visite specialistiche](#)
 - [Tempi di attesa massimi per prime visite specialistiche di controllo](#)
 - [Difficoltà di accesso alle prestazioni non legate alle liste d'attesa](#)
 - [Le agende bloccate o chiuse](#)
5. [Capitolo V: Assistenza sanitaria di prossimità](#)
6. [Capitolo VI: Assistenza protesica e integrativa](#)
7. [Capitolo VII: Assistenza ospedaliera](#)
8. [Capitolo VIII: Sicurezza delle cure](#)
9. [Capitolo IX: Assistenza previdenziale](#)
10. [Capitolo X: Assistenza Farmaceutica](#)
11. [Capitolo XI: Prevenzione](#)
12. [Capitolo XII: Umanizzazione e relazione con operatori sanitari](#)
13. [Capitolo XIII: Accesso alle Informazioni e alla Documentazione](#)
14. [Capitolo XIV: Le voci che hanno cambiato la sanità: 30 anni di PiT tra segnalazioni, storie e battaglie vinte](#)
 - [Le nostre proposte di sistema](#)
 - [Ringraziamenti](#)

Trent'anni di PiT Salute ci insegnano che il Servizio Sanitario Nazionale regge finché regge il patto di fiducia tra lo Stato e i cittadini.

Cittadinanzattiva continuerà a essere la custode di questo patto, trasformando ogni segnalazione in una proposta e ogni fragilità in una battaglia di civiltà. Il futuro del SSN si scrive oggi, con il coraggio di investire nelle persone, nella trasparenza e nell'equità.

CAPITOLO I: DATI GENERALI E TREND DEL 2025

Dalla parte dei diritti: Trent'anni di coraggio civico (1996-2026)

Trent'anni fa, Cittadinanzattiva inaugurava il **Progetto Integrato di Tutela (PiT) Salute** con una scommessa ambiziosa: trasformare le "lamentele" individuali del cittadino in un'azione collettiva di cambiamento. In quel **1996**, il Servizio Sanitario Nazionale stava affrontando le prime grandi riforme aziendalistiche; il rischio concreto era che la persona diventasse un semplice "utente" o, peggio, un "costo".

In questi tre decenni, il PiT Salute è stato il termometro delle fragilità del sistema. Abbiamo attraversato epoche diverse: dalla battaglia per la dignità del malato e il superamento dei grandi scandali sanitari degli anni '90, alla lotta per la sicurezza delle cure e l'equità nell'accesso del nuovo millennio. Oggi, giunti a questo traguardo, non celebriamo solo una ricorrenza, ma la tenacia di una rete di cittadini che non ha mai smesso di denunciare le crepe dell'universalismo.

Trent'anni di PiT Salute significano aver dato voce a oltre **mezzo milione di persone**, aver inciso su leggi fondamentali e aver ricordato instancabilmente alla politica che la salute non è una variabile economica, ma il presupposto stesso della democrazia. Il coraggio di tutelare il diritto alla salute, oggi più che mai, significa difendere il SSN da una deriva che rischia di renderlo accessibile solo a chi ha la possibilità economica di pagare.

Premessa

Il 2025 non rappresenta una scadenza qualunque: segna tre decenni di osservazione ininterrotta sulla salute degli italiani. Se la Legge 833 del 1978 ha istituito formalmente il Servizio Sanitario Nazionale (SSN) su basi di uguaglianza e universalità, il PiT Salute di Cittadinanzattiva ne ha monitorato l'attuazione pratica, agendo come "termometro" costante della sua reale tenuta.

Oggi, il sistema si trova a un bivio storico.

- **Da un lato**, viviamo l'epoca delle grandi opportunità tecnologiche e dei fondi straordinari del PNRR, che promettono una sanità digitale, interconnessa e finalmente vicina ai luoghi di vita delle persone.
- **Dall'altro**, i dati di questo Rapporto ci consegnano la fotografia di un SSN in profonda sofferenza, stretto tra l'invecchiamento demografico che moltiplica i bisogni e un depauperamento strutturale di risorse umane ed economiche che ne mina le fondamenta.

L'universalità, pilastro della nostra democrazia, rischia di trasformarsi in un simulacro se

l'accesso alle cure diventa un privilegio legato alle proprie possibilità economiche o alla fortuna geografica. In questi trent'anni, il PiT ha visto mutare le istanze dei cittadini: siamo passati dalla richiesta di qualità e umanizzazione negli ospedali alla lotta per l'esistenza stessa della prestazione sanitaria.

Questa Premessa vuole essere un monito: il monitoraggio civico non è un semplice esercizio statistico, ma un atto di resistenza civile che invita la politica a rimettere la persona al centro, superando la logica dei soli flussi contabili per riabbracciare quella della cura e della tutela effettiva del diritto alla salute.

Il Rapporto PiT Salute di Cittadinanzattiva raggiunge quest'anno il prestigioso traguardo della sua **XXVIII edizione**. In questo trentennio, il Rapporto si è consolidato come una lente d'ingrandimento insostituibile sulla realtà del Servizio Sanitario Nazionale (SSN), privilegiando la prospettiva autentica di chi il sistema lo vive ogni giorno: i cittadini. Questa analisi si sostanzia nell'elaborazione delle **14.176 segnalazioni** raccolte e gestite dalle sedi del Tribunale per i diritti del malato e dai punti PiT locali nel corso dell'intero anno solare 2025.

L'edizione del 2025 giunge in una fase di profonda trasformazione, dove la frattura tra i pilastri del sistema — universalità, equità e accesso — e la realtà quotidiana dei pazienti appare sempre più marcata. Attraverso lo studio dei dati correnti e l'analisi del trend dell'ultimo quinquennio (2021-2025), emerge il volto di un SSN che attraversa una crisi di resilienza strutturale senza precedenti dopo la tempesta pandemica.

Le voci dei cittadini raccolte in queste pagine restituiscono l'immagine di una sanità pubblica fragile, spesso impossibilitata a rispondere tempestivamente ai bisogni di salute. Questa condizione di debolezza è alimentata da criticità sistemiche ormai conclamate:

1. **La crisi del capitale umano:** un progressivo e preoccupante svuotamento dei reparti e dei servizi, causato dal blocco del turnover e dalle crescenti difficoltà nel reclutamento di nuovi professionisti.
2. **L'incompiuta territoriale:** una medicina di prossimità che, nonostante i piani di riforma, fatica a diventare il vero baricentro dell'assistenza, lasciando scoperte le necessità dei pazienti cronici.
3. **Il peso della demografia:** un invecchiamento della popolazione che richiede un cambio di paradigma assistenziale non più procrastinabile.
4. **Il divario geografico e la spesa forzata:** un'Italia divisa dove l'inefficienza pubblica spinge il cittadino verso la sanità privata o, nel peggiore dei casi, verso la rinuncia alle cure.

In questo scenario, **l'emergenza delle liste d'attesa** si configura come la ferita più esposta, un ostacolo che mina alla base il patto sociale e il diritto stesso alla cura.

Tuttavia, il SSN dispone oggi di leve straordinarie per cambiare rotta. Le risorse della Missione 6 del PNRR e le riforme introdotte con il DM 77 offrono una via per modernizzare le infrastrutture e digitalizzare i percorsi. Il rischio però è che i ritardi attuativi e l'incertezza sui finanziamenti futuri vanifichino questo sforzo riformatore, lasciando Case e Ospedali di Comunità come contenitori privi di sostanza.

Cittadinanzattiva ribadisce con forza la propria visione: il cittadino non è un destinatario passivo, ma il custode della qualità e della tenuta del sistema. Il diritto alla salute deve essere considerato "incomprimibile": un bene primario che non può essere sottomesso a meri vincoli ragionieristici o barriere amministrative. Difendere l'incomprimibilità della salute significa pretendere che l'evoluzione del SSN sia misurata sulla capacità di garantire cure eque, di qualità e, soprattutto, accessibili a tutti.

Con questa **XXVIII edizione**, intendiamo offrire una riflessione che parta dalla denuncia delle criticità per giungere a proposte concrete di salvaguardia del nostro patrimonio sanitario pubblico. Pur ricordando che questi dati derivano da segnalazioni spontanee e non hanno pretesa di valore statistico, essi rappresentano una testimonianza politica e umana di valore inestimabile: lo spaccato reale di chi non si arrende alla negazione dei propri diritti.

Nota Metodologica

Il Rapporto PiT Salute si consolida, nel suo trentesimo anno di attività, come un essenziale strumento di analisi civica, il cui fondamento risiede nel patrimonio informativo generato direttamente dal Servizio PiT Salute. Questo servizio svolge un'azione quotidiana di consulenza e assistenza, impegnandosi nella tutela proattiva dei diritti dei cittadini all'interno del complesso ecosistema dei servizi sanitari, siano essi pubblici o privati accreditati.

Ciò che conferisce al Rapporto un carattere di unicità nel panorama editoriale e scientifico sulla Sanità in Italia è la sua prospettiva: l'elaborazione dei dati non deriva da flussi amministrativi istituzionali, ma origina esclusivamente dalla condizione soggettiva del cittadino. L'obiettivo primario di questa metodologia è monitorare l'efficacia delle politiche sanitarie attraverso la verifica del reale riconoscimento dei diritti di chi usufruisce del sistema. La pubblicazione di questo Rapporto rappresenta, dunque, il culmine di un'attività di informazione e analisi civica che costituisce l'asse portante delle politiche di Cittadinanzattiva.

L'evoluzione dei PiT territoriali e la digitalizzazione dell'ascolto

Quest'anno, la metodologia di raccolta si è arricchita grazie al potenziamento dei PiT (Punti d'Intervento e Tutela) territoriali, protagonisti di un importante processo di trasformazione digitale. Se la presenza fisica presso le sedi del Tribunale per i diritti del malato rimane il cuore pulsante del nostro contatto umano e professionale, l'integrazione di nuovi strumenti digitali (form web, consulenza online e piattaforme di messaggistica dedicata) ha permesso di intercettare fasce di popolazione diverse e di individuare i disservizi con maggiore precisione. Questa evoluzione digitale non ha sostituito, ma ha potenziato la rete dei PiT locali, rendendo la segnalazione più accessibile e permettendo una gestione dei casi più tempestiva e tracciabile.

L'intento finale del Rapporto è mettere a disposizione della collettività e degli attori del Servizio Sanitario Nazionale e del welfare un patrimonio di dati che orienti la programmazione regionale, la gestione delle aziende sanitarie e le scelte politiche nazionali. Il presente Rapporto prende in considerazione un totale di **14.176 segnalazioni** elaborate nel periodo compreso tra il 1° gennaio e il 31 dicembre 2025.

Valore e Limiti Metodologici

È doveroso sottolineare che i dati presentati in questo Rapporto non sono trattati come una statistica campionaria in senso stretto. Le richieste di intervento rivolte spontaneamente a Cittadinanzattiva non possono essere estese alla generalità degli utenti del SSN secondo i criteri della ricerca demoscopica classica.

Tuttavia, il valore del Rapporto risiede proprio nel superamento del dato numerico a favore del significato civico: le informazioni raccolte fungono da termometro sociale, trasformandosi in indicatori preziosi delle situazioni di malessere e delle barriere d'accesso con cui i cittadini si scontrano.

Le evidenze che emergono dal monitoraggio 2025 sono dunque fondamentali per:

- **La rilevazione degli "eventi sentinella":** circostanze o disservizi gravi che non dovrebbero mai verificarsi e la cui comparsa è indice di un disagio strutturale o di un'emergenza locale.
- **La scoperta di nuove fenomenologie del disservizio:** grazie alla multicanalità dei PiT territoriali, è possibile individuare tempestivamente le nuove problematiche emergenti, specialmente quelle legate alla transizione digitale della sanità.
- **Il monitoraggio delle criticità preesistenti:** verificare se le misure correttive adottate (come il recente Decreto Liste d'Attesa) stiano producendo effetti reali sulla vita delle persone o se le criticità storiche stiano assumendo nuove forme.

CAPITOLO II: IL TREND DELLE SEGNALAZIONI NEGLI ULTIMI CINQUE ANNI (2021-2025)

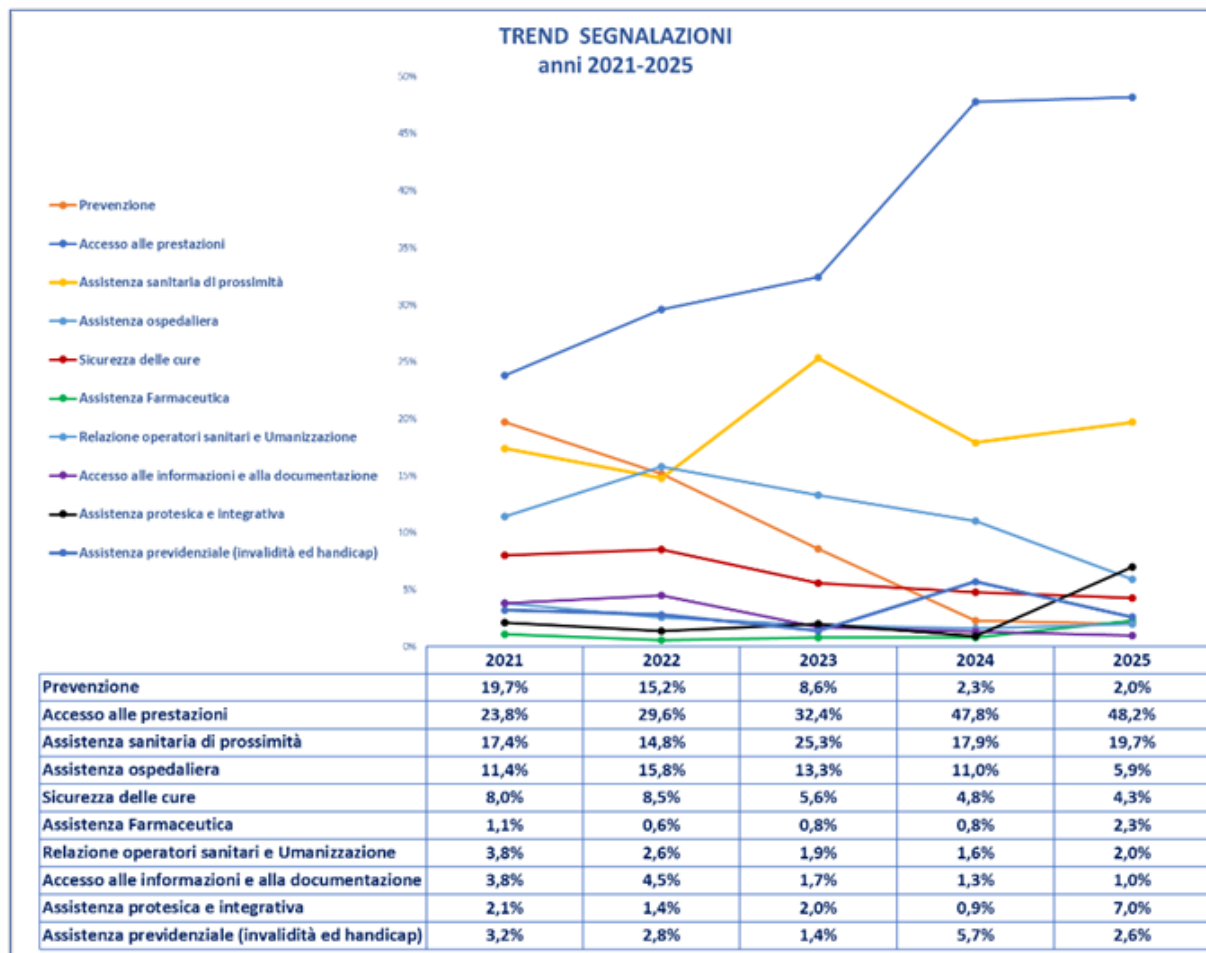


Figura 1. Fonte: Rapporto PiT Salute 2026 – Elaborazione Agenzia Valutazione Civica – Cittadinanzattiva

Come ogni anno, per avviare l'analisi delle segnalazioni raccolte da Cittadinanzattiva, può essere utile partire dai "trend" presenti in ogni settore. L'analisi dell'andamento delle segnalazioni nel quinquennio 2021–2025 delinea una progressiva e profonda metamorfosi delle istanze poste dai cittadini al Servizio Sanitario Nazionale (SSN). Si rileva uno spostamento baricentrico dell'attenzione sociale: dalle tematiche inerenti la sicurezza clinica e l'umanizzazione dei percorsi, il baricentro della tutela si è spostato verso le criticità strutturali di accesso, la continuità assistenziale e la tenuta complessiva dei livelli di erogazione dei servizi.

Tale dinamica suggerisce che, nell'attuale fase storica, la percezione del cittadino non è più focalizzata esclusivamente sulla qualità intrinseca della cura, quanto sulla praticabilità oggettiva del diritto alla salute, messa a repentaglio da barriere d'ingresso sistemiche.

L'andamento delle segnalazioni nel periodo 2021–2025 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.

Accesso alle prestazioni (48,2%)

L'ambito registra l'incremento più significativo e costante dell'intero monitoraggio: dal 25,4% del 2021 al 48,2% del 2025, con una marcata accelerazione nell'ultimo biennio. Tale evidenza riflette un aggravamento delle criticità legate alle liste d'attesa e alla saturazione della capacità erogativa pubblica. Questo "raddoppio" delle segnalazioni eleva la barriera all'accesso a principale criticità di sistema, indicando che la difficoltà di fruizione dei servizi specialistici e diagnostici rappresenta oggi la più grave minaccia all'universalismo del SSN.

Assistenza sanitaria di prossimità (19,7%)

Il settore relativo al rapporto con la Medicina Generale (MMG/PLS) e alla continuità assistenziale presenta un andamento irregolare. Dopo un decremento nel periodo post-emergenziale, si è registrato un nuovo picco nel 2023, attestandosi al 19,7% nel 2025. Queste fluttuazioni testimoniano le perduranti difficoltà del sistema territoriale nell'implementazione dei nuovi modelli organizzativi (DM 77). La frammentazione della presa in carico e le lacune nel raccordo ospedale-territorio rimangono nodi irrisolti che alimentano il senso di abbandono dei pazienti cronici e fragili.

Assistenza protesica e integrativa (7,0%)

Si rileva una sensibile risalita delle segnalazioni nell'ultimo anno, raggiungendo il 7,0%. Il trend evidenzia nuove tensioni nelle procedure di fornitura di ausili e presidi, dove le lungaggini amministrative e i criteri di aggiudicazione delle gare d'appalto sembrano confliggere con la tempestività e la personalizzazione richieste dalle necessità riabilitative. Il nuovo Nomenclatore Tariffario, introdotto a dicembre 2024, ha aggiornato i dispositivi erogabili dal SSN introducendo tecnologie avanzate, domotica e una classificazione in tre elenchi (su misura, di serie adattabili e pronti all'uso).

Con l'introduzione del nuovo nomenclatore sono emerse tre principali tipologie di criticità segnalate dai cittadini: la sotto-tariffazione dei rimborsi nazionali (con conseguente annullamento parziale del decreto da parte del TAR del Lazio), il caos burocratico sulle gare d'appalto per i dispositivi di serie e il taglio dei fondi per le manutenzioni rapide, che penalizzano l'autonomia dei pazienti e creano forti disomogeneità tra le Regioni.

Assistenza Ospedaliera (5,9%)

Dopo il picco registrato nella fase di riorganizzazione post-pandemica (15,8%), si osserva una contrazione progressiva fino al 5,9%. 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 2023–2025 fino all'5,9%. Il trend suggerisce un iniziale impatto delle riorganizzazioni ospedaliere nel post-pandemia, cui fa seguito un progressivo ri-direzionamento delle segnalazioni verso problematiche di accesso più generalizzate e pervasive.

Sicurezza delle cure (4,3%)

Si conferma il calo costante delle segnalazioni in questo ambito, dal 13% del 2021 al 4,3% attuale. La flessione indica una mutazione delle priorità del cittadino: l'urgenza di ottenere una prestazione ha parzialmente opacizzato la percezione del rischio clinico. Il dato riflette una condizione in cui

la preoccupazione per l'accessibilità prevale sulla valutazione della qualità e della sicurezza del percorso assistenziale.

Assistenza previdenziale (2,6%)

Si registra una flessione nell'ultimo anno di queste segnalazioni, nonostante i cittadini continuino a segnalare la complessità delle procedure di accertamento dell'invalidità, in attesa che le riforme di semplificazione avviate nel biennio 2025-2026 producano effetti tangibili.

Assistenza Farmaceutica (2,3%)

In questo settore il trend degli ultimi anni è stato piuttosto costante, si registra un aumento delle segnalazioni nel 2025 che passano dallo 0,8% del 2024 al 2,3% del 2025. Ad incidere su questo trend le segnalazioni relative ai cosiddetti farmaci introvabili.

Prevenzione (2,0%)

L'ambito della prevenzione mostra una contrazione costante e preoccupante: dal 19,7% del 2021 al 2,3% del 2025. Tale riduzione è indice di un preoccupante "effetto di oscuramento": l'emergere di criticità acute e immediate (accesso e diagnosi) ha indotto i cittadini a declassare la prevenzione — storicamente meno urgente — a margine delle proprie istanze di tutela, nonostante persistano gravi disomogeneità nei programmi di screening nazionali.

Piuttosto stabili, almeno rispetto all'ultimo triennio, le segnalazioni relative a **Relazione e Umanizzazione (2,0%)** e **accesso alla documentazione e informazioni (1%)**.

In conclusione, il trend quinquennale fotografa un SSN in uno stato di sofferenza strutturale acuta. La transizione da problematiche legate alla qualità e sicurezza verso una dominanza assoluta delle tematiche di Accesso (48,2%) segnala che il nodo centrale del sistema è oggi la sua stessa praticabilità.

Le segnalazioni si configurano come un "termometro civico" inequivocabile: per i cittadini, l'ostacolo non è più (o non solo) la qualità dell'intervento sanitario, ma la capacità del sistema di garantire l'ingresso nei tempi previsti dalla norma. Il superamento di questo stallo è la sfida primaria per la salvaguardia del carattere universale e solidale che ha contraddistinto il SSN dal 1978 ad oggi.

CAPITOLO III: OGGETTO DELLE SEGNALAZIONI DEL 2025: SINTESI DEI PRINCIPALI RISULTATI

Le **14.176 segnalazioni** elaborate nel 2025 non rappresentano una sommatoria di disservizi isolati, ma delineano una precisa "reazione a catena" che attraversa l'intero Servizio Sanitario Nazionale. Per comprendere i risultati di quest'anno, è necessario leggere i dati attraverso le loro interconnessioni sistemiche.

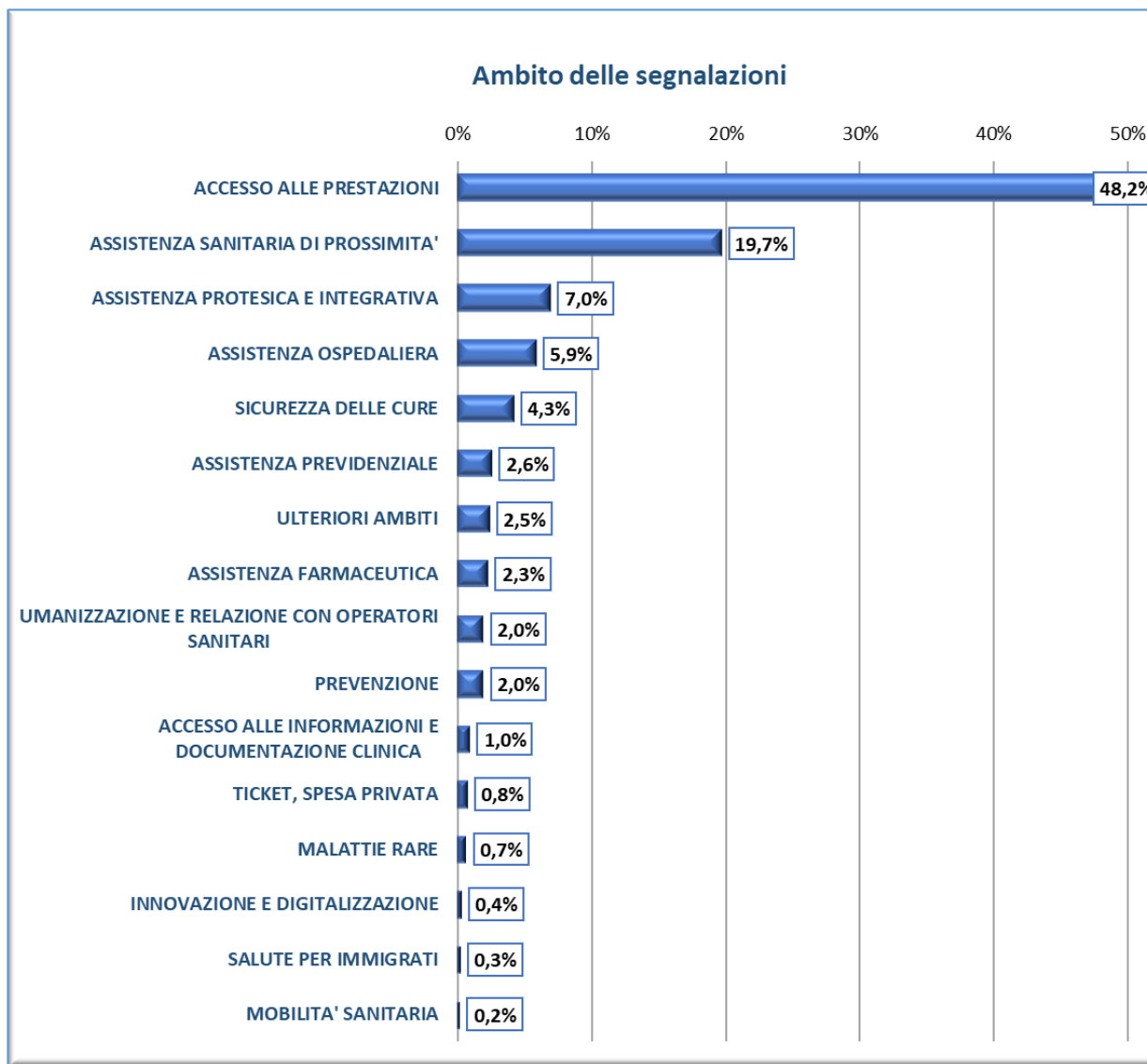


Figura 2. Fonte: Rapporto PiT Salute 2026 – Elaborazione Agenzia Valutazione Civica – Cittadinanzattiva

L'Accesso alle prestazioni (48,2%) e l'Assistenza di prossimità (19,7%) costituiscono, insieme, quasi il 70% delle criticità segnalate dai cittadini.

Questa correlazione indica che la difficoltà di accesso alla diagnostica e alle visite specialistiche agisce come un moltiplicatore di pressione sulla medicina territoriale: quando il cittadino trova le agende chiuse al CUP, torna a rivolgersi al Medico di Medicina Generale (MMG), saturando l'attività di prossimità con richieste di supporto per la gestione della cura negata.

L'ospedale appare come l'imbuto" finale, le criticità su ricoveri e dimissioni rivelano la fragilità del post-acuzie: senza un territorio capace di accogliere, l'ospedale si ingolfa, generando il sovraffollamento del Pronto Soccorso. Mentre emerge con forza il settore dell'Assistenza Protesica e Integrativa (7,0%), investito da una profonda crisi di transizione normativa che ha generato nuove ed estenuanti barriere per i cittadini più fragili. In questo scenario, la Sicurezza delle cure (4,3%) e Prevenzione (2,0%) fanno registrare una flessione delle segnalazioni: il cittadino, concentrato sull'ottenimento della prestazione, tende a declassare la qualità e la prevenzione a bisogni secondari.

Accesso alle prestazioni (48,2%)

L'ambito dell'accesso rappresenta la criticità prioritaria, con un'incidenza che sfiora la metà dell'intero volume delle segnalazioni. Non siamo in presenza di semplici ritardi, ma di un'architettura di "esclusione" dal percorso di cura che mette a rischio l'universalismo del sistema.

L'analisi disaggregata mostra come il "collo di bottiglia" del sistema sia rappresentato dal fattore tempo e dalle barriere amministrative.

Nel dettaglio il settore delle liste d'attesa evidenzia le seguenti criticità:

- **Liste d'attesa** (62,2% sul totale delle segnalazioni relative all'accesso alle prestazioni): Costituiscono la voce preponderante. I cittadini denunciano sistematicamente il superamento dei tempi previsti dai codici di priorità. Le liste d'attesa colpiscono duramente gli esami diagnostici (35,0%), le prime visite specialistiche (12,8%) e le visite di controllo (12,3%).
- **Difficoltà di accesso** (37,2% sul totale delle segnalazioni relative all'accesso alle prestazioni)): in questo ambito si riscontrano barriere già in fase di prenotazione, principalmente legate a malfunzionamenti o irraggiungibilità dei CUP.

All'interno delle difficoltà di accesso, **spicca il drammatico dato delle agende bloccate/chiusure (77,1% sul totale delle segnalazioni relative alle difficoltà di accesso)**, seguito da tempi lunghi nel contatto con il CUP (6,5%) e malfunzionamenti dei Siti web (3,1%).

Il dato relativo alle agende chiuse è il più grave. La chiusura delle agende è una pratica illegale (D.lgs. 124/1998) che occulta il bisogno reale. **Ribadiamo che il fenomeno**

delle agende chiuse è vietato per legge e che ai cittadini deve essere garantito un “percorso di tutela” che permetta loro comunque di accedere alle prestazioni.

Le liste d'attesa rappresentano da anni un fattore di enorme disagio e stress, la cui criticità è esplosa negli ultimi anni (2021-2025). 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.

i dati del 2025 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 Campagna di Cittadinanzattiva **#Stopattese**, dedicata a monitorare le liste di attesa e ad offrire ai cittadini strumenti d'informazione e tutela per far valere i propri diritti, ha permesso di approfondire ancora più nel dettaglio le criticità che hanno vissuto i cittadini per accedere alle prestazioni sanitarie.

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 (19,7%)

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.), si conferma la seconda macro-area di criticità segnalata dai cittadini nel 2025. L'analisi disaggregata dei dati rivela un sistema dove il rapporto fiduciario con il medico rimane centrale, ma dove le nuove strutture di coordinamento faticano ancora a farsi conoscere o a incidere sulla quotidianità dei cittadini. Questa area, si posiziona seconda in termini di criticità segnalate dai cittadini seppur con un notevole scarto rispetto alle difficoltà di accesso alle cure. Nonostante la spinta del PNRR, il territorio fatica a diventare il primo luogo di cura. Il sistema resta fortemente concentrato sulle figure tradizionali: Medici di Medicina Generale e Pediatri di libera scelta.

In questo settore, le principali segnalazioni riguardano:

- **Rapporto con Medici di Medicina Generale e Pediatri di Libera Scelta** (62,4%): È la voce di gran lunga più rappresentativa dell'intero ambito. Oltre il 60% delle segnalazioni riguarda difficoltà nel contatto, carenza di tempo dedicato o deficit informativi. Il dato conferma che, nonostante la riforma, il MMG resta il primo e fondamentale baluardo del SSN per il cittadino, ma anche quello sottoposto alla maggiore pressione.
- **Salute Mentale** (12,8%): Rappresenta una criticità in crescita, segnalando un disagio che investe la capacità dei servizi territoriali di rispondere a bisogni complessi in tempi brevi.
- **RSA, Lungodegenza e Strutture Residenziali** (6,4%): Un'area che continua a generare segnalazioni legate alla difficoltà di inserimento e alla qualità della presa in carico nelle strutture dedicate alla cronicità e alla non autosufficienza.
- **Raccordo Ospedale-Territorio e Assistenza Domiciliare (ADI)** (entrambi al 3,9%): Dati che evidenziano una persistente difficoltà nel creare percorsi fluidi per il paziente che rientra al domicilio dopo un ricovero, rallentando la de-ospedalizzazione.
- **Case della Comunità (CdC), Centrali Operative Territoriali (COT) e Ospedali di Comunità (OdC)**: Le segnalazioni in questi ambiti risultano ancora quasi inesistenti (pari o inferiori allo 0,2%). Questo dato è emblematico: indica che le nuove strutture previste dal PNRR sono ancora in una fase di attivazione tale da non essere pienamente percepite o utilizzate dai cittadini come riferimenti assistenziali.

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**. 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 ritenere 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.

In merito alle nuove strutture (CdC, COT, OdC), le segnalazioni sono quasi inesistenti (0,2%), indicando che queste realtà non sono ancora entrate pienamente nel radar o nell'utilizzo quotidiano dei cittadini.

Assistenza Protesica e Integrativa (7,0%)

L'ambito dell'assistenza protesica e integrativa ha scalato la gerarchia delle segnalazioni, posizionandosi come il terzo ambito per volume di criticità nel 2025. Questo incremento è direttamente correlato all'entrata in vigore del nuovo Nomenclatore tariffario, che ha generato un'ondata di difficoltà burocratiche per i cittadini. Ricordiamo che il Nomenclatore è l'elenco ufficiale (un vero e proprio catalogo) che stabilisce quali ausili, protesi e ortesi il Servizio Sanitario Nazionale (SSN) può erogare gratuitamente o con partecipazione alla spesa ai cittadini. La storia del Nomenclatore è un esempio di estrema lentezza burocratica che è esplosa nel 2025. Per oltre 20 anni, il SSN ha utilizzato un Nomenclatore risalente al 1999, ormai totalmente obsoleto rispetto alle tecnologie moderne.

Nel 2017 sono stati definiti i nuovi Livelli Essenziali di Assistenza (LEA), che includevano un nuovo Nomenclatore. Tuttavia, questo non è mai entrato realmente in funzione perché mancava l'accordo sulle tariffe. Dopo numerosi rinvii, le nuove tariffe sono diventate operative a livello nazionale nel corso del 2025 (con date leggermente diverse tra le regioni).

Le segnalazioni in questo ambito riguardano quasi esclusivamente **l'Assistenza Protesica** (97,2%). I cittadini denunciano un blocco nelle erogazioni di ausili fondamentali (carrozze, protesi, supporti per la mobilità) a causa del disallineamento tra le nuove tariffe e i costi reali di mercato.

Il passaggio normativo ha prodotto un rallentamento degli iter autorizzativi. I pazienti denunciano l'impossibilità di ottenere dispositivi tecnologicamente avanzati, ora esclusi o limitati dalle nuove nomenclature, con un conseguente aumento della spesa privata o, peggio, della rinuncia al supporto.

Assistenza Ospedaliera (5,9%)

L'assistenza ospedaliera, pur registrando una contrazione percentuale nel volume totale delle segnalazioni del 2025, presenta al suo interno una redistribuzione delle criticità molto significativa. La gestione dell'acuzie e il percorso di degenza mostrano infatti segni di forte sofferenza organizzativa:

Ricoveri (48,5%): È il dato più rilevante dell'ambito. Quasi un cittadino su due che

segnala disservizi in ospedale si focalizza sulla fase della degenza ordinaria. Le criticità riguardano principalmente i lunghi tempi di attesa per un posto letto programmato, la carenza di assistenza infermieristica nei reparti e il degrado delle strutture. Il superamento della quota relativa al Pronto Soccorso suggerisce che il malessere si è spostato dall'emergenza alla gestione della degenza post-acuzie.

Emergenza/Urgenza – Pronto Soccorso (42,6%): Nonostante non sia più la voce primaria, l'area dell'urgenza resta un polo di forte tensione. I cittadini denunciano il persistente sovraffollamento e, soprattutto, il fenomeno del *boarding* (la permanenza su barella in attesa di un letto in reparto). Questo dato, incrociato con l'alto numero di segnalazioni sui ricoveri, conferma che il blocco dei posti letto nei reparti è la causa principale del caos nei Pronto Soccorso.

Dimissioni (8,9%): Una quota non trascurabile di segnalazioni riguarda la fase di uscita dall'ospedale. I cittadini lamentano dimissioni percepite come premature o la mancanza di un raccordo efficace con i servizi territoriali (ADI, RSA), che lascia il paziente e la famiglia in una condizione di fragilità e isolamento proprio nel momento del rientro a casa.

I dati dell'assistenza ospedaliera del 2025 descrivono un sistema "ingolfato". Il primato delle segnalazioni sui ricoveri (48,5%) indica che l'ospedale fatica a garantire la fluidità del percorso di cura una volta superata la porta del Pronto Soccorso. Il SSN si trova di fronte alla necessità urgente di una riforma che non si limiti al potenziamento dei reparti d'urgenza, ma che agisca sulla disponibilità dei posti letto e, parallelamente, sulla capacità del territorio di accogliere il paziente post-dimissione.

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.

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.

Sebbene numericamente più contenuta rispetto alle barriere di accesso, la sicurezza delle cure rappresenta un ambito di altissima sensibilità per i cittadini, investendo direttamente l'integrità del percorso clinico e l'adeguatezza delle strutture.

I dati mostrano un quadro in cui il fattore umano e quello ambientale sono strettamente interconnessi:

Presunti errori nella pratica medica (69,2%): Rappresentano quasi i tre quarti delle segnalazioni di questo ambito. I cittadini esprimono preoccupazioni legate a diagnosi percepite come errate o tardive e ad esiti terapeutici non rispondenti alle aspettative. È un dato che segnala la necessità di migliorare la comunicazione medico-paziente, specialmente in un contesto di forte stress lavorativo per gli operatori, che può incidere sulla percezione della qualità della cura.

Infezioni in strutture sanitarie (10,9%): Una criticità che si mantiene stabile e preoccupante. I cittadini sono sempre più consapevoli del rischio infettivo correlato all'assistenza (ICA), segnalando casi che minano la fiducia nella sicurezza degli ambienti ospedalieri.

Condizioni igienico/strutturali degli ambienti sanitari (10,7%): Quasi appaiata al dato sulle infezioni, questa voce riguarda il degrado fisico di ospedali e ambulatori. La percezione di ambienti poco curati, obsoleti o con carenze igieniche di base agisce come un potente moltiplicatore del senso di insicurezza per il paziente.

Macchinari (9,2%): La componente tecnologica chiude il quadro. Le segnalazioni riguardano macchinari obsoleti, guasti frequenti o la mancanza di apparecchiature all'avanguardia che ritardano o rendono meno precisi gli iter diagnostici e terapeutici.

Il dato della sicurezza delle cure nel 2025 delinea una sfida che non è solo clinica, ma anche culturale e strutturale. Il 69,2% dei presunti errori medici indica un logoramento della relazione di cura che spesso nasce da carenze organizzative a monte. Tuttavia, l'incremento di sensibilità verso le infezioni (10,9%) e lo stato degli ambienti (10,7%) suggerisce che il cittadino valuta la sicurezza nel suo complesso. La riforma della responsabilità professionale deve quindi procedere di pari passo con investimenti massicci nell'ammodernamento delle strutture e in protocolli rigidi di prevenzione del rischio, affinché l'ospedale torni a essere percepito come un luogo di assoluta tutela e non di potenziale pericolo.

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.

Assistenza previdenziale (2,6%)

L'assistenza previdenziale si conferma nel 2025 un ambito di forte frizione tra cittadino e istituzioni, caratterizzato da una transizione normativa complessa che non ha ancora prodotto i benefici sperati in termini di riduzione dei tempi d'attesa. Il dato complessivo (2,6% delle segnalazioni totali) non deve trarre in inganno: esso rappresenta un "concentrato" di fragilità estrema, dove il disservizio burocratico si traduce immediatamente in una lesione dei diritti fondamentali di sussistenza e inclusione.

Le problematiche si articolano come segue in base alle segnalazioni ricevute:

- **Handicap - Legge 104/92** (68,7%)
- **Invalidità e Accompagnamento** (31,3%)

Oltre i due terzi delle istanze riguardano il riconoscimento dello stato di Handicap (68,7%). Tale dato appare strettamente connesso all'avvio dell'iter della Riforma della Disabilità (D.lgs. 62/2024). Se da un lato la riforma introduce la rivoluzionaria prospettiva del "Progetto di Vita" e la valutazione multidimensionale, dall'altro il 2025 ha evidenziato le criticità della fase di passaggio. I cittadini segnalano una forte disomogeneità territoriale: mentre la riforma mira a eliminare la distinzione tra invalidità civile e handicap in un unico accertamento, la sovrapposizione dei vecchi e nuovi iter ha generato, in questa fase, un allungamento dei tempi di convocazione.

Un elemento di particolare rilievo nel 2025 è l'impatto delle procedure semplificate INPS. In alcune città pilota, l'Istituto ha avviato modalità di accertamento "sugli atti", ovvero valutazioni basate esclusivamente sulla documentazione clinica caricata dal cittadino, per evitare la visita in presenza laddove il quadro sia manifesto.

Tuttavia, le segnalazioni arrivate a Cittadinanzattiva evidenziano un paradosso: le procedure nate per semplificare di fatto hanno ancor di più *burocratizzato* l'iter che il cittadino deve seguire. Questo paradosso, è stato spesso causato da carenza informativa, molti cittadini lamentano di non essere stati adeguatamente informati sulla possibilità di optare per la valutazione documentale, finendo in lunghe liste d'attesa per visite domiciliari o ambulatoriali non necessarie e dalla qualità dei verbali, percepiti come "superficiali" o non rispondenti alla reale gravità della patologia, a causa della mancanza di un contatto diretto tra commissione e paziente.

In conclusione, l'assistenza previdenziale nel 2025 vive un momento di "attesa sospesa". Se la semplificazione delle procedure e la riforma del 2024 promettono un futuro di maggiore semplificazione, il presente è ancora segnato da un calvario burocratico dove i tempi della pubblica amministrazione restano distanti dalle necessità delle persone con disabilità.

Assistenza Farmaceutica (2,3%)

Le segnalazioni relative all'assistenza farmaceutica, pur con un'incidenza percentuale minore nel quadro generale (2,3%), riflettono criticità che impattano direttamente sulla

continuità terapeutica dei pazienti cronici e rari. Le problematiche principali emerse nel 2025 riguardano:

Carenze e indisponibilità: Episodi ricorrenti di farmaci irreperibili sul mercato, che costringono il paziente a lunghe ricerche o alla sostituzione della terapia.

Ostacoli burocratici: Difficoltà nel rinnovo dei piani terapeutici e lungaggini nelle procedure di distribuzione diretta da parte delle farmacie ospedaliere.

Oneri economici: Segnalazioni relative all'aumento dei costi a carico del cittadino per farmaci non rimborsabili o per la differenza di prezzo tra farmaco "brand" e generico.

Prevenzione (2,0%)

L'ambito della prevenzione raccoglie il 2,0% delle segnalazioni totali, un dato che, letto nel contesto delle liste d'attesa, suggerisce una pericolosa rassegnazione dei cittadini verso i percorsi di tutela della salute a lungo termine.

Le segnalazioni si articolano come segue:

- Vaccinazioni ordinarie (42,7%)
- Vaccinazioni anti SARS-CoV-2 (16,7%)
- Screening cervice uterina (16,0%)
- Screening mammografico (15,7%)
- Screening colon-retto (8,9%)

Il focus sugli screening oncologici (che complessivamente rappresentano oltre il 40% delle istanze dell'ambito) rivela come i ritardi nelle chiamate attive e le agende sature stiano minando l'efficacia dei programmi di prevenzione secondaria. I cittadini segnalano tempi d'attesa eccessivi anche per esami di screening di primo livello, con il rischio concreto di diagnosi tardive. Sul fronte vaccinale, la quota maggioritaria riguarda le vaccinazioni ordinarie (42,7%), segnate da difficoltà organizzative nei centri vaccinali e da una comunicazione istituzionale percepita come frammentaria.

Umanizzazione e relazione con operatori sanitari (2%)

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%)

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.).

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.

Ticket- spesa sanitaria privata (0,8%)

L'assuefazione alla spesa "out of pocket": una percentuale così bassa non indica l'assenza di un problema economico, bensì una preoccupante normalizzazione della spesa privata. Il cittadino, ormai rassegnato alle lunghe liste d'attesa nel settore pubblico, smette di segnalare il costo del ticket o della prestazione privata perché la percepisce come l'unica via obbligata per ottenere la cura.

La spesa sanitaria privata è in realtà un "costo sommerso" che attraversa tutti gli altri ambiti. Quando un cittadino segnala una lista d'attesa bloccata, il passaggio successivo è quasi sempre l'esborso economico per una visita intramoenia o in una struttura privata, che tuttavia non viene formalizzato come reclamo specifico sui costi.

Lo 0,8% rappresenta quella fetta di utenza che contesta ancora il costo della compartecipazione o la disparità tra regioni. Tuttavia, per Cittadinanzattiva, questo dato è il sintomo di un universalismo eroso, dove la salute è garantita solo a chi ha la capacità economica di aggirare le inefficienze del sistema pubblico pagando di tasca propria.

Malattie Rare (0,7%)

Nonostante l'incidenza numerica contenuta, le segnalazioni descrivono situazioni di estrema fragilità. Le criticità principali riguardano la difficoltà diagnostica (il cosiddetto "peregrinare" tra centri) e l'esclusione di farmaci o integratori specifici dai Livelli Essenziali di Assistenza (LEA), che costringono le famiglie a sostenere costi altissimi per terapie orfane di copertura pubblica.

Innovazione e Digitalizzazione (0,4%)

È l'ambito che evidenzia il divario tra gli investimenti del PNRR e la realtà quotidiana. Le segnalazioni riguardano quasi esclusivamente il Fascicolo Sanitario Elettronico (Il cittadino

segnala malfunzionamenti tecnici, dati non aggiornati o la mancata alimentazione del fascicolo da parte dei medici, trasformando uno strumento di semplificazione in un ulteriore labirinto digitale. Tra la fine del 2025 e marzo 2026, il Fascicolo sanitario elettronico è entrato nell'ultima fase di rilascio, FSE 2.0, gli effetti di tali innovazioni non sono ancora percepibili dal quadro delle segnalazioni raccolte da Cittadinanzattiva.

Salute per Immigrati (0,3%)

Le segnalazioni, pur residuali, si concentrano su barriere burocratico-amministrative (difficoltà nel rilascio della tessera sanitaria o del codice STP) e barriere linguistiche. È un dato che segnala una difficoltà di interazione con il sistema che spesso sfocia nella rinuncia alle cure o nell'accesso improprio al Pronto Soccorso.

Mobilità Sanitaria (0,2%)

Il dato bassissimo sulla mobilità indica che gli spostamenti per cure fuori regione sono ormai diventati una prassi accettata e silenziosa. Il cittadino non segnala più il viaggio della speranza come un disservizio, ma come una strategia di sopravvivenza necessaria per ovviare alle carenze della propria regione di residenza.

Ulteriori ambiti (2, 0%)

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

Questi dati, complessivamente, descrivono un cittadino che si è "specializzato" nel segnalare le emergenze (Accesso e Liste d'attesa), trascurando gli aspetti legati alla qualità, all'informazione e all'innovazione. *Per Cittadinanzattiva, il rischio è che il SSN diventi un erogatore di sole prestazioni urgenti, perdendo la sua vocazione di sistema accogliente, trasparente e tecnologicamente avanzato.*

CAPITOLO IV: ACCESSO ALLE PRESTAZIONI

L'ambito dell'accesso rappresenta la criticità prioritaria, con un'incidenza che sfiora la metà dell'intero volume delle segnalazioni. Non siamo in presenza di semplici ritardi, ma di un'architettura di "esclusione" dal percorso di cura che mette a rischio l'universalismo del sistema. L'analisi disaggregata mostra come il "collo di bottiglia" del sistema sia rappresentato dal fattore tempo e dalle barriere amministrative.

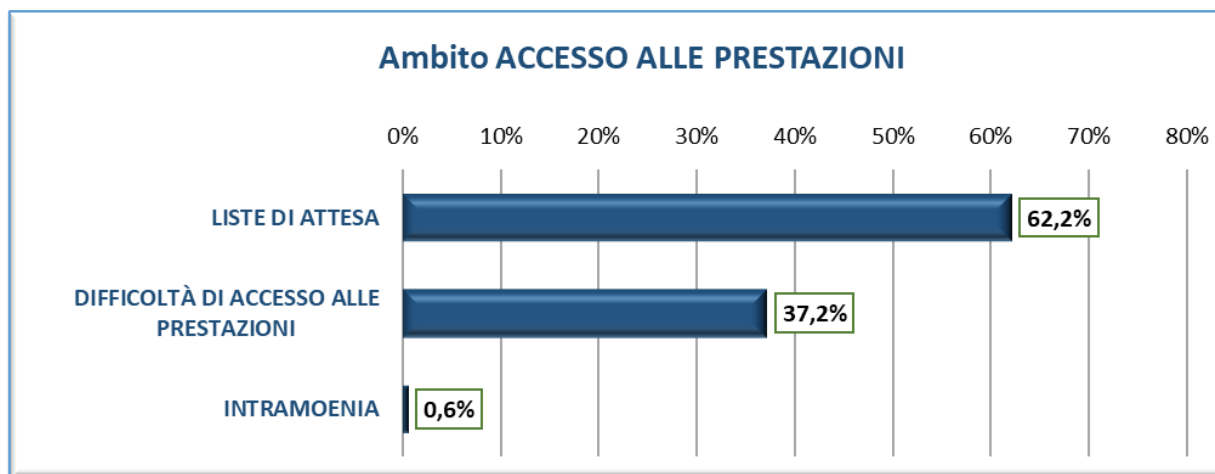


Figura 3. Fonte: Rapporto PiT Salute 2026 – Elaborazione Agenzia Valutazione Civica - Cittadinanzattiva

L'analisi disaggregata dell'ambito **Accesso alle prestazioni**, rivela una patologia gestionale profonda. La ripartizione delle segnalazioni all'interno di questo settore evidenzia come il fattore "tempo" sia solo la punta dell'iceberg di un malessere più vasto. Le segnalazioni sono così suddivise: **liste d'attesa (62,2%)**, **difficoltà di accesso alle prestazioni (37,2%)** e **intramoenia (0,6%)**.

Le Liste d'Attesa (62,2%): Rappresentano la maggiore criticità per i cittadini, in questa tipologia di segnalazioni rientrano i ritardi nell'erogazione delle prestazioni (prima visita, esami di controllo, esami diagnostici, etc.) che superano i codici di priorità. Il dato indica che la programmazione sanitaria è strutturalmente incapace di assorbire la domanda di salute entro tempi accettabili.

Le Difficoltà di Accesso (37,2%): Questa voce identifica le criticità **"alla porta"**. Si tratta di disservizi legati alla fase di prenotazione e al contatto con le strutture, dove il cittadino sperimenta il primo impatto con l'inefficienza dei sistemi di prenotazione e l'opacità dei canali istituzionali. In questa voce rientra il fenomeno delle agende bloccate o chiuse a causa del quale il cittadino non può in alcun modo accedere alla prestazione. Ricordiamo che il fenomeno delle agende chiuse è

vietato per legge e che a cittadini deve essere garantito un “percorso di tutela” che gli permetta comunque di accedere alle prestazioni.

Il ricorso **all'Intramoenia (0,6%)**: Sebbene numericamente residuale nelle segnalazioni dirette, questo dato nasconde una rassegnazione del cittadino. Il cittadino non denuncia più il ricorso al privato "in casa" (intramoenia), ma lo accetta come unica via d'uscita per ottenere in tempi brevi ciò che il canale pubblico gli nega.

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.

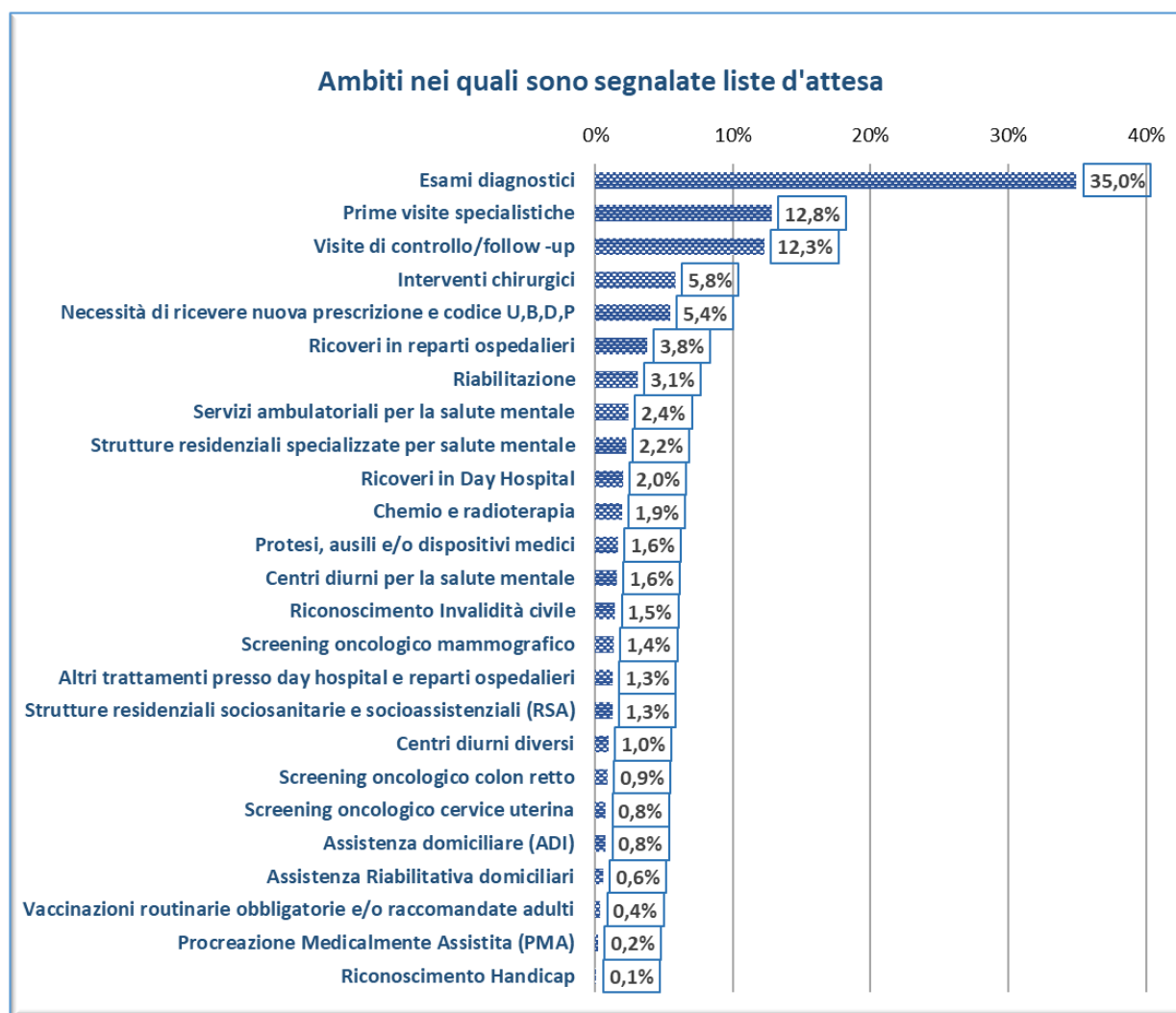


Figura 4. Fonte: Rapporto PiT Salute 2026 – Elaborazione Agenzia Valutazione Civica - Cittadinanzattiva

Esami diagnostici (35,0%): TAC, Risonanze ed Ecografie sono le prestazioni più colpite dai ritardi. Questo dato certifica un "blocco metabolico" del SSN: senza esami strumentali non si accede alla diagnosi e, conseguentemente, si ritarda l'avvio di ogni protocollo terapeutico o chirurgico.

Prime visite specialistiche (12,8%) e Follow- Up (12,3%): Prime visite e follow-up sono quasi egualmente rappresentati. Il sistema non solo fatica a far entrare nuovi pazienti, ma non riesce a garantire la continuità a chi è già in trattamento, mettendo a rischio i pazienti cronici e oncologici.

Interventi chirurgici (5,8%): 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.

- Necessità di una nuova prescrizione con i codici di priorità (5,4%) spesso nelle prescrizioni mancano i codici di priorità U, B,D, P. e il cittadino è costretto a chiedere al medico di base o allo specialista una nuova prescrizione.

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.

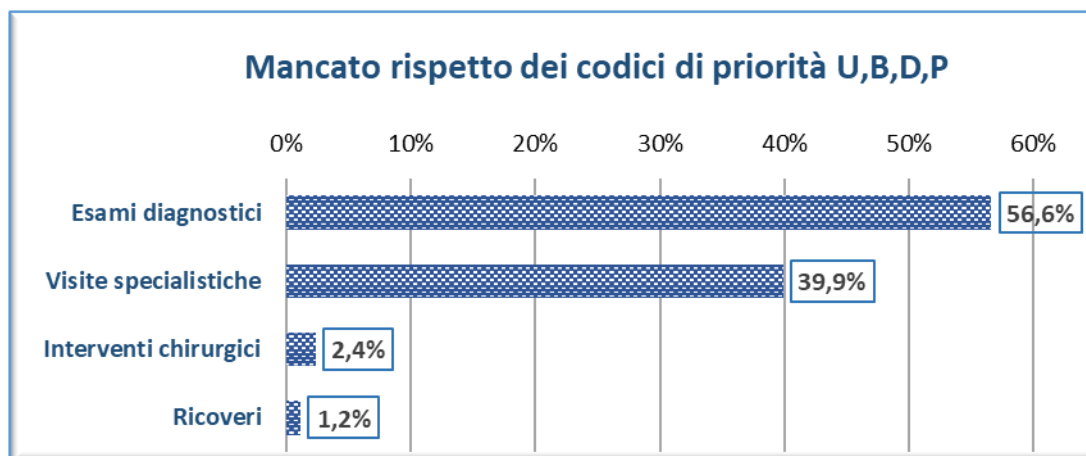


Figura 5. Fonte: Rapporto Pit Salute 2026 – Elaborazione Agenzia Valutazione Civica - Cittadinanzattiva

Il dato finale, e forse il più drammatico sotto il profilo clinico, riguarda lo svuotamento di senso dei codici di priorità (U, B, D, P), strumenti che dovrebbero modulare l'urgenza dell'erogazione in base alla gravità.

- **Esami diagnostici (56,6%):** Oltre la metà dei cittadini che possiedono un codice di priorità per esami diagnostici vedono tale indicazione ignorata dal sistema. È un fallimento della sicurezza delle cure: la valutazione clinica del medico viene subordinata alla disponibilità dei macchinari o del personale, esponendo il paziente a rischi evitabili.
- **Visite specialistiche (39,9%):** Quasi il 40% delle visite programmate come urgenti non rispettano i limiti di legge. Questo dato sancisce il divorzio tra la necessità clinica individuata sul territorio e l'erogazione specialistica.

Interventi chirurgici (2,4%): la percentuale poco elevata rispetto al mancato rispetto dei codici per gli interventi chirurgici evidenzia, come negli anni precedenti, una maggiore difficoltà

Tempi di attesa massimi segnalati per prestazioni 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. **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.

I codici di priorità previsti dai LEA sono:

- **U** – Urgente: entro 72 ore
- **B** – Breve: entro 10 giorni
- **D** – Differibile: entro 30 giorni (diagnostica) o 60 giorni (visite)
- **P** – Programmata: entro 120 giorni

Tabella 1. Tempi massimi di attesa segnalati (in giorni) per la diagnostica strumentale

Esame Diagnostico	Classe U (72h)	Classe B (10gg)	Classe D (30gg)	Classe P (120gg)	Non determinata
Ecografia addome completo	25	54	185	300	210
Eco(color)doppler cardiaco	30	42	121	400	-
Eco(color)doppler tronchi sovraortici	8	20	65	330	150
Mammografia bilaterale	10	102	240	480	360

RMN colonna	31	90	330	365	-
RMN encefalo	31	41	162	540	120
TC addome	7	35	210	365	210
TC torace	10	41	115	365	150
Colonscopia	23	62	310	420	330
Gastroscopia	23	48	210	360	300
Elettrocardiogramma (ECG)	8	20	40	210	150
Spirometria	-	102	121	-	-

Tabella 1: Fonte: Rapporto PiT Salute 2026 – Elaborazione Agenzia Valutazione Civica - Cittadinanzattiva

Il dato più critico riguarda l'incapacità di garantire prestazioni che, per definizione clinica, dovrebbero essere quasi immediate:

- **Classe U (Urgente - 72h):** Invece di 3 giorni, i cittadini attendono mediamente **23-31 giorni** per esami fondamentali come la **Colonscopia**, la **Gastroscopia** o la **RMN (encefalo e colonna)**. Questo ritardo trasforma un'urgenza in una prestazione differibile, con rischi evidenti per la salute del paziente.
- **Classe B (Breve - 10gg):** Per la **Mammografia bilaterale** e la **Spirometria**, l'attesa tocca i **102 giorni**, ovvero dieci volte il limite massimo consentito. Anche l'**Ecografia addome** (54 giorni) e l'**Ecocolordoppler cardiaco** (42 giorni) mostrano sforamenti che compromettono la tempestività diagnostica.

I dati relativi agli esami di **screening e prevenzione oncologica** sono i più allarmanti dell'intera rilevazione:

- **Mammografia bilaterale:** Con un picco di **480 giorni** in Classe P (Programmata), il sistema pubblico impiega un anno e quattro mesi per un controllo preventivo.
- **Colonscopia:** L'attesa di **420 giorni** per le prestazioni programmate e **310 giorni** per quelle differibili rappresenta un ostacolo critico alla diagnosi precoce del tumore al colon-retto

Le liste d'attesa per TC e Risonanze indicano una saturazione totale delle agende:

- **RMN Encefalo:** Registra il valore massimo assoluto con **540 giorni** (circa 18 mesi) per le prestazioni programmate.
- **TC (Torace e Addome):** La ricorrenza statistica di **365 giorni** esatti per la Classe P suggerisce che le agende vengano chiuse o saturate per l'intero anno solare, impedendo di fatto nuove prenotazioni nel breve-medio periodo.

Anche esami meno complessi dal punto di vista tecnologico presentano criticità:

- **Fondo Oculare: 370 giorni** in Classe P, un tempo che può compromettere la gestione di patologie croniche come il diabete.
- **Elettrocardiogramma (ECG):** Pur essendo un esame rapido ed economico, richiede fino a **210 giorni** di attesa.

Tabella 2: Tempi di attesa massimi per prime visite specialistiche

Di seguito si riportano i dati relativi ai tempi massimi di attesa (espressi in giorni) segnalati dai cittadini per le prime visite specialistiche nel corso dell'anno 2025. L'analisi dei dati relativi alle **Prime Visite Specialistiche** evidenzia uno scenario di profonda criticità, con tempi d'attesa che superano sistematicamente i limiti di legge, in particolare per le classi di priorità che dovrebbero garantire un accesso rapido alle cure

Primo Accesso Specialistico	Classe U (72h)	Classe B (10gg)	Classe D (30gg)	Classe P (120gg)	Non determinata
Cardiologica	8	42	125	270	180
Chirurgia Vascolare	9	20	48	374	150
Endocrinologica	17	65	121	186	310
Neurologica	23	46	78	225	-
Oculistica	39	63	84	483	-
Ortopedica	7	50	40	176	-

Ginecologica	6	27	40	400	150
Otorinolaringoiatrica	7	31	70	67	390
Urologica	24	27	93	198	370
Dermatologica	8	48	210	373	120
Fisiatrica	7	15	720	-	600
Gastroenterologica	29	54	330	373	210
Oncologica	-	-	180	-	-
Pneumologica	-	-	-	-	150

Tabella 2: Fonte: Rapporto PiT Salute 2026 – Elaborazione Agenzia Valutazione Civica Cittadinanzattiva

Area cardiologia e vascolare

- **Visita Cardiologica:** Nonostante il limite di 10 giorni per la Classe B (Breve), i cittadini attendono fino a **42 giorni**. Per le visite programmate (Classe P), l'attesa si protrae fino a **270 giorni** (9 mesi), un tempo eccessivo per il monitoraggio di patologie croniche.
- **Visita Chirurgia Vascolare:** Si registra uno dei picchi più alti per la Classe P, con **374 giorni** di attesa. Anche le urgenze (Classe U) sfiorano i tempi legali, arrivando a **9 giorni** contro le 72 ore previste.

Neurologia e oculistica

- **Visita Neurologica:** Le urgenze vengono evase in **23 giorni** (invece di 3), mentre per una visita programmata l'attesa è di circa **7 mesi e mezzo** (225 giorni).
- **Visita Oculistica:** Rappresenta una delle situazioni più gravi. La Classe U richiede **39 giorni** (un ritardo di 36 giorni rispetto ai 3 giorni di legge). Il tempo per la Classe P tocca il record di **483 giorni**, ovvero circa un anno e quattro mesi per un controllo della vista.

Endocrinologia e gastroenterologia

- **Visita Endocrinologica:** Forti criticità per la Classe B (**65 giorni**) e tempi lunghissimi per le visite non determinate, che arrivano a **310 giorni**.
- **Visita Gastroenterologica:** Le urgenze (Classe U) richiedono quasi un mese (**29 giorni**), mentre le visite differibili (Classe D) arrivano a **330 giorni**, indicando una quasi totale assenza di offerta intermedia tra urgenza e programmazione.

Oncologia e Pneumologia

- **Visita Oncologica:** I dati sono parziali, ma evidenziano comunque **180 giorni** (6 mesi) per le visite differibili (Classe D), un tempo che mal si concilia con la necessità di tempestività del percorso oncologico.
- **Visita Pneumologica:** Presenta un dato di **150 giorni** per le classi non determinate, confermando la difficoltà di accesso anche in quest'area.

Fisiatria, Dermatologia e Urologia

- **Visita Fisiatrica:** Registra il tempo massimo assoluto per la Classe D con **720 giorni** (quasi 2 anni) e **600 giorni** per le classi non determinate. Questo indica un blocco quasi totale della riabilitazione nel settore pubblico.
- **Visita Dermatologica:** Supera l'anno di attesa per la Classe P (**373 giorni**), mentre la Classe B richiede **48 giorni**.
- **Visita Urologica:** Le urgenze richiedono **24 giorni**, e le visite programmate si attestano sui **198 giorni**.
- **Visita Ginecologica:** È tra le poche a rispettare quasi l'urgenza (6 giorni), ma crolla sulla programmazione con **400 giorni** di attesa.

I dati mostrano un **collasso delle priorità**:

1. **L'Urgenza (Classe U)**, che dovrebbe essere garantita in 72 ore, è quasi ovunque disattesa, con medie che oscillano tra i 6 e i 39 giorni.
2. **La Classe B (10 giorni)** è sistematicamente violata, con attese medie che superano i 30-40 giorni.

Tabella 3. Tempi massimi di attesa segnalati (in giorni) per le visite di controllo

I dati sulle visite di controllo confermano che il cittadino, una volta entrato nel sistema, viene spesso abbandonato a tempi di attesa biblici per i successivi passaggi. La **continuità assistenziale è interrotta**: se un paziente cronico deve attendere un anno

o più per il controllo periodico, il rischio di peggioramento della patologia e il conseguente ricorso inappropriato al Pronto Soccorso diventano inevitabili. Il sistema sembra concentrarsi (con fatica) solo sul primo accesso, trascurando la gestione del percorso di cura complessivo.

Visita Specialistica di Controllo	Classe U (72h)	Classe B (10gg)	Classe D (30gg)	Classe P (120gg)	Non determinata
Visita cardiologica	41	59	119	236	180
Visita endocrinologica	-	-	-	-	420
Visita oculistica	42	47	122	213	-
Visita ortopedica	46	-	124	212	240
Visita ginecologica	-	-	-	660	-
Visita dermatologica	29	56	127	217	-
Visita fisiatrica	-	-	-	120	-
Visita oncologica	-	-	-	-	90

Per i controlli **urgenti**, che dovrebbero essere garantiti entro 72 ore, si registrano ritardi ingiustificabili:

- Visita ortopedica: 46 giorni.
- Visita oculistica: 42 giorni.
- Visita cardiologica: 41 giorni.

Attendere oltre un mese per un controllo "urgente" significa che il sistema non è più in grado di gestire le ricadute o le complicanze di patologie già note.

Per la visita di controllo **in Ginecologia** si registra il dato più drammatico con 660 giorni (quasi due anni) per una visita programmata (Classe P). Questo tempo rende di fatto impossibile il monitoraggio regolare della salute femminile.

Per la visita specialistica in **Endocrinologia** si registra un'attesa di 420 giorni in caso di classe non determinata.

La **Dermatologia** e l'**Oculistica** superano i 200 giorni per i controlli programmati, portando a trascurare il monitoraggio di patologie croniche o degenerative.

Visite di controllo **Oncologico e Fisiatrico** (follow-up) presenta un'attesa di 90 giorni nelle classi non determinate. Sebbene sia il dato più basso della tabella, per un paziente oncologico 3 mesi di incertezza rappresentano un carico psicologico e clinico pesantissimo.

Liste d'attesa per interventi chirurgici

L'analisi dei dati relativi alle liste d'attesa per interventi chirurgici (Prestazioni in ricovero ordinario o diurno) evidenzia una problematica specifica e allarmante: la mancanza di trasparenza e di comunicazione verso il cittadino riguardo alla propria priorità clinica. Il fatto che le segnalazioni si concentrino esclusivamente sulla classe "Non determinata" conferma che alle strutture sanitarie spesso non viene comunicata (o non viene rispettata) la classe di priorità prevista dal Piano Nazionale di Governo delle Liste di Attesa (PNGLA). Senza la comunicazione della classe (es. Classe A entro 30 giorni), il cittadino non può esercitare il proprio diritto di reclamo o richiedere prestazioni alternative in caso di sfornamento dei tempi, poiché non ha un termine legale di riferimento a cui appellarsi. Tra le segnalazioni in questo ambito abbiamo spiccano **360 giorni d'attesa (classe non determinata) per un intervento di ernia inguinale.**

Difficoltà di accesso alle prestazioni non legate alle liste d'attesa

Entrando nel dettaglio delle difficoltà non legate direttamente ai tempi di attesa emerge uno scenario di irregolarità amministrativa diffusa che mina la trasparenza del sistema.

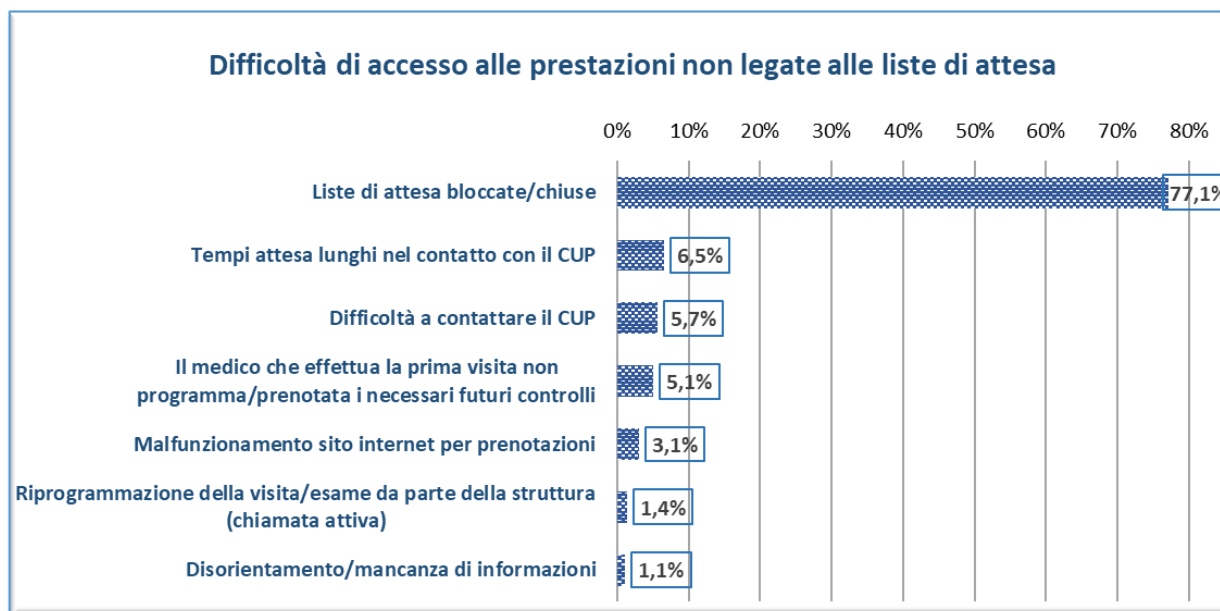


Figura 6. Fonte: Rapporto PiT Salute 2026 – Elaborazione Agenzia Valutazione Civica - Cittadinanzattiva

Le segnalazioni si suddividono in:

- **Liste di Attesa Bloccate/Chiuse (77,1%):** È il dato più grave dell'intero Rapporto. Nonostante i divieti normativi, la chiusura delle agende è la prassi dominante per gestire l'eccesso di domanda. Questa pratica è un atto di "oscuramento" del bisogno di salute: se non è possibile prenotare, il cittadino scompare dalle statistiche ufficiali, falsando i monitoraggi regionali sui tempi d'attesa.
- **Tempi di attesa lunghi nel Contatto (CUP):** Sommati, le difficoltà di contatto e i lunghi tempi di attesa telefonica raggiungono il **12,2%**. Il CUP, da interfaccia di servizio, si trasforma in un muro di gomma che scoraggia l'utenza, producendo un abbandono precoce della richiesta di tutela.
- **Il medico che effettua la prima visita non programma-prenota i futuri controlli (5,1%):** Il persistere di specialisti che non prenotano direttamente i successivi controlli evidenzia la resistenza a un modello di cura integrato, costringendo il paziente a rientrare ciclicamente nel labirinto delle prenotazioni centralizzate.

Le Agende bloccate- chiuse

Il fenomeno delle agende chiuse rappresenta la forma più estrema e insidiosa di barriera all'accesso. Se il tempo di attesa prolungato è un'inefficienza, l'agenda chiusa è una sospensione del diritto alla salute. Come evidenziato dal grafico analitico, questa pratica non colpisce in modo indistinto, ma si concentra chirurgicamente sui pilastri della prevenzione e della continuità assistenziale.

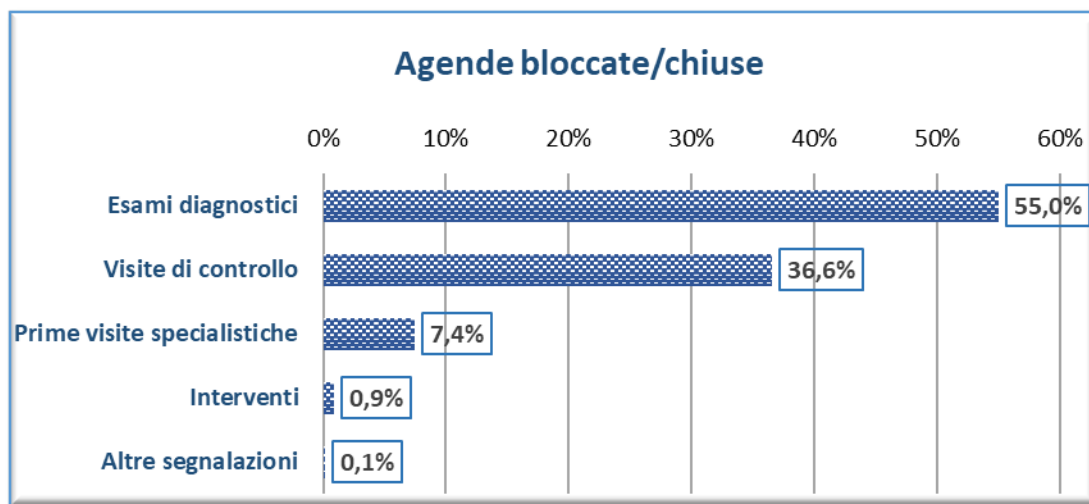


Figura 7. Fonte: Rapporto PiT Salute 2026 – Elaborazione Agenzia Valutazione Civica - Cittadinanzattiva

Il Blocco della Diagnostica: Un ostacolo insormontabile (55,0%)

Oltre la metà delle segnalazioni di agende bloccate (55,0%) riguarda gli Esami diagnostici. Questo dato è di una gravità inaudita. La diagnostica (TAC, RM, Ecografie) è il punto di partenza di ogni iter terapeutico. Bloccare l'agenda significa impedire al cittadino persino di conoscere il proprio stato di salute. Sotto il profilo legale, questa pratica contravviene direttamente al D.Lgs. 124/1998, il quale stabilisce esplicitamente il divieto di sospendere le attività di prenotazione.

Chiudere le agende per la diagnostica permette alle Aziende Sanitarie di non registrare ufficialmente il bisogno di salute. Se non c'è prenotazione, il cittadino non risulta "in lista", e di conseguenza il tempo di attesa reale viene occultato nei flussi informativi regionali e nazionali.

Il secondo dato per rilevanza riguarda le Visite di controllo (36,6%).

Il fatto che oltre un terzo delle agende chiuse riguardi i controlli indica che il sistema non garantisce continuità ai pazienti che ha già preso in carico. È una violazione del principio di continuità delle cure: il paziente, dopo la prima visita o l'intervento, viene rimandato nel "limbo" del CUP, dove trova le porte sbarrate, interrompendo di fatto il monitoraggio clinico necessario.

Prime Visite e Interventi (8,3% complessivo)

Sebbene le Prime visite specialistiche (7,4%) e gli Interventi (0,9%) presentino percentuali inferiori in questo specifico grafico, la loro presenza conferma che nessuna area del SSN è immune da questa pratica.

È necessario ribadire con forza in questo Rapporto del Trentennale che le agende chiuse sono illegali.

La normativa italiana è inequivocabile: il D.Lgs. 124/1998, proibisce la sospensione delle prenotazioni. Le Aziende devono tenere le liste sempre aperte o, in alternativa, offrire un percorso di tutela ai cittadini. La Legge 107/2024 (ex Decreto Liste d'Attesa), ha recentemente rafforzato questo divieto, prevedendo sanzioni e sistemi di monitoraggio più rigidi per i direttori generali che non garantiscono la trasparenza delle agende.

Il fatto che il 55% della diagnostica sia ancora soggetto a blocchi indica che le riforme legislative non si sono ancora tradotte in realtà organizzativa. La chiusura delle agende non è una "necessità tecnica" dovuta alla mancanza di medici, ma una scelta gestionale per: non permettere di prenotare significa non dover rispondere di un ritardo.

Per Cittadinanzattiva, ogni segnalazione di agenda chiusa è un evento sentinella di illegalità amministrativa. Chiediamo che venga attivata la garanzia immediata: qualora l'agenda istituzionale sia bloccata, l'Azienda deve garantire la prestazione in regime di libera professione intramuraria o presso strutture private accreditate, con oneri a proprio carico (fatto salvo il pagamento del solo ticket da parte del cittadino).

Conclusioni

Le conclusioni che emergono dall'analisi delle segnalazioni relative all'accesso alle prestazioni, delineano un quadro di estrema sofferenza per il Servizio Sanitario Nazionale, in cui il diritto alla salute appare sempre più condizionato da barriere temporali e amministrative che ne minano l'universalità. Il fenomeno delle liste d'attesa non può più essere considerato una criticità settoriale, ma rappresenta oggi il sintomo di un progressivo scollamento tra il quadro normativo vigente e la realtà quotidiana dei cittadini. Ciò che emerge con maggiore preoccupazione è la sistematica erosione del valore delle classi di priorità. Quando i tempi previsti per le urgenze e per le prestazioni brevi vengono sistematicamente disattesi, si assiste a una vera e propria sospensione del diritto alla cura tempestiva, che trasforma il bisogno del cittadino in una condizione di rischio potenziale per la sicurezza stessa del paziente. Questa deriva è alimentata dalla pratica, ancora troppo diffusa e non sufficientemente sanzionata, delle agende chiuse: impedire la prenotazione non è solo una violazione amministrativa, ma un atto che rende invisibile la domanda di salute, negando al cittadino la possibilità di esigere le tutele previste dalla legge e rendendo vana ogni attività di programmazione basata sui bisogni reali della popolazione.

In questo contesto, il cittadino si ritrova spesso disarmato di fronte a una grave asimmetria informativa, specialmente nell'ambito chirurgico, dove la mancata

comunicazione della priorità clinica preclude l'attivazione dei percorsi di garanzia. Il risultato è una sanità che, pur mantenendo formalmente la sua natura pubblica e universale, si muove nei fatti a due velocità: una per chi possiede le risorse economiche per bypassare l'attesa attraverso il privato, e una per chi, privo di mezzi, è costretto a rassegnarsi a tempi incompatibili con il decorso della malattia o, nel peggiore dei casi, alla rinuncia totale alle cure.

Per Cittadinanzattiva, è dunque prioritario che la gestione delle liste d'attesa torni nell'alveo della legalità e della trasparenza totale. Non è più sufficiente intervenire sulla sola offerta di prestazioni se non si garantisce il ripristino del rapporto di fiducia tra istituzioni e utenza attraverso il rispetto rigoroso dei codici di priorità e l'effettiva fruibilità delle agende di prenotazione. Solo riportando il tempo della cura all'interno di parametri clinicamente accettabili sarà possibile evitare che la fragilità dei cittadini diventi il terreno su cui si consuma la definitiva crisi dell'uguaglianza dei diritti nel nostro Paese.

CAPITOLO V: ASSISTENZA SANITARIA DI PROSSIMITÀ

L'assistenza territoriale di prossimità continua a rappresentare uno dei pilastri fondamentali del Servizio Sanitario Nazionale (SSN), ancor più nel 2025, anno che segna il passaggio cruciale verso l'operatività delle riforme territoriali. Il potenziamento delle Case della Comunità, la creazione degli Ospedali di Comunità, l'implementazione delle Centrali Operative Territoriali (COT) e la revisione dell'Assistenza Domiciliare Integrata (ADI) puntano a una presa in carico globale e de-ospedalizzata. L'obiettivo dichiarato è garantire continuità assistenziale e integrazione, con particolare attenzione alle fragilità e alle cronicità. Tuttavia, le segnalazioni raccolte da Cittadinanzattiva nel 2025 mostrano come il "cantiere territorio" presenti ancora profonde criticità operative che impattano direttamente sulla qualità della cura percepita. L'assistenza di prossimità si trova al centro di un ambizioso processo di riconfigurazione, spinto dall'attuazione del DM 77/2022 e dalla recente Riforma della Non Autosufficienza (D.Lgs. 29/2024). L'obiettivo è il passaggio da un modello di assistenza "a chiamata" a uno di "presa in carico globale", capace di seguire il paziente nei suoi luoghi di vita. Tuttavia, le segnalazioni evidenziano come la distanza tra il dettato normativo e l'erogazione reale dei servizi generi un senso di smarrimento nei cittadini, i quali faticano a individuare i nuovi punti di accesso della rete territoriale.

La voce dei cittadini

Nonostante l'avanzamento delle riforme e la spinta agli investimenti, le segnalazioni evidenziano che l'assistenza di prossimità rimane un settore in forte sofferenza. Nel 2025, questo ambito ha fatto registrare una percentuale del 19,7% rispetto alle segnalazioni totali, segnando un incremento rispetto all'anno precedente e confermandosi stabilmente come la seconda problematica nazionale dopo le difficoltà di accesso alle prestazioni.

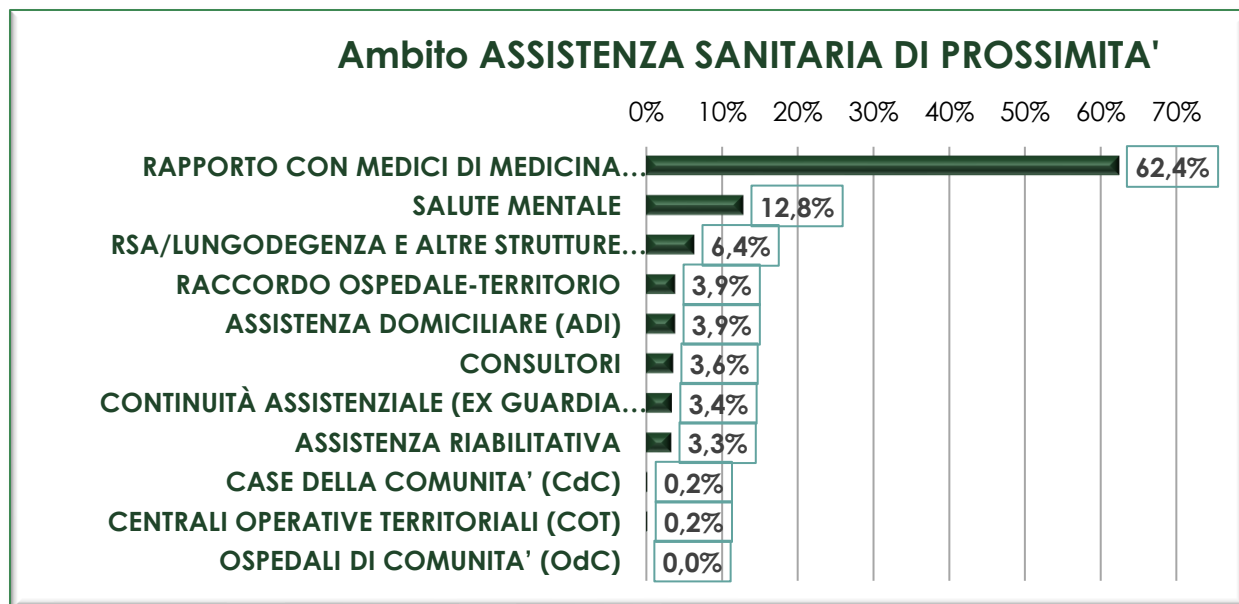


Figura 8. Fonte: Rapporto PiT Salute 2026 – Elaborazione Agenzia Valutazione Civica - Cittadinanzattiva

Le segnalazioni confermano un settore nevralgico ma frammentato, dove la prossimità fisica delle strutture non sempre coincide con una reale prossimità dei servizi. Le principali segnalazioni in questo ambito riguardano: **Rapporti con Medici di Medicina Generale e Pediatri di Libera Scelta (62,4%), Salute mentale (12,8%), Rsa-Lungodegenza e altre strutture residenziali (6,4%), Raccordo ospedale territorio (3,9%), Assistenza domiciliare- ADI (3,9%), Consultori (3,6%), continuità assistenziale -ex guardia medica (3,4%), Assistenza riabilitativa (3,3%).**

Rapporto con MMG/PLS (62,4%)

La quota maggioritaria delle criticità nel 2025 riguarda i Medici di Medicina Generale e i Pediatri di Libera Scelta. Il dato è in crescita e riflette un sovraccarico strutturale, il medico di medicina generale rimane il punto di riferimento principale per i cittadini. Per i cittadini evidenziano:

- **Accessibilità e disponibilità:** Difficoltà nel reperire il medico telefonicamente o nell'ottenere appuntamenti in tempi brevi, con una percezione di "filtro burocratico" che ostacola il contatto diretto.
- **Carenza di medici:** Molte segnalazioni riguardano la mancata sostituzione di medici andati in pensione, costringendo i cittadini a spostamenti chilometrici verso altri comuni.
- **Supporto amministrativo:** La gestione dei certificati e delle ricette digitali assorbe gran parte del tempo di studio, a scapito della visita medica tradizionale.

Salute Mentale (12,8%)

La salute mentale rappresenta la vera "emergenza nella prossimità" del 2025. L'aumento dei volumi di segnalazione indica un disagio diffuso che non trova risposte tempestive.

I Centri di Salute Mentale (CSM) soffrono di una gravissima carenza di organico che si traduce in tempi d'attesa lunghissimi anche per i primi colloqui, rendendo impossibile la prevenzione delle crisi acute.

Molte istanze riguardano l'impossibilità di accedere a percorsi psicoterapici nel pubblico, costringendo i cittadini a rivolgersi al privato o a rinunciare alla cura, con un impatto devastante sul nucleo familiare.

La sfida della Non Autosufficienza: RSA (6,4%) e ADI (3,9%)

Il 2025 è l'anno della messa a terra della Riforma della Non Autosufficienza. I dati raccolti mostrano come la strada per una reale integrazione sociosanitaria sia ancora in salita:

In RSA, il nodo delle rette e dei diritti: Le segnalazioni riflettono le incertezze applicative della riforma. I cittadini contestano la composizione delle rette, chiedendo maggiore trasparenza sulla quota sanitaria, che spesso viene ridotta a scapito della qualità assistenziale o compensata da aumenti della quota alberghiera a carico delle famiglie. Emerge inoltre la richiesta di una maggiore dignità nelle cure: non solo "posti letto", ma la qualità delle strutture che siano dei luoghi di vita in cui sia garantita la continuità dei rapporti familiari e l'autonomia residua.

Sebbene **l'Assistenza Domiciliare** abbia visto un incremento numerico della platea (in linea con gli obiettivi PNRR), le segnalazioni parlano di interventi frammentari. La riforma punta sulla "casa come primo luogo di cura", ma per il cittadino l'ADI è ancora troppo spesso una somma di prestazioni isolate (il prelievo, la medicazione) e non un progetto assistenziale continuo. La telemedicina, pur essendo un'opportunità citata dalla riforma, è percepita come ancora acerba o sostitutiva, anziché integrativa, del contatto umano.

Consultori (3,6%): La crisi della prevenzione di genere e generazionale

Consultori (3,6%)

I Consultori familiari rappresentano storicamente l'avamposto della medicina preventiva e sociale, ma le segnalazioni confermano una crisi d'identità e di risorse:

- **Carenza di equipe multidisciplinari:** I cittadini denunciano la mancanza di figure chiave (psicologi, assistenti sociali, ginecologi) che rende il servizio frammentario. Spesso i consultori vengono ridotti a semplici ambulatori ginecologici, perdendo la loro funzione di supporto psicologico e sociale alla genitorialità e all'adolescenza.
- **Accessibilità limitata:** Molte strutture operano con orari ridotti o sono state accorpate, allontanando il servizio dalle comunità locali. Questo indebolisce la tutela della salute riproduttiva e la prevenzione del disagio giovanile, proprio in un momento di forte domanda post-pandemica.

Continuità Assistenziale - ex Guardia Medica (3,4%)

Il dato sulla Continuità Assistenziale riflette la difficoltà del sistema di garantire copertura nelle ore notturne e festive, agendo come moltiplicatore della pressione sui Pronto Soccorso:

- Insicurezza e sedi chiuse: Molte segnalazioni riguardano la chiusura temporanea di postazioni per carenza di medici o per mancanza di condizioni di sicurezza per il personale.
- Difficoltà di contatto: I cittadini lamentano attese telefoniche estenuanti o l'impossibilità di ottenere visite domiciliari, percependo il servizio come un filtro burocratico piuttosto che come una reale risorsa assistenziale. Il depotenziamento della ex Guardia Medica lascia il cittadino in un "vuoto di tutela" che lo spinge inevitabilmente verso l'ospedale.

Assistenza Riabilitativa (3,3%)

La riabilitazione territoriale appare come un ambito segnato da profonde disuguaglianze e ritardi che compromettono il recupero funzionale dei pazienti:

- Liste d'attesa post-acute: Il passaggio dal ricovero ospedaliero alla riabilitazione territoriale (ambulatoriale o domiciliare) è spesso interrotto. I cittadini segnalano tempi d'attesa biblici per iniziare cicli di fisioterapia o logopedia, rendendo vani i progressi ottenuti in fase acuta.
- Tetti di spesa e interruzioni: Molti pazienti cronici o con disabilità denunciano l'interruzione delle terapie a causa dell'esaurimento dei budget regionali per strutture accreditate, costringendo le famiglie a sostenere costi privati altissimi per non perdere i risultati raggiunti o, peggio, a rassegnarsi a una perdita di autonomia.

Conclusioni

Le conclusioni che emergono dall'analisi dell'assistenza sanitaria di prossimità ne delineano un sistema territoriale in una fase di transizione estremamente delicata, dove l'ambizione delle riforme strutturali si scontra quotidianamente con una realtà operativa segnata da carenze di organico e frammentazione dei percorsi. Sebbene il Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza e il DM 77 abbiano tracciato la rotta per una sanità "vicina" ai luoghi di vita dei cittadini, i dati raccolti testimoniano come la prossimità sia ancora percepita più come un obiettivo burocratico che come una risposta effettiva ai bisogni.

Il forte accentramento delle criticità sul rapporto con la medicina di base indica che il Medico di Medicina Generale resta l'unico punto di riferimento riconoscibile per i cittadini, ma anche l'anello della catena più esposto a un sovraccarico che ne snatura il ruolo, trasformandolo troppo spesso in un terminale di adempimenti amministrativi a scapito

della presa in carico. Al contempo, il depotenziamento dei servizi specialistici territoriali, dai Consulenti alla Salute Mentale, fino alla Riabilitazione, evidenzia un progressivo indebolimento della rete di prevenzione e supporto, che lascia i cittadini più fragili e le loro famiglie in una condizione di profonda solitudine assistenziale.

Particolarmente significativo è il dato relativo alle nuove strutture territoriali, come le Case della Comunità, che risultano ancora ai margini dell'esperienza reale degli utenti. Ciò suggerisce che la sfida del prossimo futuro non risieda tanto nella costruzione di spazi fisici, quanto nell'attivazione di processi organizzativi capaci di dare sostanza alle mura. Senza una governance integrata che metta in reale comunicazione l'ospedale con il territorio e senza un investimento deciso sul personale, il rischio è che la "casa come primo luogo di cura" resti una formula retorica, mentre il peso dell'assistenza continua a scivolare impropriamente verso l'emergenza ospedaliera o, peggio, verso la spesa privata delle famiglie.

In **conclusione**, Cittadinanzattiva ribadisce che la sanità di prossimità non può essere una semplice riorganizzazione logistica, ma deve tradursi in una garanzia di continuità. La riforma della non autosufficienza e il potenziamento dei servizi domiciliari rappresentano occasioni storiche per restituire dignità ai percorsi di cura, a patto che si superi la logica della prestazione isolata in favore di un progetto di salute globale. Solo riportando la qualità e la tempestività del servizio a livelli adeguati ai bisogni dei cittadini, sarà possibile evitare che la prossimità diventi sinonimo di un'assistenza minima, garantendo invece a ogni cittadino il diritto di curarsi con sicurezza e continuità nel proprio contesto sociale e familiare.

CAPITOLO VI: ASSISTENZA PROTESICA E INTEGRATIVA

L'assistenza protesica e integrativa rappresenta nel 2025 l'ambito che ha registrato lo scostamento più alto rispetto alle segnalazioni dell'anno precedente, infatti si è passati dallo 0,9% del 2024 al 7% del 2025. Questo settore, fondamentale per garantire l'autonomia, la mobilità e la dignità delle persone con disabilità e dei malati cronici, è stato investito da una profonda trasformazione normativa che ha generato una forte barriera d'accesso. Se l'obiettivo del legislatore era modernizzare un sistema fermo da oltre vent'anni, l'attuazione pratica ha prodotto un "effetto paradosso": l'innovazione tecnologica è diventata meno accessibile a causa di tariffe non rispondenti ai costi reali di mercato e a disomogeneità a livello regionale.

Nel 2025 c'è stato il passaggio definitivo dal vecchio D.M. 332 del 27 agosto 1999 al nuovo assetto delineato dal D.P.C.M. 12 gennaio 2017 (Nuovi LEA). Sebbene l'Articolo 17 e l'Allegato 5 di quest'ultimo provvedimento avessero l'obiettivo di modernizzare l'elenco dei dispositivi erogabili, la loro reale operatività è rimasta congelata per anni in attesa del cosiddetto "Decreto Tariffe" (D.M. 23 giugno 2023).

L'entrata in vigore nazionale di queste nuove tariffe, avvenuta il 1° gennaio 2025, ha generato un immediato corto circuito

In questo scenario, l'assistenza protesica nel 2025 rischia di trasformarsi in una delle forme più insidiose di disuguaglianza sanitaria: quella basata sulla capacità di spesa privata delle famiglie, costrette a integrare di tasca propria ciò che il pubblico non è più in grado di garantire alle tariffe attuali.

Per Cittadinanzattiva, è urgente una revisione dinamica del Nomenclatore che non sia legata esclusivamente a vincoli di bilancio, ma che tenga conto dell'evoluzione tecnologica e dei costi industriali reali. La modernizzazione del sistema non può tradursi in un passo indietro nei diritti acquisiti: è necessario che il Ministero della Salute e le Regioni intervengano per adeguare i prezzi di rimborso e garantire che l'innovazione — dagli arti bionici agli ausili informatici per la comunicazione — non rimanga un lusso per pochi, ma torni a essere un diritto universale per tutti i cittadini che ne necessitano per vivere una vita indipendente.

La voce dei cittadini

Le segnalazioni raccolte da Cittadinanzattiva mostrano un'impennata delle criticità in questo ambito, che nel 2025 incide per il 7,0% sul totale delle segnalazioni.

La quasi totalità delle istanze si concentra **sull'Assistenza protesica (97,2%)**, lasciando una quota residuale del **2,8% all'assistenza integrativa** (presidi per l'incontinenza, stomie, ecc.).

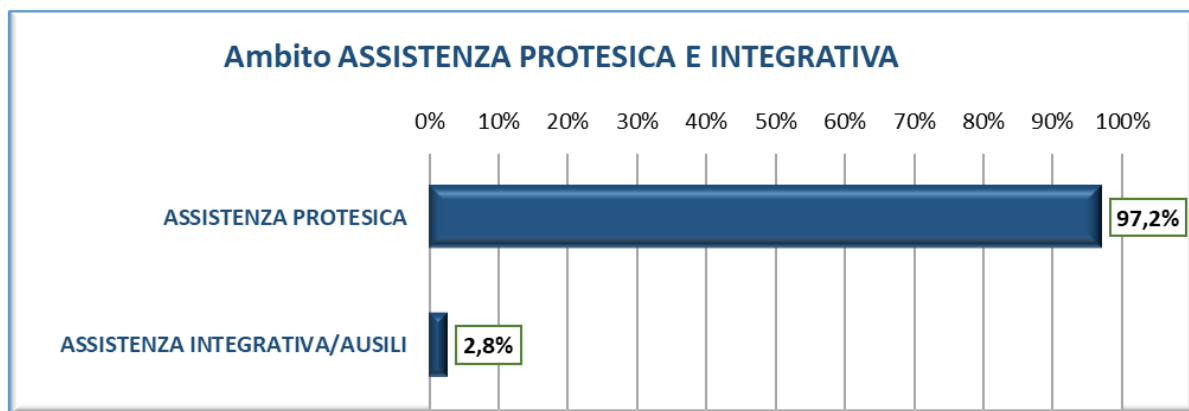


Figura 9. Fonte: Rapporto PiT Salute 2026 – Elaborazione Agenzia Valutazione Civica - Cittadinanzattiva

I cittadini denunciano come le tariffe massime di rimborso fissate dal Ministero risultino oggi obsolete e sottostimate rispetto ai costi reali di produzione dei dispositivi ad alta tecnologia. Questo disallineamento economico ha prodotto un duplice effetto negativo: da un lato, molte aziende e officine ortopediche hanno interrotto le forniture tramite il Servizio Sanitario Nazionale; dall'altro, le ASL si sono trovate nell'impossibilità amministrativa di autorizzare presidi di qualità senza richiedere ingenti conguagli economici agli utenti.

Un ulteriore punto di frizione riguarda la nuova classificazione dei dispositivi. La distinzione tra Elenco 1 (dispositivi su misura) ed Elenco 2 (dispositivi di serie) ha spinto molte Regioni verso un utilizzo massiccio di gare d'appalto centralizzate per l'acquisto di ausili standardizzati. Le segnalazioni raccolte testimoniano come questa deriva abbia sacrificato il principio della personalizzazione della cura: il cittadino non riceve più il presidio più adatto alla propria specifica condizione clinica e anatomica, ma un prodotto standardizzato che spesso risulta inadeguato, limitando di fatto l'autonomia residua e la qualità della vita.

Conclusioni

L'aggiornamento del Nomenclatore, pur essendo un atto atteso da decenni, è stato implementato con un rigore contabile che non ha tenuto conto della complessità della disabilità e della realtà del mercato.

Per Cittadinanzattiva, questo ambito rappresenta oggi una delle forme più insidiose di disuguaglianza: quella basata sulla capacità di "integrare" economicamente ciò che il pubblico non fornisce più. È urgente una revisione dinamica delle tariffe che metta al centro non il risparmio sul singolo dispositivo, ma il valore sociale dell'autonomia individuale. Senza un correttivo immediato, **l'eccellenza tecnologica rimarrà un privilegio per pochi, tradendo lo spirito universalistico del nostro Servizio Sanitario Nazionale.**

CAPITOLO VII: ASSISTENZA OSPEDALIERA

L'assistenza ospedaliera non può essere analizzata come un comparto isolato, ma deve essere compresa come l'estrema linea di difesa di un Servizio Sanitario Nazionale che vive una profonda crisi di "vasi comunicanti". Se nei capitoli precedenti abbiamo descritto un'accessibilità negata dalle liste d'attesa e un territorio ancora frammentato nelle sue riforme, l'ospedale emerge oggi come l'altra *faccia della medaglia*: il luogo dove tutte le inefficienze dei livelli precedenti convergono e si manifestano con la massima evidenza. L'ospedale non è più solo la sede dell'alta specializzazione; è diventato, per necessità e spesso per disperazione, il terminale ultimo di bisogni di salute che non trovano risposta altrove. Questa "supplenza istituzionale" trasforma i reparti e i Pronto Soccorso in ammortizzatori sociali, portando le strutture oltre la soglia di saturazione e determinando quel cortocircuito tra domanda e offerta che le segnalazioni fotografano con estrema precisione.

La voce dei cittadini

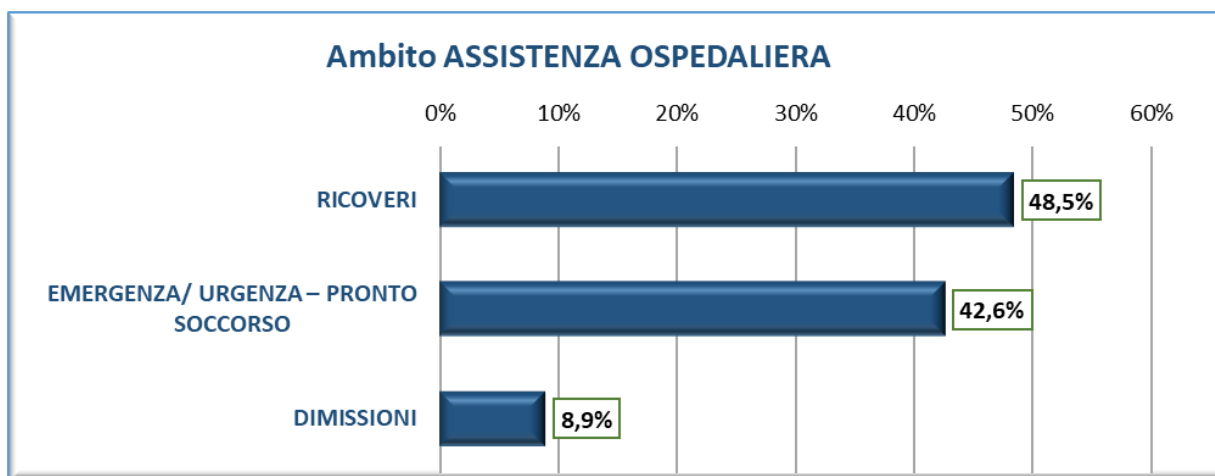


Figura 10. Fonte: Rapporto PiT Salute 2026 – Elaborazione Agenzia Valutazione Civica - Cittadinanzattiva

Le segnalazioni relative all'assistenza ospedaliera rappresentano il **5,9%** del totale delle criticità riscontrate dai cittadini nel 2025. La distribuzione interna di queste istanze rivela un malessere che permea l'intera esperienza del ricovero.

Le segnalazioni si suddividono in:

- **Ricoveri: (48,5%),**
- **Emergenza/Urgenza – Pronto Soccorso (42,6%),**

- **Dimissioni: (8,9%).**

Ricoveri (48,5%): La percentuale di segnalazioni relativa ai ricoveri nell'ambito dell'assistenza ospedaliera è del 48,5%, posizionandosi come criticità più segnata in questo settore, differentemente dagli anni precedenti che vedevano l'emergenza Urgenza quale area più critica. 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 (mobilitazione, 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.

Emergenza Urgenza- Pronto Soccorso (42,6%)

Il Pronto Soccorso è il punto in cui la "medaglia" mostra il suo volto più critico. Le segnalazioni riflettono il fallimento della prossimità:

- **Il dramma del Boarding:** È il fenomeno più denunciato. Pazienti anziani o con patologie acute che, dopo aver ricevuto il "codice di ricovero", stazionano per 3, 4 o anche 5 giorni su una barella nei corridoi del Pronto Soccorso in attesa che si liberi un letto in reparto. Questi cittadini segnalano la mancanza di privacy, l'impossibilità di riposare e la difficoltà di ricevere pasti caldi o igiene personale adeguata durante l'attesa infinita.

- **Conflittualità e sicurezza:** Le lunghe attese per i codici minori (bianchi e verdi) generano tensioni crescenti nelle sale d'aspetto. I cittadini segnalano un clima di "guerra tra poveri", dove l'exasperazione degli utenti si scontra con la stanchezza degli operatori, alimentando un senso di insicurezza sia per chi attende che per chi cura

Dimissioni (8,9%.)

La percentuale di segnalazioni relativa alle dimissioni nell'ambito dell'assistenza ospedaliera è del 8,9%. 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. Una casistica ricorrente riguarda le dimissioni effettuate a ridosso del fine settimana per pazienti anziani e non autosufficienti. I familiari segnalano di essere stati avvisati con poche ore di anticipo, senza che il territorio (ADI o RSA) fosse stato attivato, lasciando il caregiver nell'impossibilità di gestire a casa apparecchiature complesse (come cateteri o ossigenoterapia) senza adeguata istruzione.
- **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

L'assistenza ospedaliera restituisce la fotografia di un sistema che non può più reggersi solo sull'abnegazione degli operatori. Se l'ospedale è l'altra faccia di un territorio debole, la sua salvezza non risiede in un potenziamento isolato, ma in una reale riforma dei "vasi comunicanti".

Solo decongestionando i Pronto Soccorso attraverso cure primarie forti e garantendo dimissioni protette verso una rete di prossimità funzionante (Ospedali di Comunità e ADI reale), l'ospedale potrà tornare alla sua missione: la cura delle acuzie e l'alta specializzazione. La sfida del 2026 è ricucire queste due facce della stessa medaglia, garantendo che il percorso di cura non sia una serie di ostacoli, ma un flusso continuo che pone al centro il cittadino.

CAPITOLO VIII: SICUREZZA DELLE CURE

La sicurezza delle cure si colloca al centro di un acceso dibattito nazionale che vede contrapposte le esigenze di tutela del cittadino e la necessità di proteggere l'esercizio della professione medica in un sistema sotto pressione. Il quadro normativo, aggiornato dalla Legge Gelli-Bianco, è attualmente oggetto di un'importante riflessione legislativa: il disegno di legge sulla depenalizzazione dell'atto medico.

Tale iniziativa nasce con l'intento di contrastare il fenomeno della "medicina difensiva", riducendo il ricorso indiscriminato alla giustizia penale per colpa lieve, al fine di restituire serenità agli operatori. Tuttavia, dal punto di vista civico, questa riforma non può prescindere da un rafforzamento delle garanzie di risarcimento civile e, soprattutto, da un investimento reale sulla prevenzione del rischio. La sicurezza non si ottiene solo per via giudiziaria, ma attraverso la creazione di un ambiente clinico in cui la tecnologia, l'organizzazione e il fattore umano operino in sinergia per minimizzare l'errore.

La voce dei cittadini

Le segnalazioni relative alla sicurezza delle cure rappresentano **4,3%** del totale delle segnalazioni. La scomposizione interna mostra come la quasi totalità delle segnalazioni sia concentrata **sui presunti errori medici (69,2%)**, seguite da **Condizioni igienico/strutturali degli ambienti sanitari (10,7%)** e **Macchinari: 9,2%**.

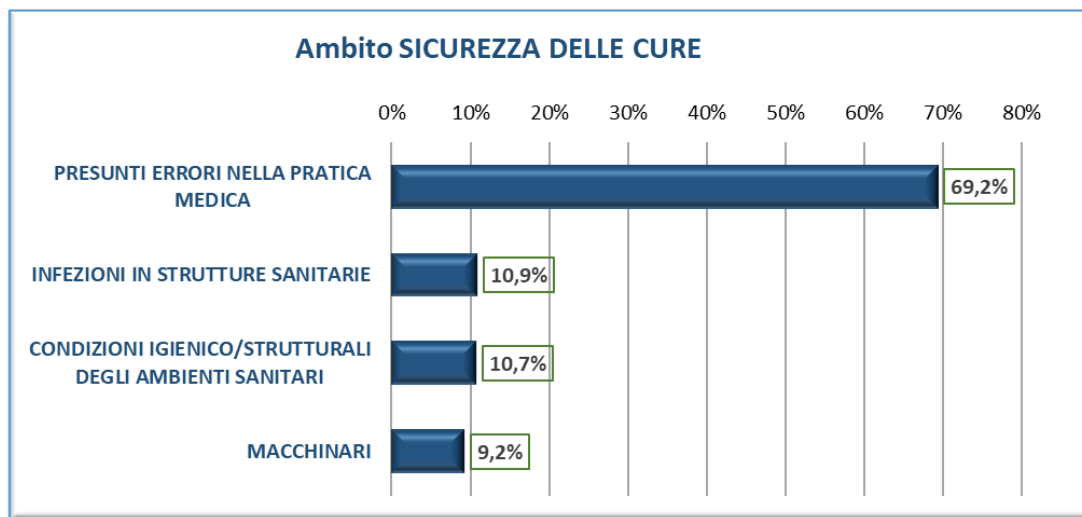


Figura 11. Fonte: Rapporto PiT Salute 2026 – Elaborazione Agenzia Valutazione Civica - Cittadinanzattiva

PRESUNTI ERRORI MEDICI (69,2%): QUESTO DATO NASCONDE SPESSO UNA GRAVE CRISI Presunti errori nella pratica medica (69,2%)

Questo dato nasconde spesso una profonda crisi relazionale. Molte segnalazioni di errore nascono da una mancanza di tempo dedicato alla comunicazione. Il medico, schiacciato

da turni massacranti e carichi burocratici, riduce il colloquio con il paziente al minimo indispensabile. Tuttavia, il tempo della comunicazione è tempo di cura: un medico che ha il tempo di ascoltare commette meno errori diagnostici e, soprattutto, genera un clima di fiducia che previene il contenzioso.

Strettamente legato al punto precedente è il tema del consenso. I cittadini segnalano spesso di aver firmato moduli complessi e standardizzati senza una reale comprensione dei rischi. Non basta un foglio di carta per assolvere a un obbligo di legge: occorre un consenso realmente informato, frutto di un dialogo in cui il medico spieghi con linguaggio comprensibile l'iter terapeutico, le alternative e le possibili complicanze. Quando il consenso è percepito come un mero scarico di responsabilità legale della struttura, la sicurezza percepita crolla.

Infezioni in strutture sanitarie (10,9%)

Le Infezioni Correlate all'Assistenza (ICA) rappresentano una criticità che incide pesantemente sulla mortalità e sui costi. Le segnalazioni indicano che il cittadino percepisce spesso una scarsa attenzione ai protocolli di base (igiene delle mani, gestione dei cateteri, sterilizzazione degli ambienti). In un sistema sicuro, la lotta alle infezioni deve essere una priorità assoluta, poiché il contagio in ospedale è percepito dal cittadino come il massimo tradimento della missione di cura.

Condizioni igienico/strutturali (10,7%)

Il degrado dei luoghi di cura (bagni inefficienti, sporcizia, infissi rotti) non è solo un problema di comfort, ma un indicatore di rischio. Un ambiente strutturalmente fatiscente aumenta le probabilità di eventi avversi, dalle cadute accidentali alla proliferazione batterica. La sicurezza deve essere visibile: la qualità degli ambienti è lo specchio della qualità dei processi sanitari che vi si svolgono all'interno.

Macchinari (9,2%)

Le segnalazioni riguardano l'obsolescenza o il cattivo funzionamento delle apparecchiature (TAC, RMN, ventilatori). Macchinari non adeguatamente mantenuti o datati non solo causano ritardi, ma generano incertezza sulla precisione della diagnosi. L'innovazione tecnologica deve viaggiare di pari passo con un piano di manutenzione rigoroso, per garantire che lo strumento sia un alleato e non un fattore di rischio.

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.

CAPITOLO IX: ASSISTENZA PREVIDENZIALE

L'assistenza previdenziale attraversa una fase di profonda mutazione, innescata dalla Riforma della Disabilità (D. Lgs. 62/2024). Questa riforma, nata con l'intento ambizioso di semplificare la vita dei cittadini e unificare i criteri di accertamento secondo la classificazione internazionale ICF, si trova oggi in un delicato limbo operativo. Sebbene la normativa preveda un iter graduale che vedrà la sua piena attuazione e completamento solo nel 2027, l'attuale fase di sperimentazione e il passaggio ai nuovi regimi hanno generato un paradosso burocratico: le procedure semplificate introdotte dall'INPS, finalizzate sulla carta a ridurre i tempi d'attesa, hanno paradossalmente prodotto nuove lungaggini, incertezze procedurali e un appesantimento degli oneri documentali a carico delle famiglie.

La Riforma della Disabilità non è un atto unico, ma un percorso a tappe che sta mettendo a dura prova la tenuta dei servizi:

1. **L'Accertamento Unificato:** L'obiettivo è eliminare la distinzione tra invalidità civile, cecità, sordità e handicap, creando una definizione unica di "condizione di disabilità". Questo passaggio richiede un coordinamento tra INPS e ASL che, nel 2025, appare ancora frammentato.
2. **La Valutazione Multidimensionale:** È il cuore della riforma, volta a valutare non solo il danno biologico ma l'impatto della disabilità sulla vita della persona. La sua implementazione richiede figure professionali (case manager) ancora non presenti in modo capillare sul territorio.
3. **Il Completamento nel 2027:** Il legislatore ha previsto un periodo transitorio triennale. Fino al 2027, i vecchi e i nuovi criteri coesisteranno generando una "giungla normativa" in cui il cittadino fatica a orientarsi e gli stessi uffici previdenziali operano con criteri disomogenei tra le diverse province.

La voce dei cittadini

Le segnalazioni relative all'assistenza previdenziale che rappresentano il 2,6% delle segnalazioni totali si suddividono in: **Handicap** (68,7%) e **Invalidità e Accompagnamento** (31,3%).

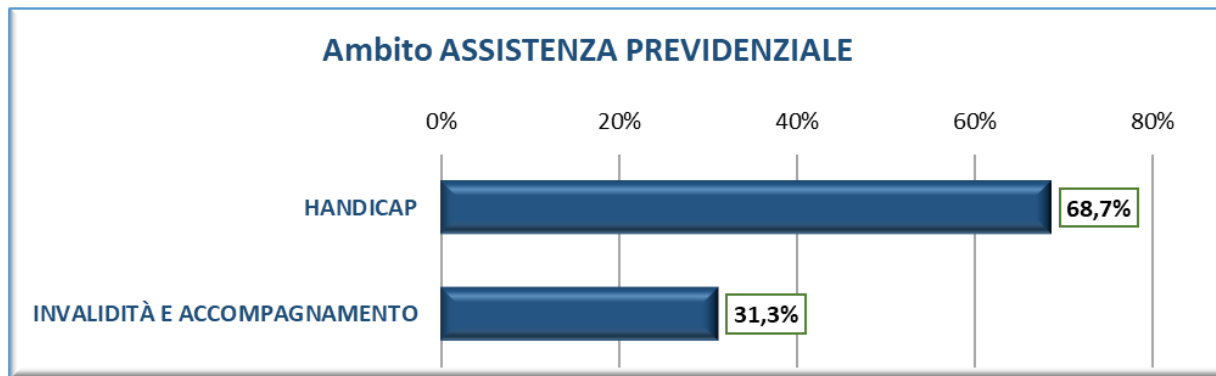


Figura 12. Fonte: Rapporto PiT Salute 2026 – Elaborazione Agenzia Valutazione Civica - Cittadinanzattiva

Handicap (68,7%)

La maggior parte delle segnalazioni riguarda i ritardi nel riconoscimento della condizione di gravità. Il nuovo iter previsto dalla riforma introduce il concetto di "Progetto di Vita", un piano personalizzato e partecipato che dovrebbe superare la logica della mera prestazione economica. Tuttavia, la mancanza di linee guida uniformi e la carenza di personale nelle commissioni mediche integrate hanno trasformato questa opportunità in un ulteriore rallentamento: i cittadini segnalano tempi d'attesa per la visita che superano spesso i 9 mesi, bloccando l'accesso a permessi lavorativi e agevolazioni fondamentali per la gestione quotidiana della disabilità.

Invalidità e accertamento (31.3%)

Le procedure telematiche "semplificate" dell'INPS, pur riducendo la necessità di visite in presenza in alcuni casi (valutazione sugli atti), hanno creato un cortocircuito informativo. Molti cittadini segnalano verbali incompleti o rigetti basati su documentazione clinica considerata insufficiente dall'Istituto, senza che vi sia stata la possibilità di un confronto diretto con la commissione. Questo costringe le famiglie a ricorrere sistematicamente all'Accertamento Tecnico Preventivo (ATP), aumentando il contenzioso legale e i costi a carico dell'utente.

Conclusioni

Le segnalazioni relative all'assistenza previdenziale riflettono la distanza tra l'enunciazione di un diritto "semplificato" e la sua reale esigibilità. La riforma della disabilità è un'opportunità storica per restituire centralità alla persona, ma non può tradursi in un onere burocratico che ricade interamente sulle spalle dei più fragili.

L'obiettivo di Cittadinanzattiva è verificare se le nuove procedure relative al certificato introduttivo per la legge 104, rispondano effettivamente ai criteri di efficacia, trasparenza e semplificazione o se, al contrario, stia introducendo ulteriori oneri a carico dei cittadini, in particolare dei più fragili. L'innovazione tecnologica nella Pubblica Amministrazione è un valore solo se inclusiva. Tuttavia, le segnalazioni raccolte evidenziano una preoccupante distanza tra gli obiettivi del legislatore e la realtà quotidiana vissuta nei territori, dove il diritto alla salute e all'assistenza sembra scontrarsi con barriere informative, resistenze professionali e un'eterogeneità di costi che mina il principio di uguaglianza.

CAPITOLO X: ASSISTENZA FARMACEUTICA

L'assistenza farmaceutica rappresenta uno degli ambiti più percepiti e utilizzati dalla popolazione, costituendo il ponte quotidiano tra il cittadino e il diritto alla cura. Tuttavia, nel 2025, questo comparto vive una fase di forte tensione. Se da un lato l'innovazione farmacologica mette a disposizione terapie sempre più mirate e salvavita, dall'altro si assiste a una crescente difficoltà del sistema nel garantire l'omogeneità dell'accesso e la sostenibilità dei costi. Le segnalazioni raccolte evidenziano come la farmaceutica stia diventando un ambito di forte spesa out-of-pocket (direttamente a carico del cittadino), trasformandosi in un fattore di disuguaglianza sociale.

La voce dei cittadini

Le segnalazioni relative all'assistenza Farmaceutica sono il 2,3% sul totale delle segnalazioni. Seppur numericamente contenute, le segnalazioni hanno evidenziato diverse criticità relative a questo comparto. La tabella mostra le principali criticità emerse, non si è ritenuto di mostrare le singole percentuali ma piuttosto le diverse criticità percepite dai cittadini.

Tabella 4. Matrice delle criticità nell'assistenza farmaceutica

Area di criticità	Fenomeni segnalati	Impatto sui cittadini
Reperibilità	Carenze cicliche di antibiotici, antiepilettici e farmaci salvavita.	Insicurezza: "Pellegrinaggio" estenuante tra farmacie e rischio di interruzione terapeutica.
Logistica	Obbligo di ritiro presso farmacie ospedaliere (Distribuzione Diretta).	Disagio: Difficoltà di spostamento per pazienti fragili e orari di sportello estremamente ridotti.
Burocrazia	Scadenza dei Piani Terapeutici per mancato rinnovo specialistico.	Blocco dell'accesso: Il cittadino è costretto a pagare l'intero costo del farmaco per non sospendere la cura.

Il fenomeno della **carenza dei farmaci** ha assunto nel 2025 i contorni di una vera emergenza gestionale. Non poter reperire una cura essenziale genera un senso di abbandono istituzionale che mina la fiducia nel Servizio Sanitario Nazionale. Per Cittadinanzattiva, l'assistenza farmaceutica deve tornare a essere un servizio orientato alla **semplificazione**: meno burocrazia per i rinnovi, più uniformità dei costi tra le regioni e una distribuzione che segua realmente le necessità del paziente e non solo le logiche di risparmio dei bilanci aziendali.

Un altro nodo critico è rappresentato dalla **logistica della distribuzione**. Il cittadino vive con frustrazione l'obbligo di doversi recare presso presidi ospedalieri lontani per farmaci che potrebbero essere tranquillamente distribuiti attraverso la rete capillare delle farmacie territoriali. Questa "burocrazia della consegna" è percepita come una mancanza di rispetto per il tempo e le fragilità dei pazienti, specialmente per gli anziani e i non autosufficienti. Sebbene la distribuzione presso le farmacie territoriali sia in aumento (DPC o convenzionata), il passaggio non è ancora fluido in tutte le realtà regionali.

Permangono forti criticità legate ai **Piani Terapeutici** e alle Note AIFA. I cittadini segnalano la difficoltà di rinnovo delle prescrizioni specialistiche che, se non gestite per tempo a causa delle liste d'attesa (come analizzato nei capitoli precedenti), portano il paziente a dover pagare l'intero costo del farmaco per non interrompere la cura.

Conclusioni

Per Cittadinanzattiva, è prioritario intervenire sulla riduzione della spesa privata per i farmaci essenziali, uniformando i ticket a livello nazionale per eliminare le disuguaglianze regionali.

Allo stesso tempo, occorre una governance più stringente sulla filiera della distribuzione per prevenire le carenze e favorire modalità di distribuzione più prossime ai cittadini, per rendere il ritiro dei medicinali più agevole, soprattutto per i pazienti fragili. La sfida del 2026 sarà garantire che l'innovazione farmaceutica sia realmente per tutti: un farmaco efficace ma non accessibile o non reperibile è, nei fatti, una cura negata.

CAPITOLO XI: PREVENZIONE

La prevenzione rappresenta il pilastro fondamentale su cui poggia la sostenibilità a lungo termine di ogni sistema sanitario evoluto. Investire in prevenzione significa non solo ridurre l'incidenza delle patologie e la mortalità evitabile, ma anche garantire una migliore qualità della vita e una contrazione della spesa sanitaria futura. Nonostante la sua importanza strategica, i dati ufficiali descrivono un'Italia a due velocità: secondo gli ultimi indicatori del Ministero della Salute e dell'OCSE, sebbene l'Italia destini alla prevenzione una quota di spesa vicina alla media europea (circa il 5%), persistono forti disomogeneità regionali nell'adesione ai programmi di screening e nelle coperture vaccinali, spesso ancora al di sotto delle soglie di sicurezza fissate dall'Organizzazione Mondiale della Sanità.

Nonostante la percentuale delle segnalazioni totali relative alla prevenzione siano solo il 2% rispetto a tutti gli ambiti, è fondamentale sottolineare che questa bassa incidenza non riflette una scarsa rilevanza del tema, quanto piuttosto una distorsione percettiva forzata dall'emergenza: i cittadini, schiacciati dalle criticità sistemiche, sono oggi quasi interamente concentrati sulle barriere d'accesso alle prestazioni acute e diagnostiche. In un sistema dove ottenere una visita specialistica diventa un'impresa, la prevenzione finisce per essere percepita come un "lusso" o un'attività differibile. Inoltre, è necessario evidenziare come anche la prevenzione sconti direttamente il dramma delle liste d'attesa: uno screening mammografico o una colonscopia preventiva bloccati per mesi smettono di essere strumenti di prevenzione e diventano occasioni perdute di diagnosi precoce. In questo scenario, appare urgente il rilancio di campagne istituzionali che non solo informino, ma che ristabiliscano il valore della prevenzione come diritto primario e non sacrificabile.

La voce dei cittadini

Le segnalazioni pervenute si concentrano su cinque ambiti principali: **vaccinazioni ordinarie** (42,7% rispetto al totale delle segnalazioni sulla prevenzione), **vaccinazioni anti SARS-CoV-2** (16,7% rispetto al totale delle segnalazioni sulla prevenzione), **screening della cervice uterina** (16,0%), **screening mammografico** (17,7% rispetto al totale delle segnalazioni sulla prevenzione), e **screening del colon retto** (8,9% 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.

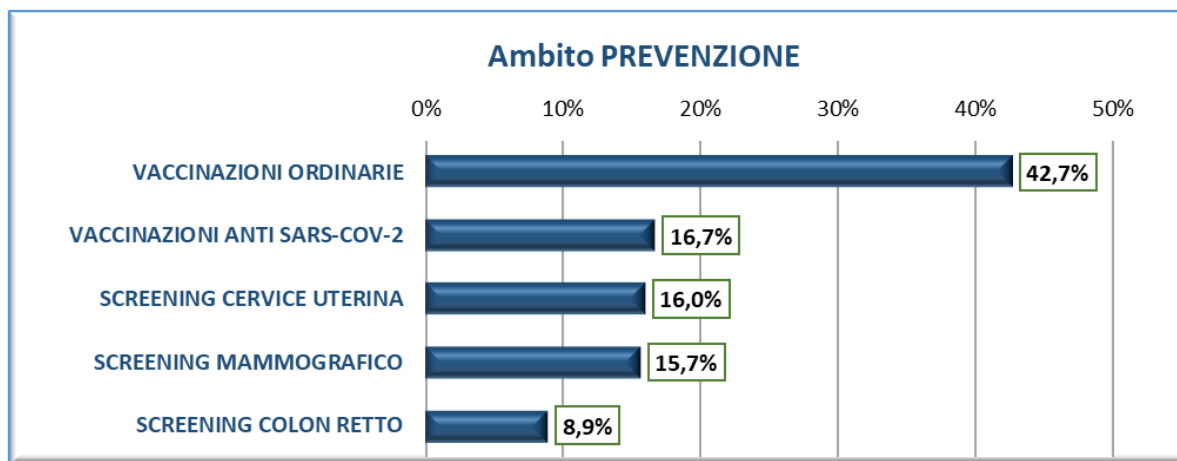


Figura 13. Fonte: Rapporto PiT Salute 2026 – Elaborazione Agenzia Valutazione Civica - Cittadinanzattiva

Vaccinazioni ordinarie (42,7%)

Le vaccinazioni ordinarie (42,7%) rappresentano la criticità principale di questo ambito. I cittadini segnalano difficoltà logistiche, orari di apertura dei centri vaccinali incompatibili con i ritmi lavorativi e, in alcune realtà, la carenza di scorte. La mancanza di campagne di richiamo personalizzate fa sì che molti adulti e anziani perdano importanti appuntamenti vaccinali (es. Herpes Zoster o Pneumococco), indebolendo la protezione collettiva. 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 (16,7%)

Le segnalazioni relative alle vaccinazioni anti SARS- Cov-2 sono il 16,7% rispetto al totale delle segnalazioni sulla prevenzione. Superata la fase più critica della pandemia, in cui le segnalazioni riguardavano soprattutto accesso e organizzazione, nel 2025 l'attenzione dei cittadini si sposta su un altro fronte: **l'informazione**.

Il dato riflette una stanchezza comunicativa e una frammentazione dei punti di somministrazione, che rende difficoltoso il percorso per i soggetti fragili che desiderano mantenere la copertura. 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 (40,6% il totale delle segnalazioni sugli screening)
 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. Per **lo screening della cervice** (16,0%) e **mammografico** (15,7%), le lamentele riguardano la mancata ricezione degli inviti cartacei e l'impossibilità di prenotare gli approfondimenti di secondo livello, spesso sospesi o rimandati sine die.

Per lo screening del colon retto (8,9%), oltre ai ritardi nella consegna e ritiro dei kit, si segnala una carenza di informazione qualificata che spieghi l'importanza vitale di questo esame, spesso evitato per timore o scarsa consapevolezza.

Conclusioni

La prevenzione deve essere intesa come un percorso che accompagna l'individuo: dalla prevenzione primaria (vaccini e stili di vita), alla secondaria (screening oncologici per la diagnosi precoce), fino alla terziaria (gestione delle cronicità). Senza un funzionamento fluido di questi tre livelli, il sistema è destinato a collassare sotto il peso delle acuzie. 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. Il fatto che le segnalazioni siano numericamente inferiori rispetto ad altri ambiti non deve rassicurare, ma allarmare: indica che i cittadini stanno smettendo di reclamare la prevenzione perché troppo impegnati a lottare per la cura. Per Cittadinanzattiva, è indispensabile che le istituzioni investano in campagne di sensibilizzazione massicce e multicanale, capaci di riportare la popolazione verso gli screening e le vaccinazioni. Allo stesso tempo, occorre garantire che i percorsi di prevenzione siano "corsie preferenziali" protette dalle liste d'attesa.

La prevenzione non può essere l'ultima ruota del carro; deve tornare a essere il motore del sistema, l'unico in grado di garantire che la salute sia un patrimonio tutelato prima ancora che una malattia da curare. 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.

CAPITOLO XII: UMANIZZAZIONE E RELAZIONE CON OPERATORI SANITARI

L'umanizzazione delle cure rappresenta la capacità del Servizio Sanitario Nazionale di riconoscere, oltre alla patologia, la dignità e la complessità della persona assistita. Oggi, il tema dell'umanizzazione assume una rilevanza politica e sociale senza precedenti: in un sistema sempre più dominato dalla tecnica e dalla digitalizzazione, il rischio di una "medicina senza volto" è concreto. Umanizzare non significa solo essere "gentili", ma trasformare le modalità organizzative, gli spazi fisici e i linguaggi affinché il cittadino non si senta mai un numero o un "caso clinico", ma un soggetto attivo e rispettato nel suo momento di massima fragilità. 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, 2 % 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:

- **La crisi dell'ascolto:** la segnalazione più frequente riguarda il "tempo negato" alla relazione. I cittadini lamentano che il colloquio clinico è ridotto a pochi minuti, spesso interrotto da telefonate o adempimenti informatici. L'umanizzazione richiede invece che l'ascolto sia considerato parte integrante della terapia, poiché un paziente ascoltato è un paziente che aderisce meglio alle cure.
- **L'attenzione al dolore e alla fragilità:** molte istanze riguardano una scarsa sensibilità nella gestione del dolore fisico e della sofferenza psicologica. Umanizzare significa garantire che nessuno soffra inutilmente, implementando realmente i protocolli di "Ospedale senza dolore".

- **L'ambiente come "terapia"**: I cittadini segnalano la necessità di ospedali e case della comunità che siano luoghi dignitosi. La sporcizia, il degrado degli arredi o l'assenza di un posto dove far sedere un familiare non sono dettagli estetici, ma segnali di una cura che ha smesso di considerare la persona nella sua interezza.
- **Accoglienza e comunicazione non sempre adeguate**. Molti cittadini 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.
- **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.

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".

Per Cittadinanzattiva, è prioritario investire nella formazione del personale sulle

competenze relazionali e ripensare gli spazi di cura mettendo al centro le esigenze di pazienti e caregiver. La qualità di un sistema sanitario si misura da come tratta gli ultimi, i cronici, i non autosufficienti: l'umanizzazione è il termometro di questa civiltà. Solo riportando l'uomo al centro della sanità potremo dire di avere un sistema non solo efficiente, ma realmente pubblico e universale

CAPITOLO XIII: ACCESSO ALLE INFORMAZIONI E ALLA DOCUMENTAZIONE

L'accesso alle informazioni e alla documentazione clinica rappresenta il presupposto indispensabile per l'esigibilità di ogni altro diritto sanitario. In un sistema complesso come quello attuale, la trasparenza non è solo un dovere amministrativo, ma un pilastro dell'alleanza terapeutica: un cittadino non informato è un cittadino a cui è preclusa la possibilità di scegliere, di tutelarsi e di partecipare attivamente al proprio percorso di cura. Le segnalazioni raccolte nel 2025 delineano un quadro di profonda asimmetria, dove le barriere informative e burocratiche continuano a frapporsi tra l'utente e il Servizio Sanitario Nazionale, rendendo spesso opachi i percorsi di accesso e i diritti di tutela

La voce dei cittadini

Le segnalazioni sull'accesso alle informazioni e documentazione cliniche sono 1,0% delle segnalazioni totali. Le difficoltà segnalate dai cittadini si concentrano su due aree principali: **difficoltà di accesso alle informazioni** (61,4%) e **difficoltà di accesso alla documentazione clinica** (38,6%)

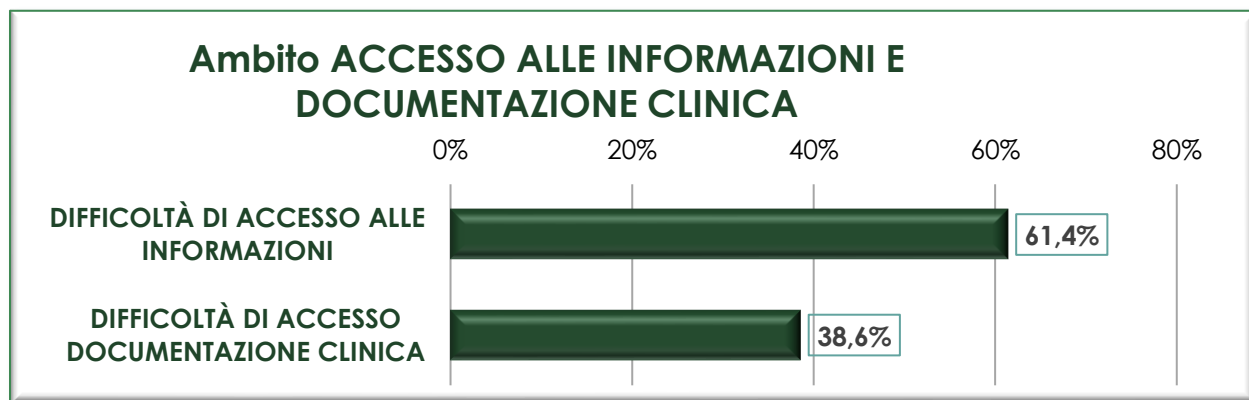


Figura 14. Fonte: *Rapporto PiT Salute 2026 – Elaborazione Agenzia Valutazione Civica - Cittadinanzattiva*

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 alle informazioni (61,4)

Rappresenta la criticità prevalente. La maggioranza dei cittadini segnala un deficit comunicativo da parte delle strutture sanitarie e dei CUP. Le lamentele riguardano principalmente:

- L'opacità sui tempi d'attesa e sui percorsi di garanzia: Molti utenti non vengono informati del diritto di ottenere la prestazione in regime libero-professionale (intramoenia) a carico dell'Azienda qualora i tempi massimi previsti dalla legge vengano superati.
- Il Digital Divide: La digitalizzazione forzata di molti servizi (prenotazioni esclusivamente online, fascicolo sanitario elettronico di difficile consultazione) agisce come una barriera escludente per le fasce più anziane e fragili della popolazione.
- La frammentarietà delle risposte: Spesso il cittadino riceve informazioni discordanti tra i diversi uffici o portali, generando un senso di smarrimento e impotenza.

Difficoltà di accesso alla documentazione clinica (38,6%)

Una quota rilevante di segnalazioni riguarda l'impossibilità di ottenere in tempi ragionevoli copia delle cartelle cliniche, dei referti o dei verbali di pronto soccorso. I cittadini denunciano tempi di consegna che superano abbondantemente i 30 giorni previsti, bloccando di fatto la possibilità di richiedere secondi pareri medici (second opinion) o di avviare iter medico-legali per la sicurezza delle cure.

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.

CAPITOLO XIV: LE VOCI CHE HANNO CAMBIATO LA SANITÀ: 30 ANNI DI PIT TRA SEGNALAZIONI, STORIE E BATTAGLIE VINTE

Il traguardo del trentennale del PIT Salute non rappresenta soltanto un anniversario, ma una prospettiva privilegiata da cui osservare la metamorfosi profonda del diritto alla salute in Italia.

1996-2006: Sangue infetto. La battaglia per la giustizia e l'indennizzo

Nel primo decennio di attività, la voce dei cittadini portò alla luce il dramma del sangue infetto. Cittadinanzattiva si fece carico delle segnalazioni di migliaia di persone contagiate da virus HBV, HCV e HIV a causa di trasfusioni e somministrazione di emoderivati infetti. Questa mobilitazione portò all'approvazione e alla reale implementazione della **Legge 210/1992**, che ha sancito il diritto all'indennizzo per i soggetti danneggiati da complicità irreversibili dovute a vaccinazioni obbligatorie o trasfusioni.

2006-2016: PMA e Lotta al dolore. Dignità, autodeterminazione e sollievo

Il secondo decennio è stato segnato dalla sfida alla rigida impalcatura della Legge 40/2004 in materia di procreazione medicalmente assistita (PMA). Cittadinanzattiva ha contribuito a un percorso di revisione giudiziaria culminato nella storica **Sentenza n. 151/2009 della Corte Costituzionale**, che ha rimosso il limite della conservazione di soli tre embrioni. Parallelamente, la spinta decisiva per l'approvazione della **Legge 38/2010 sulle Cure Palliative e la Terapia del Dolore** ha sancito il diritto a non soffrire inutilmente come obbligo terapeutico.

2016-2026: Abolizione del Superticket. La battaglia per l'equità d'accesso

Grazie a una grande campagna di mobilitazione e a una pressione costante sui tavoli istituzionali, Cittadinanzattiva ha ottenuto un risultato storico: l'**abolizione del Superticket** (i 10 euro aggiuntivi sulla quota fissa per ricetta), entrata in vigore nel settembre 2020. Una vittoria che ha ridato ossigeno alle tasche dei cittadini, contrastando il fenomeno della "povertà sanitaria".

Il work in progress e le sfide di domani

Se ieri abbiamo conquistato indennizzi, riforme bioetiche ed equità tariffaria, oggi l'impegno si sposta verso la tutela dei più fragili e la modernizzazione del sistema. La nostra azione è attualmente un "work in progress" su fronti caldi che non ammettono arretramenti:

- **Liste d'attesa:** Una battaglia quotidiana per riportare la legalità nei tempi della sanità e monitorare che i dettami del Decreto Liste D'attesa siano rispettati.
- **Riforma della Non Autosufficienza e della Disabilità:** Vigilare affinché le nuove norme si traducano in "Progetti di Vita" reali e non in nuovi ostacoli burocratici.
- **Semplificazione sull'Invalidità Civile:** Monitorare le procedure INPS affinché la velocità non vada a discapito della precisione e del rispetto della dignità umana.
- **Approvazione legge Caregiver familiari:** continua l'impegno per l'approvazione di una legge nazionale sui Caregiver familiari, per dare finalmente diritti, tutele e sollievo a chi si prende cura dei propri cari, spesso a costo della propria salute e carriera.

Guardando oltre, le sfide future ci chiamano a presidiare le nuove frontiere della cura:

Il prossimo decennio ci pone di fronte a frontiere inedite, dove il progresso tecnologico deve essere governato per non generare nuove forme di esclusione. La transizione digitale e l'avvento dell'intelligenza artificiale stanno già ridisegnando l'architettura della salute. La Telemedicina è la nostra nuova frontiera della prossimità: non deve essere una scorciatoia per ridurre i costi, ma un ponte capace di abbattere le distanze, a patto che non sacrifichi mai il contatto umano.

Allo stesso modo, l'ingresso dell'Intelligenza Artificiale ci impone un presidio etico senza precedenti. Cittadinanzattiva si batte per un'innovazione trasparente, dove l'algoritmo sia un alleato della precisione diagnostica, ma la decisione finale resti umana, fondata sull'equità e sulla responsabilità clinica, per evitare che la tecnologia diventi un nuovo strumento di esclusione.

Le Nostre Proposte Di Sistema

Le criticità documentate in questo Rapporto richiedono una strategia di sistema che non si limiti alla richiesta di risorse, ma punti a una profonda riorganizzazione del "senso" della cura attraverso tre direttrici fondamentali:

Dalla cultura dell'attesa alla proattività della prevenzione: **prevenzione, accesso e territorio**

La prima proposta riguarda il ribaltamento del rapporto tra cittadino e **prevenzione**. Non possiamo più permettere che la salute dipenda dalla capacità del singolo di districarsi tra agende intasate.

Proponiamo che la prevenzione diventi "prossima" per i cittadini. Gli screening oncologici e i piani vaccinali devono trasformarsi in percorsi a chiamata attiva vincolante. La Regione e l'Azienda Sanitaria devono "andare a cercare" il cittadino, garantendo l'offerta come un obbligo di prestazione. Solo una prevenzione che entra nei luoghi di vita può realmente decongestionare gli ospedali e garantire la tenuta del sistema nel lungo periodo.

L'accesso come pilastro della fiducia

Il tempo della cura è un elemento costitutivo della cura stessa. Occorre una governance trasparente e indipendente delle liste d'attesa che elimini la pratica delle agende chiuse. Ma serve anche un automatismo di tutela: proponiamo che, qualora il sistema non garantisca una prestazione entro i tempi previsti, scatti immediatamente l'obbligo per l'Azienda di fornire la stessa prestazione in regime libero-professionale o convenzionato, senza costi aggiuntivi per l'utente. La trasparenza deve essere una garanzia scritta su ogni prenotazione.

Una Rete Territoriale diffusa: oltre le mura delle strutture

La sfida del futuro non si vince solo costruendo nuovi edifici, ma rigenerando l'intera assistenza territoriale. La nostra proposta è quella di una sanità che "esca" dalle strutture per farsi capillare. Le Case della Comunità devono essere i nodi di una rete più ampia che coinvolge il domicilio, le farmacie dei servizi e gli studi dei medici di famiglia. Immaginiamo un territorio animato da team multidisciplinari reali (medici, infermieri, psicologi e assistenti sociali) che operino in modo integrato. Il fine ultimo è la creazione di un "Progetto di Vita" per i malati cronici che elimini il calvario burocratico delle famiglie e garantisca continuità assistenziale h24, rendendo il domicilio il primo luogo di cura.

Un'alleanza tra professionisti e cittadini

In questo trentesimo anniversario del Pit, Cittadinanzattiva lancia un appello accorato a tutti i Professionisti Sanitari. Vi proponiamo di continuare a camminare insieme per difendere il nostro Servizio Sanitario Nazionale.

Allo stesso tempo, chiamiamo a raccolta i Cittadini. Difendere il Servizio Sanitario Nazionale significa partecipare attivamente alla sua tutela, segnalando le storture e riappropriandosi del valore della salute come bene comune.

L'universalismo della sanità è il cuore della nostra democrazia. Solo un'alleanza autentica tra chi cura e chi è curato può generare la forza per pretendere che la salute torni a essere la priorità assoluta del Paese. Insieme, possiamo trasformare il SSN in una comunità che si prende cura della vita, senza lasciare indietro nessuno.

Trent'anni di Pit Salute ci insegnano che il Servizio Sanitario Nazionale regge finché regge il patto di fiducia tra lo Stato e i cittadini. La salute non è u il presupposto di ogni libertà civile.

Cittadinanzattiva continuerà a essere il custode di questo patto, trasformando ogni segnalazione in una proposta e ogni fragilità in una battaglia di civiltà. Il futuro del SSN si scrive oggi, con il coraggio di investire nelle persone, nella trasparenza e nell'equità.

Le criticità documentate in questo Rapporto richiedono una strategia di sistema che non si limiti alla richiesta di risorse, ma punti a una profonda riorganizzazione del "senso" della cura attraverso tre direttrici fondamentali:

Dalla cultura dell'attesa alla proattività della prevenzione La prima proposta riguarda il ribaltamento del rapporto tra cittadino e prevenzione. Non possiamo più permettere che la salute dipenda dalla capacità del singolo di districarsi tra agende intasate, in un sistema dove gli screening preventivi subiscono attese inaccettabili e ingiustificabili.

Gli screening oncologici e l'offerta vaccinale devono trasformarsi in percorsi a chiamata attiva vincolante e personalizzata. La Regione e l'Azienda Sanitaria devono andare incontro al cittadino, garantendo l'offerta come un obbligo di prestazione, con un'organizzazione flessibile e compatibile con i tempi di vita dei cittadini. Solo una prevenzione che entra nei luoghi di vita della specifica comunità di riferimento può realmente offrire una risposta qualificata e garantire la tenuta del sistema nel lungo periodo.

L'accesso come pilastro della fiducia Il tempo della cura è un elemento costitutivo della cura stessa. Oggi le barriere all'ingresso rappresentano la ferita più profonda del

sistema e la principale causa di esclusione per i cittadini.

Occorre una governance trasparente e indipendente che contrasti con forza la pratica delle agende chiuse, un fenomeno inaccettabile che blocca di fatto la possibilità di prenotare le prestazioni. È necessario, inoltre, ripristinare il valore dei codici di priorità, oggi spesso disattesi in gran parte degli esami diagnostici e delle visite specialistiche. Proponiamo che, qualora il sistema non garantisca una prestazione entro i tempi previsti, l'Azienda si attivi immediatamente e in automatico per fornire la stessa prestazione in regime libero-professionale o convenzionato, senza costi aggiuntivi per l'utente né incombenze burocratiche ulteriori.

Una Rete Territoriale diffusa: oltre le mura delle strutture La sfida del futuro non si vince solo costruendo nuovi edifici, ma rigenerando l'intera assistenza territoriale. Le evidenze ci confermano che le nuove strutture, come le Case della Comunità, sono ancora percepite dai cittadini come contenitori vuoti, mentre il peso assistenziale continua a gravare in modo sproporzionato sui cittadini e caregiver.

La nostra proposta è quella di una sanità che "esca" dalle strutture per farsi realmente capillare. Le Case della Comunità devono essere i nodi operativi di una rete più ampia, animata da team multidisciplinari (medici, infermieri, psicologi e assistenti sociali) che operino in modo integrato. Il fine ultimo è la creazione di un "Progetto di Vita", specie per le persone con fragilità sanitarie, sociali ed economiche che elimini il calvario burocratico delle famiglie e garantisca una presa in carico e una continuità assistenziale effettive.

Un'alleanza tra professionisti e cittadini In questo trentesimo anniversario del PiT Salute, Cittadinanzattiva lancia un appello accorato a tutti i Professionisti Sanitari. Vi proponiamo di continuare a camminare insieme per difendere il nostro Servizio Sanitario Nazionale. Allo stesso tempo, chiamiamo a raccolta i Cittadini. Difendere il Servizio Sanitario Nazionale significa partecipare attivamente alla sua tutela, segnalando le storture e riappropriandosi del valore della salute come bene comune. L'universalismo della sanità è il cuore della nostra democrazia e solo un'alleanza autentica tra chi cura e chi è curato può generare la forza per pretendere che la salute torni a essere la priorità assoluta del Paese. Insieme, possiamo trasformare il SSN in una comunità che si prende cura, senza lasciare indietro nessuno.

RINGRAZIAMENTI – EDIZIONE SPECIALE TRENTENNALE

La stesura del **Rapporto Civico sulla Salute 2026** celebra un traguardo storico: trent'anni di attività ininterrotta del Progetto Integrato di Tutela (PiT) Salute. Questo volume non è soltanto un bilancio di dati, ma il riflesso di un impegno collettivo volto a difendere l'universalismo e l'equità del nostro Servizio Sanitario Nazionale.

Un ringraziamento speciale e sentito va, prima di tutto, a tutti i cittadini e le cittadine che in questi trenta anni si sono rivolti al PiT Salute e alle sedi del Tribunale per i diritti del malato. È solo grazie al loro coraggio nel condividere le proprie storie che abbiamo potuto raccogliere oltre mezzo milione di istanze, trasformando i disagi individuali e le risposte mancate del sistema in grandi battaglie civiche, in riforme strutturali e in leggi a tutela di tutta la collettività.

Subito dopo, il ringraziamento più profondo va ai volontari e alle volontarie che quotidianamente animano i nostri Centri di Tutela e le sedi del Tribunale per i diritti del malato (TDM) su tutto il territorio nazionale. Presidio fondamentale di prossimità e umanità, sono loro a essere in prima fila nell'offrire sostegno, ascolto e tutela diretta, permettendo la gestione operativa delle migliaia di segnalazioni che giungono ogni anno all'associazione.

Insieme a loro, si ringraziano i Segretari Regionali di Cittadinanzattiva, che animano l'attività politica e garantiscono un monitoraggio costante e attento delle disomogeneità territoriali.

Grazie ad Anna Lisa Mandorino, Segretaria generale di Cittadinanzattiva, Francesca Moccia, Vice Segretaria generale di Cittadinanzattiva e Anna Rita Cosso, Presidente di Cittadinanzattiva.

Il lavoro di analisi dettagliata di questa edizione speciale è stato reso possibile grazie al contributo del comitato di redazione:

- **Isabella Mori:** ha curato la redazione complessiva del Rapporto.
- **Valeria Fava:** Ha garantito un sostegno strategico alla stesura dell'intero testo e ha redatto la piattaforma programmatica finale, delineando le proposte di sistema e il Manifesto civico per il rilancio del SSN.
- **Maria Eugenia Morreale e Maria Vitale** hanno curato l'analisi statistica e la trasposizione grafica dei dati.

Un ringraziamento particolare va allo staff del back office del PIT — **Rosa Anna Cauteruccio, Daria Ferrari, Angela Masi, Luana Scialanca** — per il loro prezioso lavoro quotidiano di supporto e costante scambio con la rete della tutela.

Si ringrazia **Cristiana Montani Natalucci** per il coordinamento delle corporate relations.

Il lancio e le relazioni con i media sono stati coordinati dall'**Ufficio Stampa, Comunicazione e Relazioni Istituzionali**: Aurora Avenoso, Salvatore Zuccarello, Alessandro Cossu, Lorenzo Blasina, Giacomo D'Orazio, Veronica Di Marcello, Valentina Condò, Cristiano Tempesta, Giorgia Di Biase.

L'organizzazione dell'evento celebrativo del Trentennale è stata curata dall'**ufficio eventi**, nelle persone di **Elisa Blasucci** e **Marianna Sarruso**.

Grazie a Loredana Ridolfi, Ufficio acquisti e amministrazione

Grazie allo staff nazionale della salute: Claudia Ciriello, Ety Escalante

Grazie a Tiziana Nicoletti, Responsabile Coordinamento nazionale delle Associazioni dei Malati Cronici e rari (CnAMC)

Grazie a Carla Berliri per il sostegno e il supporto logistico.

Un ringraziamento infine a **Cinzia Dottori** e **Roberta Passerini** per lo sviluppo delle attività di networking.



Con la collaborazione di

