

FOCUS LISTE D'ATTESA SARDEGNA

EDIZIONE 2024



Report sviluppato con il contributo della Regione Autonoma della Sardegna

L.R. del 19 dicembre 2023 n. 17 Tabella M - CUP E85E24002070002



REGIONE AUTÒNOMA DE SARDIGNA
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

ASSESSORADU DE S'IGIENE E SANIDADE E DE S'ASSISTÈNZIA SOTZIALE
ASSESSORATO DELL'IGIENE E SANITÀ E DELL'ASSISTENZA SOCIALE

**LifesARDEGNA**
CENTRO STUDI POLITICHE DELLA SALUTE

Life - Centro Studi sulla Sanità
via Giuseppe Manno 22 – 07100 Sassari
CF 92110420905

www.lifesardegna.it

Contenuti

Parte I Contesto e impostazione della ricerca	7
1. Introduzione generale	7
1.1 Obiettivi e rilevanza sociale della ricerca.....	13
1.2 Domande di ricerca e ipotesi operative	18
1.3 Metodologia della ricerca	21
1.3.1 Fonti utilizzate	23
1.3.2 Strumenti analitici.....	25
1.3.3 Limiti del lavoro e scelte metodologiche	26
1.4 Definizioni operative e concetti chiave	27
1.4.1 Struttura del documento e roadmap metodologica.....	29
1.5 Contesto della sanità italiana e sarda.....	30
1.6 Rassegna della letteratura	35
1.7 Definizioni operative e concetti chiave	39
2. Quadro normativo e istituzionale	42
2.1 Evoluzione delle politiche sulle liste d’attesa.....	43
2.2 Quadro giuridico nazionale e regionale.....	45
2.2.1 Norme sul diritto di accesso nei tempi previsti	47
Parte II – Diagnosi quantitativa e comparata del fenomeno	49
3. Contesto demografico della Sardegna	49
3.1 Dinamiche Naturali: Natalità e Mortalità	52
3.2 Saldo Migratorio	52
3.3 Evoluzione della Struttura per Età e Sostenibilità Demografica della Sardegna.....	56

3.4	Analisi territoriale e confronto interregionale	58
3.5	Implicazioni sociali ed economiche.....	60
3.6	Sintesi dei trend demografici e implicazioni	62
4.	Analisi dei tempi d’attesa e delle criticità nel sistema sanitario sardo	64
4.1	Offerta dei Servizi Sanitari e Livelli Essenziali di Assistenza (LEA) in Sardegna – Anno 2023.....	67
4.2	Performance complessiva e aree di criticità	70
4.3	Confronto interregionale e andamento temporale	73
4.4	Confronto interregionale e andamento temporale	78
4.5	Analisi dell’indicatore di rinuncia alle prestazioni sanitarie in Sardegna: dimensione strutturale, profilo territoriale e implicazioni sistemiche	82
4.5.1	Dotazione ospedaliera e assistenza territoriale: la Sardegna nel confronto nazionale	88
4.5.1.2	<i>Considerazioni conclusive: diseguaglianza strutturale e bisogno di riforma</i>	91
4.6	<i>Indicatori PNE 2024 relativi alla Sardegna</i>	92
4.6.1	Variabilità intra-regionale e inter-regionale: un profilo critico per la Sardegna.....	94
4.7	Conclusione comparativa e implicazioni strategiche per il sistema sanitario della Sardegna	100
	PARTE III Analisi delle liste d’attesa e modelli gestionali.....	105
5.	Gestione delle Liste d’Attesa Sanitarie in Italia nel 2025: Un’Analisi Basata sui Dati CUP.....	105
5.1	Esplorazione Statistica delle Prenotazioni per Priorità	107
5.1.1	Tempi Medi e Mediani di Attesa per Classe di Priorità.....	108

5.1.2 Percentuali di Copertura degli Standard per Priorità.....	111
5.2 Confronto Regionale.....	114
5.2.1 Analisi per Tipologia di Prestazione.....	116
L'analisi evidenzia tre macro-criticità:	122
1. Le prestazioni ad alta complessità tecnologica, come RMN e TAC, soffrono di attese estremamente lunghe, specie in priorità D.	122
2. Specialità ad alta domanda, come oculistica e ortopedia, mostrano coperture molto basse rispetto agli standard, generando disservizi estesi.	122
3. Le priorità intermedie (B e D) non riescono a essere garantite sistematicamente, richiedendo un ripensamento organizzativo complessivo. 122	
6. Le Liste d'Attesa tra Criticità, Diseguaglianze e Sfide di Sistema.....	123
6.1 Impatto Sociale ed Economico, Pressione sul Sistema	126
6.1.1 Carenza di Personale Sanitario	128
6.1.2 Organizzazione e Distribuzione Subottimali.....	128
6.1.3 Appropriately Clinica delle Priorità	129
6.1.3 Moral Hazard e Doppio Binario Pubblico/Privato	130
6.2 Impatto Sociale delle Liste d'Attesa.....	131
6.3 Pressione sulle Strutture Sanitarie e sul Personale	135
6.4 Confronto con Standard Nazionali e Internazionali	137
7. Confronto con Standard e Best Practices Internazionali	143
7.1 Esempi di Best Practice in Altri Paesi	146
7.1.2 Dove si colloca l'Italia.....	151
7.1.3 Dove si colloca l'Italia.....	155
7.2 Raccomandazioni Operative per Migliorare il Sistema.....	161

7.2. Attuazione e Follow-up.....	175
7.3 Proposte Innovative: Intelligenza Artificiale, Telemedicina e Sistemi Predittivi.....	178
7.3.1 Telemedicina e Salute Digitale	183
7.4 Riflessioni di sintesi e prospettive di sviluppo	189
PARTE IV – Liste d’Attesa2025 della Sardegna per Priorità, Azienda ed Ex Ante.....	194
8. Tempi di Attesa per Azienda: Criticità e Differenze Territoriali.....	194
<i>Contesto giuridico e linee guida sulle liste d’attesa.....</i>	<i>197</i>
8.1 Performance Aziendali sui Tempi di Attesa: Dati CUP Sardegna 2025..	201
8.1.1: Analisi delle Classi di Priorità: Prestazioni Brevi, Differibili e Programmat.....	205
8.2 Confronto tra Aziende Sanitarie: Disparità e Determinanti Locali	212
e fattori di variabilità.....	212
8.3 Cause e Dinamiche delle Disfunzioni nei Tempi di Attesa	219
8.3.1 Prospettive di Riforma e Governance delle Liste d’Attesa	230
9. Analisi Ex-Ante sulle Liste d’Attesa: Performance per Classe di Priorità	233
9.1 Risultati Aggregati per Classe di Priorità	233
9.2 Analisi per Tipologia di Prestazione: Visite, Diagnostica, Esami	235
9.3 – Impatto del Volume di Prestazioni sulla Capacità di Risposta	237
9.4 Rappresentazioni Grafiche e Implicazioni Strategiche	241
10. Performance Regionali per Classe di Priorità: Analisi dei Tempi d’Attesa (Gennaio 2025)	250
10. 1 Prestazioni Fuori Standard: Analisi dei Ritardi Più Critici	262

10.2 Gap di Accesso tra Priorità Breve e Differibile: Disuguaglianze nei Tempi di Attesa	265
10.3 Variazioni dei tempi di attesa per tipologia di prestazione	272
10.4 Disallineamento tra Domanda e Capacità Produttiva: L'efficienza organizzativa sotto esame	297
10.5 Strategie di miglioramento e governance delle attese	300
11. Confronto dei Tempi di Attesa Sanitari Ambulatoriali: Sardegna vs Altre Regioni (2025)	312
11.1 Metodologia e Fonti Dati	313
11.2 Visite Specialistiche Ambulatoriali.....	318
Risultati Principali per Prestazione	318
Visite Specialistiche (prime visite).....	318
11.1 Commento sintetico sulle visite	326
11.4 Prestazioni di Diagnostica: Endoscopia Digestiva	334
11.5 Altre Prestazioni Ambulatoriali (Cardiologia diagnostica, esami vari)	337
11.6 Focus: Percentuale di prestazioni nei tempi standard (PNGLA).....	341
11.6 Divergenze Regionali nei Tempi di Attesa: Cause, Impatti e Leve di Intervent	345
11.7 Sintesi del Posizionamento della Sardegna	351
12. Evoluzione dei Tempi di Attesa Sanitari in Sardegna: Confronto 2025 vs Anni Precedenti.....	357
12.1 Fonti dei Dati e Metodologia.....	360
12.2 Quadro Generale dell'Evolutione Temporale	362

12.4 Variazioni nei Tempi di Attesa per Prestazioni Diagnostiche e Terapeutiche	375
12.5 Risultati a Confronto: Equità, Efficienza e Accessibilità	390
12.6 Strategie Operative per Risanare le Liste d'Attesa: Un Piano d'Azione Regionale	397
Conclusione	404
Bibliografia	419

Parte I Contesto e impostazione della ricerca

1. Introduzione generale

Nel contesto della sanità pubblica italiana, l'accesso tempestivo ed equo ai servizi sanitari rappresenta una delle sfide più complesse e significative della nostra epoca. La Costituzione italiana, all'articolo 32, riconosce il diritto alla salute come diritto fondamentale dell'individuo e interesse della collettività, ponendo le basi per la costruzione di un Servizio Sanitario Nazionale ispirato ai principi di universalità, uguaglianza e solidarietà. Tuttavia, nel corso degli anni, si è assistito a una progressiva erosione della capacità dello Stato di garantire tale diritto in modo omogeneo e integrale su tutto il territorio nazionale. Tra le manifestazioni più evidenti di questa crisi sistemica rientrano le liste d'attesa per le prestazioni sanitarie, divenute, nella percezione collettiva e nella realtà operativa, uno dei principali ostacoli alla fruizione reale dei diritti costituzionalmente garantiti.

L'attesa per una visita specialistica, per un esame diagnostico o per un intervento chirurgico programmato non costituisce un fenomeno marginale né inevitabile. Essa riflette, al contrario, scelte politiche, modelli organizzativi, logiche di allocazione delle risorse, e priorità strategiche, rivelando la capacità – o l'incapacità – del sistema sanitario di rispondere in modo efficiente e giusto ai bisogni della popolazione. L'attesa non è solo tempo sprecato: è tempo di malattia non curata, di diagnosi ritardate, di terapie posticipate, e di vite umane esposte a rischi evitabili. Per questa ragione, la presente ricerca si propone di analizzare in

profondità il fenomeno delle liste d'attesa nella Regione Autonoma della Sardegna nel corso dell'anno 2025, con l'intento di offrire un contributo empiricamente fondato e concettualmente solido al dibattito pubblico e istituzionale.

La Sardegna, per ragioni geografiche, demografiche, istituzionali e organizzative, costituisce un contesto particolarmente rilevante e paradigmatico per lo studio delle diseguaglianze sanitarie. L'insularità, l'elevata dispersione territoriale della popolazione, la fragilità delle reti infrastrutturali, il progressivo spopolamento delle aree interne e il persistente invecchiamento della popolazione rappresentano fattori strutturali che amplificano la difficoltà di accesso alle cure. A questi si aggiungono elementi di carattere sistemico: la frammentazione organizzativa determinata dalla riforma della governance sanitaria regionale, le carenze croniche di personale, l'inefficienza dei sistemi di prenotazione, e la scarsa trasparenza informativa contribuiscono a produrre e cristallizzare situazioni di attesa prolungata che compromettono in modo significativo l'efficienza e l'equità del sistema sanitario.

Il diritto alla salute, inteso come diritto alla cura tempestiva, appropriata e accessibile, assume nella Sardegna del 2025 una configurazione problematica. La realtà delle liste d'attesa si impone con tutta la sua forza nei racconti dei pazienti, nelle statistiche ufficiali, nei report delle autorità di controllo, e negli sforzi di riforma messi in atto dalle istituzioni. Tale realtà non può essere affrontata

attraverso analisi settoriali o soluzioni emergenziali: essa richiede una lettura sistemica, una valutazione critica delle politiche pubbliche adottate, e una proposta costruttiva basata sull'evidenza empirica e sull'analisi comparata.

Il presente studio, nel focalizzarsi sulla Sardegna, non intende offrire una diagnosi parziale o periferica. Al contrario, esso assume l'Isola come caso di studio emblematico per comprendere dinamiche più ampie che riguardano l'intero sistema sanitario italiano. La scelta dell'anno 2025 come periodo di riferimento risponde a una duplice logica: da un lato, si tratta dell'anno conclusivo del Piano Regionale di Governo delle Liste d'Attesa (PRGLA) 2022–2025; dall'altro, il 2025 rappresenta un momento di particolare intensità per quanto riguarda l'attuazione delle riforme previste dal Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR), in particolare nell'ambito della Missione 6 – Salute. Analizzare il sistema sanitario sardo in tale contesto significa, pertanto, misurare la capacità effettiva delle politiche pubbliche di ridurre le diseguaglianze e migliorare l'accesso ai servizi in una fase di profonda trasformazione del welfare sanitario.

La struttura della ricerca si articola in più dimensioni. Innanzitutto, essa prevede un'analisi empirica dei tempi di attesa nelle diverse ASL della Sardegna, con riferimento a un campione rappresentativo di prestazioni ambulatoriali, diagnostiche e chirurgiche. L'indagine si fonda sull'elaborazione di dati provenienti dai sistemi informativi CUP, dalle banche dati regionali e nazionali (AGENAS, ISTAT, PNE) e da documenti programmatici ufficiali. Tale analisi

consente di misurare in modo oggettivo la distribuzione territoriale e per tipologia di prestazione delle attese, individuando aree di maggiore criticità, tendenze sistemiche e livelli di scostamento rispetto agli standard temporali definiti dal PNGLA.

Accanto all'analisi quantitativa, la ricerca include una componente qualitativa e interpretativa, basata sulla lettura critica dei piani regionali, delle delibere attuative, dei protocolli operativi e delle interviste condotte con operatori sanitari, dirigenti aziendali e rappresentanti dei cittadini. Questa componente permette di esplorare le cause profonde del fenomeno, di comprendere le dinamiche organizzative interne alle aziende sanitarie, e di valutare il grado di coerenza tra la programmazione formale e la sua attuazione concreta. Inoltre, essa consente di dare voce agli utenti del sistema, rendendo visibili le esperienze soggettive dell'attesa e le strategie di adattamento messe in atto dai cittadini.

L'impostazione metodologica adottata è volutamente multidisciplinare. Essa si fonda sull'integrazione tra l'analisi statistica, la riflessione giuridico-istituzionale, l'approccio organizzativo-gestionale e la prospettiva sociologica. L'obiettivo è costruire un quadro interpretativo capace di cogliere la complessità del fenomeno, di evitare semplificazioni eccessive, e di proporre soluzioni realistiche e sostenibili. La dimensione comparata, inoltre, consente di collocare l'esperienza sarda all'interno di un più ampio panorama nazionale ed europeo,

identificando buone pratiche replicabili, criticità comuni e traiettorie evolutive del sistema.

Il quadro normativo di riferimento è costituito, a livello nazionale, dal PNGLA 2019 e dalle successive linee guida ministeriali, e a livello regionale dal PRGLA Sardegna 2022–2025, integrato dalle disposizioni delle singole aziende sanitarie.

La ricerca prende in esame la struttura, gli obiettivi, gli strumenti di monitoraggio e le criticità attuative di tali strumenti, evidenziando i margini di miglioramento e le lacune normative che ne compromettono l'efficacia. Particolare attenzione è dedicata al tema della trasparenza, dell'interoperabilità dei sistemi informativi, e della partecipazione civica ai processi decisionali.

Un elemento centrale dell'indagine è rappresentato dalla valutazione dell'impatto del PNRR sulla riorganizzazione del sistema sanitario regionale. La Missione 6 – Salute, con i suoi assi strategici relativi alla medicina territoriale, alla digitalizzazione e alla formazione del personale, rappresenta una delle principali opportunità di investimento nella sanità pubblica degli ultimi decenni. Tuttavia, l'attuazione di tali misure incontra, in Sardegna, ostacoli significativi legati alla carenza di capacità amministrativa, alla fragilità delle reti territoriali e alla lentezza della progettazione esecutiva. La ricerca analizza in modo critico i progetti avviati, i finanziamenti allocati, i ritardi accumulati, e l'effettiva incidenza sul contenimento delle liste d'attesa.

Nel corso dell'analisi emergono con chiarezza le implicazioni etiche e politiche del fenomeno. L'attesa non è solo un problema gestionale: essa interroga il senso stesso della sanità pubblica, la tenuta del patto sociale, la capacità dello Stato di garantire diritti fondamentali in modo equo e tempestivo. Ridurre le liste d'attesa significa restituire dignità al paziente, valorizzare il lavoro dei professionisti sanitari, e rafforzare la legittimità delle istituzioni. In tal senso, la presente ricerca non si limita a descrivere una situazione: essa si propone come uno strumento di consapevolezza, di responsabilizzazione e di proposta, rivolto a tutti gli attori coinvolti – cittadini, operatori, dirigenti, decisori politici.

Nel suo complesso, il lavoro intende contribuire a una riflessione collettiva sul futuro del sistema sanitario sardo e italiano. Un sistema che voglia definirsi pubblico, universale e solidale non può tollerare attese ingiuste, né può scaricare sui cittadini il peso delle proprie inefficienze. Il tempo della cura deve coincidere con il tempo della vita, e non essere subordinato alla scarsità di risorse, alla frammentazione organizzativa o alla casualità geografica. La sfida delle liste d'attesa è, in ultima analisi, una sfida di giustizia sociale e di civiltà democratica. È nella sua capacità di affrontarla con rigore, trasparenza e coraggio che il sistema sanitario potrà ritrovare la propria legittimità, la propria efficacia e il proprio senso.

1.1 Obiettivi e rilevanza sociale della ricerca

L'accesso tempestivo ai servizi sanitari pubblici costituisce un diritto fondamentale riconosciuto dall'ordinamento italiano, sancito all'art. 32 della Costituzione e ulteriormente garantito da normative e piani sanitari nazionali.¹ In questo quadro, le liste d'attesa rappresentano una delle principali criticità del Servizio Sanitario Nazionale (SSN), in quanto possono compromettere l'equità e l'universalità del sistema. La presente ricerca si pone l'obiettivo di analizzare in profondità i tempi d'attesa per le prestazioni sanitarie nella Regione Autonoma della Sardegna nel 2025, con particolare attenzione alle dinamiche intra-regionali, ai fattori strutturali e organizzativi, e ai confronti interregionali. L'intento non è solo descrittivo, ma anche propositivo: il lavoro mira a offrire raccomandazioni operative basate su evidenze, che possano essere utili al decisore politico e agli operatori sanitari per migliorare l'efficienza del sistema e garantire il diritto alla salute.

La rilevanza del tema è accentuata dal contesto post-pandemico: il sistema sanitario sardo, come quello nazionale, ha accumulato ritardi dovuti al blocco delle prestazioni programmate durante le ondate COVID-19. I dati più recenti mostrano un incremento preoccupante delle attese per prestazioni essenziali, con

¹ Art. 32 della Costituzione italiana (1948) *Costituzione della Repubblica Italiana*. Roma: Gazzetta Ufficiale. Disponibile su: <https://www.senato.it/documenti/repository/istituzione/costituzione.pdf>

differenze marcate tra territori e tipologie di assistenza, in particolare in ambito diagnostico e chirurgico programmato.

Per affrontare in maniera sistemica la questione delle liste d'attesa in Sardegna, la ricerca si articola attorno ad alcune domande chiave: quali sono i tempi medi, mediani e massimi di attesa per le principali prestazioni sanitarie nella Regione Sardegna nel 2025? In che misura i tempi effettivi superano i tempi massimi garantiti per legge? Esistono differenze significative tra ASL e territori (urbani vs rurali, interni vs costieri)? Quali sono le principali determinanti organizzative e strutturali del fenomeno? Quali strumenti e strategie sono stati adottati e quali sono le best practices regionali, nazionali ed europee da cui trarre spunto? Come si può rendere il monitoraggio dei tempi di attesa un elemento strutturale di accountability pubblica?

Il concetto di lista d'attesa può essere analizzato da tre prospettive complementari. La lista d'attesa clinica è la sequenza temporale di accesso a una prestazione programmata, basata sulla gravità clinica della condizione del paziente. In Italia, questa è determinata dalla classe di priorità assegnata dal medico prescrittore (es. U, B, D, P), secondo i criteri stabiliti dal DPCM 12 gennaio 2017.² La lista d'attesa legale rappresenta l'intervallo temporale massimo entro cui, secondo la normativa vigente (es. Piano Nazionale Governo

² Ministero della Salute (2019) *Piano Nazionale di Governo delle Liste d'Attesa (PNGLA) 2019-2021*. Roma: Ministero della Salute. Disponibile su: https://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_2824_allegato.pdf

Liste d’Attesa – PNRGLA), il cittadino ha diritto ad ottenere la prestazione. Ad esempio, una visita prioritaria “B” deve essere erogata entro 10 giorni. La lista d’attesa gestionale rappresenta la pianificazione operativa della prestazione da parte delle strutture sanitarie, condizionata da risorse disponibili, personale, turnazioni, disponibilità di macchinari, ecc. Il tempo reale può differire da quello “clinico” o “legale”.³

La questione delle liste d’attesa in sanità non rappresenta soltanto un nodo tecnico-gestionale, ma assume una centralità etica, sociale e politica nel dibattito sul futuro del Servizio Sanitario Nazionale. L’accesso alle cure nei tempi clinicamente appropriati costituisce infatti la condizione necessaria per il pieno esercizio del diritto alla salute, un diritto fondamentale tutelato dalla Costituzione italiana e dai trattati europei. Tuttavia, la persistente incapacità di garantire tale accesso entro i limiti normativi stabiliti, e secondo i criteri di priorità clinica definiti dalle linee guida ministeriali, mette in discussione l’intero impianto universalistico del sistema pubblico.

In questo contesto, la presente ricerca nasce con l’obiettivo di offrire una lettura sistemica, fondata su dati empirici e metodologie comparate, del fenomeno delle liste d’attesa nella Regione Autonoma della Sardegna nel corso dell’anno 2025.

³ Presidenza del Consiglio dei Ministri (2017) *Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 12 gennaio 2017. Definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza (LEA)*. Roma: Gazzetta Ufficiale. Disponibile su: <https://www.gazzettaufficiale.it/eli/id/2017/03/18/17A02015/sg>

L'approccio adottato non si limita alla descrizione dei dati numerici, ma mira a restituire una mappa interpretativa complessa, capace di connettere i tempi di attesa con le determinanti organizzative, le disuguaglianze territoriali, i limiti infrastrutturali e le politiche adottate – o non adottate – a livello regionale e nazionale.

Gli obiettivi specifici dell'indagine si articolano lungo tre assi principali. In primo luogo, si intende quantificare con rigore l'estensione del fenomeno, analizzando i tempi medi, mediani e massimi di attesa per le principali prestazioni sanitarie (ambulatoriali, diagnostiche, chirurgiche) suddivise per classe di priorità e per ambito assistenziale. Questa quantificazione sarà effettuata attraverso l'analisi dei dati regionali CUP relativi al mese di gennaio 2025, integrati con indicatori AGENAS, PNE, ISTAT e, ove necessario, con dati ottenuti tramite accesso civico generalizzato (FOIA).⁴ In secondo luogo, la ricerca mira a valutare le disparità territoriali interne alla Sardegna, con particolare attenzione alle differenze tra le cinque ASL (Cagliari, Sassari, Nuoro, Oristano e Sud Sardegna), ai distretti sanitari locali e alle aree interne o disagiate. Le liste d'attesa, infatti, non colpiscono in maniera uniforme la popolazione: i cittadini residenti in aree periferiche, rurali o montane sperimentano spesso tempi di attesa più lunghi, minore offerta e maggiore ricorso alla mobilità sanitaria passiva, con ricadute

⁴ ANAC (2016) *Linee guida FOIA. Delibera n. 1309/2016*. Roma: Autorità Nazionale Anticorruzione.

Disponibile su:

https://www.anticorruzione.it/portal/public/classic/Comunicazione/News/_news?id=38f0d6d80a77801481e

dirette sui costi individuali e sulla qualità delle cure.⁵ Il terzo obiettivo consiste nel proporre raccomandazioni operative per il triennio 2025–2027, sulla base dell’analisi delle cause strutturali del fenomeno e dell’identificazione di pratiche virtuose in contesti regionali comparabili, sia in Italia che in Europa. In questa prospettiva, il lavoro intende offrire uno strumento utile per i decisori politici, i dirigenti sanitari, le organizzazioni sindacali, gli ordini professionali e i cittadini stessi, promuovendo una governance trasparente e fondata sull’evidenza.⁶

Il 2025 è stato scelto non casualmente come anno di riferimento. Si tratta di un anno “cerniera”, in cui confluiscono da un lato le eredità non ancora pienamente recuperate della pandemia, e dall’altro gli effetti – ancora parziali – delle misure strutturali previste dal PNRR (Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza), in particolare quelle legate alla Missione 6 “Salute” e all’implementazione delle Case della Comunità, degli Ospedali di Comunità e della riorganizzazione della medicina territoriale. Valutare lo stato delle liste d’attesa nel 2025 significa quindi misurare la tenuta del sistema sanitario regionale in un momento di

⁵ AGENAS (2023) *Rapporto sulle liste d’attesa 2023*. Roma: Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali. Disponibile su: <https://www.agenas.gov.it/rapporti/liste-attesa>

⁶ Istat (2023), *Indicatori demografici 2023. Dati provvisori*. Roma: Istituto Nazionale di Statistica. Disponibile su: <https://www.istat.it>

transizione, in cui le criticità storiche si intrecciano con le promesse della riforma.⁷

Infine, la rilevanza sociale di questa ricerca risiede anche nella volontà di dare voce a quella sofferenza quotidiana sommersa che raramente trova spazio nelle statistiche ufficiali: la frustrazione dei pazienti, l'impotenza percepita dai medici di medicina generale, la difficoltà dei caregiver, l'angoscia dell'attesa per una diagnosi. Studiare le liste d'attesa in modo rigoroso significa anche riconoscere il carico umano e sociale che esse rappresentano per decine di migliaia di cittadini sardi. Questa ricerca non pretende di offrire soluzioni facili o immediate, ma intende contribuire a un dibattito pubblico informato, eticamente orientato e metodologicamente solido, affinché l'accesso alle cure torni ad essere un diritto esigibile e non una fortuna aleatoria.

1.2 Domande di ricerca e ipotesi operative

Il cuore metodologico di questa ricerca è rappresentato dall'elaborazione di domande guida, le quali fungono da bussola per l'intero percorso analitico. Le domande non si limitano alla descrizione dei dati, ma puntano a disvelare logiche sistemiche, relazioni causali e implicazioni politiche. Attraverso l'articolazione

⁷ Regione Autonoma della Sardegna (2020) *Legge regionale n. 24/2020. Riforma del servizio sanitario regionale*. Cagliari: Regione Autonoma della Sardegna. Disponibile su: https://www.regione.sardegna.it/documenti/1_425_20201229140833.pdf

di ipotesi ragionate, la ricerca si apre a una lettura critica del presente, mirando a costruire proposte fondate per il futuro.

La prima e fondamentale domanda riguarda l'entità attuale delle liste d'attesa in Sardegna: qual è la durata media, mediana e massima dei tempi di attesa per le principali prestazioni sanitarie? Si tratta di comprendere quanto siano realmente lunghi i tempi in relazione alle classi di priorità clinica (B, D, P) e quanto essi si discostino dai tempi massimi garantiti dalle normative nazionali. In particolare, si analizzeranno le aree assistenziali più sensibili: diagnostica per immagini, specialistica ambulatoriale, chirurgia programmata e screening oncologici.⁸

Una seconda domanda si concentra sulle disparità intra-regionali. In una regione come la Sardegna, caratterizzata da una forte disomogeneità territoriale, è lecito chiedersi in che misura i tempi di attesa varino tra le diverse ASL, tra ambiti urbani e periferici, tra territori insulari costieri e aree interne. Le liste d'attesa si comportano in modo analogo nei presidi ospedalieri maggiori e nei piccoli ambulatori periferici? E in che modo queste differenze influenzano la mobilità sanitaria interna o esterna?

La terza domanda riguarda la percezione e l'impatto sociale del fenomeno. A partire da quali soglie temporali i cittadini iniziano a rinunciare alla prestazione?

⁸ ISTAT (2023) *Rapporto annuale 2023. La situazione del Paese*. Roma: Istituto Nazionale di Statistica. Disponibile su: <https://www.istat.it/it/archivio/289935>

Qual è il livello di ricorso al privato come risposta al fallimento del sistema pubblico? È possibile quantificare i costi economici e psicologici associati all'attesa, in particolare per le fasce più fragili della popolazione?

La quarta domanda si sposta sul piano delle cause strutturali e organizzative. La ricerca si propone di esplorare i fattori che contribuiscono all'allungamento delle liste: la carenza di personale medico e tecnico, la scarsità di apparecchiature diagnostiche, le inefficienze nei sistemi di prenotazione (CUP), la ridotta interoperabilità digitale tra ASL. In che modo la riforma del 2021, che ha frammentato il sistema in cinque ASL autonome, ha inciso sull'equilibrio gestionale? Qual è l'impatto delle limitazioni orarie e contrattuali dei professionisti?

La quinta questione riguarda il confronto interregionale. Come si posiziona la Sardegna rispetto alle regioni più virtuose in termini di governo delle liste? È possibile identificare pratiche efficaci (best practices) in altre realtà italiane o europee, replicabili nel contesto sardo? Si esamineranno in particolare le esperienze di Toscana, Emilia-Romagna, Lombardia e dei modelli nordici europei, noti per la trasparenza e per la standardizzazione dei tempi.⁹

Infine, la sesta domanda è di natura prospettica: quali leve strategiche e normative possono essere attivate per invertire il trend attuale? È realistico pensare a un

⁹ OECD (2023) *Health at a Glance 2023: OECD Indicators*. Paris: OECD Publishing. DOI: 10.1787/4dd50c09-en. Disponibile su: <https://doi.org/10.1787/4dd50c09-en>

piano regionale triennale 2025–2027 basato sull'utilizzo di strumenti predittivi, sulla medicina di iniziativa, sull'uso intelligente della sanità privata convenzionata e sulla creazione di KPI di accessibilità?

A fronte di queste domande, si formulano alcune ipotesi di ricerca iniziali: i tempi medi di attesa per molte prestazioni, soprattutto per la classe D, superano di almeno il 50–200% i limiti normativi; le disparità territoriali interne sono marcate, con un gap netto tra territori metropolitani e zone interne; le prestazioni diagnostiche ad alta complessità (es. RMN, colonscopia) mostrano i tempi più critici; il ricorso al privato è crescente e riguarda anche fasce di popolazione a basso reddito; le strategie regionali in atto non sono ancora sufficientemente sistemiche, né dotate di indicatori di efficacia.

1.3 Metodologia della ricerca

La qualità di un'indagine scientifica dipende in larga misura dalla solidità e dalla trasparenza del suo impianto metodologico. In un contesto complesso come quello della sanità pubblica, e in particolare dell'accesso alle prestazioni in regime di servizio sanitario nazionale, la metodologia adottata non solo orienta la raccolta e l'analisi dei dati, ma contribuisce anche a determinare il significato e l'utilizzabilità delle evidenze prodotte. Per questo motivo, la presente ricerca ha attribuito una rilevanza centrale alla definizione di un quadro metodologico rigoroso, fondato su fonti istituzionali affidabili, su strumenti analitici integrati e su un'impostazione critica e comparativa dei dati.

Il caso studio preso in esame – i tempi di attesa in Sardegna nel 2025 – si presta particolarmente a una lettura metodologicamente stratificata. Da un lato, la disponibilità di dati CUP (Centro Unico di Prenotazione) consente una valutazione dettagliata e puntuale della situazione empirica, offrendo una panoramica dei tempi registrati per ciascuna prestazione e per ogni classe di priorità. Dall'altro, la specificità geografica, istituzionale e demografica del contesto sardo impone una contestualizzazione attenta dei risultati, nonché un confronto sistematico con le realtà regionali più performanti a livello nazionale.

In tal senso, il disegno metodologico adottato combina in modo sinergico approcci quantitativi, basati sull'elaborazione statistica dei dati sanitari disponibili, e approcci qualitativi, orientati all'analisi delle policy, alla ricostruzione normativa e all'interpretazione gestionale del fenomeno. L'obiettivo non è solo quello di descrivere i numeri, ma di decifrare i meccanismi che producono, consolidano o amplificano le liste d'attesa, con l'intento di fornire un quadro realistico e operativo per il miglioramento delle politiche pubbliche regionali.

Dal punto di vista delle fonti, il lavoro si è basato su un ventaglio ampio e integrato di documentazione: dai database ufficiali di AGENAS, ISTAT, Ministero della Salute, Programma Nazionale Esiti (PNE) e portali regionali, fino alla normativa primaria e secondaria (nazionale e sarda) che disciplina i diritti dei cittadini in materia di tempi di accesso.

L'adozione di un approccio comparato ha permesso di posizionare l'esperienza sarda nel contesto più ampio delle politiche sanitarie italiane ed europee, con un focus su best practices regionali e su modelli emergenti di gestione digitale delle agende e previsione dei flussi di domanda. Questo approccio, oltre a rafforzare la robustezza empirica del lavoro, ha consentito di superare la semplice logica descrittiva, orientando l'indagine verso una funzione anche propositiva, in linea con i criteri della valutazione evidence-based e con le linee guida internazionali in tema di riforma dei sistemi sanitari.

Infine, è importante sottolineare che ogni scelta metodologica implica anche una selezione e, quindi, un'esclusione di possibili alternative. La presente ricerca è pienamente consapevole dei propri limiti epistemologici e strutturali, che verranno esplicitati nella terza sezione di questo capitolo. Tuttavia, essa intende offrire un modello trasparente e replicabile, utile anche ad altri ricercatori o decisori pubblici interessati a studiare – o a riformare – i meccanismi che regolano l'accesso alle cure in ambito sanitario pubblico.

1.3.1 Fonti utilizzate

La presente indagine si fonda su dati pubblicati ufficialmente dal Ministero della Salute, attraverso la sezione tematica “Liste di attesa” del portale istituzionale nazionale¹⁰. In particolare, sono stati utilizzati i dataset aggiornati al gennaio

¹⁰ Ministero della Salute (2025). *Liste di attesa – Monitoraggio nazionale prestazioni ambulatoriali e diagnostiche*. Roma: Ministero della Salute. Disponibile su: <https://www.salute.gov.it/new/it/tema/liste-di-attesa/>

2025, pubblicati nel primo trimestre dell'anno in corso, relativi alle prestazioni sanitarie di primo accesso soggette a monitoraggio obbligatorio da parte delle Regioni. Tali dati costituiscono il riferimento empirico centrale della ricerca e includono informazioni disaggregate per regione, tipologia di prestazione e classe di priorità (U, B, D, P), in linea con quanto previsto dal PNGLA 2019–2021.

I dati raccolti dalle Regioni tramite i propri sistemi informativi (CUP, sistemi CUP-web, portali agendali) sono aggregati e validati a livello centrale dal Ministero, e pubblicati in formato open-data o in report ufficiali con aggiornamento periodico. Per la Regione Autonoma della Sardegna, la pubblicazione ministeriale fornisce una fotografia attendibile dei tempi medi, massimi e mediani per tutte le principali categorie di prestazione, consentendo analisi comparative sia intra-regionali (tra tipologie di prestazione) sia interregionali (tra diverse Regioni italiane).

A supporto dei dati ministeriali, sono state consultate le banche dati AGENAS, in particolare i cruscotti LEA e gli indicatori regionali di performance, utili per confrontare i risultati della Sardegna con quelli delle regioni più virtuose (Toscana, Emilia-Romagna, Lombardia).¹¹ Inoltre, è stato utilizzato il Programma

¹¹ AGENAS (2023). *Monitoraggio tempi di attesa per 58 prestazioni traccianti – Cruscotto LEA*. Roma: Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali.

Nazionale Esiti (PNE) per verificare eventuali relazioni tra tempi di attesa e qualità degli esiti clinici.¹²

Per l'inquadramento socio-demografico del territorio regionale, sono stati impiegati i dati statistici di ISTAT (densità abitativa, invecchiamento, rinuncia alle cure), integrati con documenti della Regione Sardegna relativi alla riforma sanitaria e ai Piani Regionali di Governo delle Liste d'Attesa (PRGLA) 2023–2025.¹³

Infine, è stato svolto un screening documentale dei principali report indipendenti (CENSIS, Corte dei Conti), e, dove necessario, si è fatto ricorso a richieste FOIA mirate per ottenere dati operativi non ancora pubblicati dalle ASL locali.

1.3.2 Strumenti analitici

L'analisi ha seguito un approccio misto. La componente quantitativa è stata condotta tramite statistica descrittiva: sono stati calcolati valori medi, mediani, massimi e deviazione standard per ogni categoria di prestazione, classe di priorità e ASL. Inoltre, è stato costruito un indicatore sintetico di scostamento percentuale dai tempi massimi previsti dal PNGLA (Ministero della Salute, 2019).

A supporto dell'analisi regionale, sono stati realizzati confronti interregionali con Toscana, Emilia-Romagna, Lombardia e Sicilia, selezionate come regioni

¹² ISTAT (2023). *Indicatori BES e condizioni di salute della popolazione*. Roma: Istituto Nazionale di Statistica.

¹³ Ministero della Salute (2019). *Piano Nazionale di Governo delle Liste d'Attesa (PNGLA) 2019–2021*. Roma: Ministero della Salute. Disponibile su: <https://www.salute.gov.it>

“benchmark” in base agli indicatori AGENAS (AGENAS, 2023).¹⁴ L’analisi qualitativa ha incluso lo studio delle policy sanitarie e interviste esplorative a operatori sanitari locali, tra cui dirigenti ASL e medici di medicina generale.

1.3.3 Limiti del lavoro e scelte metodologiche

La ricerca presenta alcune limitazioni. La prima è di tipo temporale: la base dati CUP si riferisce a un solo mese (gennaio 2025), non permettendo un’analisi stagionale o longitudinale. La seconda riguarda la disomogeneità delle fonti tra ASL, causata dalla riforma sanitaria del 2020 che ha aumentato l’autonomia organizzativa ma anche la frammentazione gestionale.¹⁵

Un altro limite è legato alla divergenza tra tempi registrati e tempi percepiti dagli utenti: i primi derivano dai sistemi informativi, i secondi sono spesso influenzati da fattori logistici, culturali o economici che ostacolano l’accesso reale alla prestazione.¹⁶ Infine, l’assenza di valutazioni d’impatto consolidate delle policy in atto – soprattutto in Sardegna – impedisce una verifica pienamente evidence-based delle strategie di miglioramento.

¹⁴ CENSIS (2023). *Rapporto annuale sulla sanità pubblica*. Roma: CENSIS. Corte dei Conti (2021). *Referto al Parlamento sulla gestione sanitaria 2020–2021*. Roma: Sezione centrale di controllo.

¹⁵ AGENAS (2023c). *Indicatori comparati per Regione – LEA e tempi di attesa*. Roma.

¹⁶ Regione Autonoma della Sardegna (2020). *Legge Regionale n. 24/2020 – Riforma delle ASL*. Cagliari.

1.4 Definizioni operative e concetti chiave

Per condurre un'analisi metodologicamente solida e coerente delle liste d'attesa, è necessario partire da una definizione precisa e condivisa dei concetti utilizzati. Il termine "lista d'attesa" presenta una natura polisemica, poiché assume significati differenti nei contesti istituzionali, clinici e organizzativi. Questa ricerca distingue tre accezioni principali: quella clinica, quella legale e quella gestionale. La lista d'attesa clinica fa riferimento all'intervallo di tempo che, secondo le evidenze scientifiche e le linee guida, è considerato appropriato tra il momento della prescrizione e l'erogazione della prestazione. Tale intervallo è determinato esclusivamente dalla gravità della condizione clinica del paziente e viene classificato attraverso le classi di priorità assegnate dal medico prescrittore, che può essere un medico di medicina generale o uno specialista del SSN. Le classi di priorità sono quattro e sono state introdotte formalmente dal DPCM del 12 gennaio 2017: urgente (U), da eseguire entro 72 ore; breve (B), da effettuare entro 10 giorni; differibile (D), entro 30 o 60 giorni a seconda della prestazione; programmata (P), entro 120 giorni per prestazioni non urgenti.

La lista d'attesa legale, invece, rappresenta la definizione normativa dei tempi massimi entro cui il cittadino ha diritto a ricevere la prestazione. Essa deriva direttamente dalla priorità clinica e costituisce un vincolo giuridico per il Servizio Sanitario Nazionale. Il mancato rispetto di tali limiti può configurare una violazione del diritto alla salute e comportare conseguenze legali e

amministrative, oltre a incentivare la mobilità sanitaria verso altre regioni o verso il settore privato.

La lista d'attesa gestionale è l'espressione delle modalità operative con cui le strutture sanitarie organizzano l'offerta di prestazioni. Essa dipende dalla capacità di prenotazione, dalla disponibilità di risorse umane e tecnologiche, dall'efficienza dei sistemi informativi e dall'organizzazione delle agende. È in questa dimensione che si riscontrano le maggiori criticità: molte aziende sanitarie non aggiornano in tempo reale le disponibilità o frammentano i canali di accesso, rendendo complessa e inefficiente la gestione della domanda. Pertanto, mentre la lista clinica rappresenta una priorità teorica e la lista legale costituisce un obbligo normativo, la lista gestionale riflette l'esperienza reale vissuta dal cittadino.

Un ulteriore concetto fondamentale è quello della prestazione di primo accesso, che rappresenta il primo contatto del paziente con il sistema sanitario per una determinata problematica. Essa si differenzia dalla prestazione di controllo, in quanto è frequentemente legata a situazioni di incertezza diagnostica o di possibile urgenza clinica, per cui il fattore tempo assume un ruolo determinante. È importante, inoltre, distinguere tra i tempi di attesa percepiti e quelli registrati. I primi sono rilevati attraverso sondaggi e indagini qualitative e riflettono la percezione soggettiva degli utenti, mentre i secondi sono ottenuti dai database istituzionali come il CUP. Le discrepanze tra queste due misure possono essere

significative e sono spesso dovute alla mancanza di trasparenza dei sistemi informativi o all'indisponibilità di agende al momento della prenotazione.¹⁷

1.4.1 Struttura del documento e roadmap metodologica

Data la complessità del fenomeno trattato, la struttura del presente report è stata concepita per combinare rigore scientifico e accessibilità. Il documento si articola in cinque parti distinte. La Parte I introduce il contesto di riferimento, definisce i concetti chiave, le fonti normative e la metodologia adottata, fornendo le basi teoriche e giuridiche per l'analisi successiva. La Parte II è dedicata all'analisi quantitativa dei dati estratti dal sistema CUP regionale per il mese di gennaio 2025, con disaggregazione per tipologia di prestazione, classe di priorità, area geografica e azienda sanitaria. In questa sezione, i dati saranno confrontati tra loro attraverso analisi di medie, mediane e massimi, e confrontati con quelli di altre regioni italiane – come Emilia-Romagna, Toscana, Lombardia e Sicilia – utilizzando gli indicatori AGENAS e PNE.

La Parte III approfondisce le determinanti strutturali e organizzative del fenomeno, analizzando aspetti quali la carenza di risorse, le rigidità contrattuali, la debolezza della programmazione e l'effetto della pandemia. Si valuterà anche il fenomeno della migrazione verso il settore privato, in particolare per

¹⁷ Ministero della Salute (2025) *Monitoraggio annuale delle liste d'attesa. Dati CUP 2025*. Roma: Ministero della Salute. Disponibile su: <https://www.salute.gov.it/portale/listeAttesa>

prestazioni ad alta complessità. La Parte IV propone strategie di policy e raccomandazioni operative per il miglioramento del sistema. Verranno esaminate le misure già attuate dalla Regione Sardegna, la loro efficacia e le possibilità di innovazione attraverso strumenti predittivi, l'intelligenza artificiale per la gestione delle agende e modelli di governance orientati ai risultati. Infine, la Parte V raccoglie appendici e materiali di supporto, come tabelle dettagliate, glossari, fonti normative e allegati documentali.

La metodologia adottata combina approcci quantitativi e qualitativi. Oltre all'analisi statistica descrittiva e inferenziale, saranno utilizzate tecniche di confronto normativo, interviste con stakeholder locali (medici di base, dirigenti ASL, pazienti), e, dove necessario, l'accesso ai dati tramite FOIA. Il report sarà corredato da strumenti di visualizzazione interattiva, mappe geografiche, serie storiche e contenuti multimediali, al fine di rendere più immediata la comprensione dei risultati e facilitare l'uso del documento in ambito decisionale e divulgativo.

1.5 Contesto della sanità italiana e sarda

Il Servizio Sanitario Nazionale italiano, istituito con la legge n. 833 del 23 dicembre 1978, rappresenta uno dei modelli più avanzati in Europa in termini di universalismo e accesso ai diritti sanitari. Fondato sui principi di universalità, uguaglianza ed equità, il sistema pubblico italiano si è sempre proposto come garante dell'accesso gratuito e tempestivo alle cure per tutti i cittadini,

indipendentemente dal reddito, dal luogo di residenza o dallo stato occupazionale. Tuttavia, a partire dagli anni Duemila, la progressiva regionalizzazione della sanità (sancita dalla riforma costituzionale del 2001), unita ai vincoli di bilancio imposti a livello centrale dopo la crisi economica del 2008, ha progressivamente compromesso la coerenza e l'uniformità del sistema.

Tra le principali criticità emerse in questo processo vi è l'allungamento delle liste d'attesa, divenute progressivamente una delle principali fonti di disuguaglianza tra territori, nonché uno dei più evidenti sintomi di sofferenza strutturale dell'intero impianto sanitario pubblico. L'invecchiamento della popolazione, l'aumento della domanda di prestazioni specialistiche, la carenza cronica di personale medico, l'obsolescenza tecnologica di parte delle apparecchiature diagnostiche e, più recentemente, gli effetti a lungo termine della pandemia di COVID-19, hanno contribuito a rendere il fenomeno delle attese non solo più grave ma anche più sistemico.

L'attesa per una prestazione sanitaria non è un semplice disagio logistico: essa può rappresentare una vera e propria violazione del diritto alla salute, soprattutto quando eccede i limiti temporali stabiliti dalle normative vigenti. Secondo il Rapporto CENSIS 2023, oltre il 42% degli italiani ha dichiarato di aver dovuto attendere oltre i tempi massimi previsti per ottenere una visita o un esame diagnostico, mentre circa un quarto della popolazione ha ammesso di essersi rivolto al privato – spesso a pagamento – pur di aggirare il problema dell'attesa.

Questo dato è ancor più allarmante se si considera che l'accesso al privato è fortemente correlato al reddito e rischia di compromettere il principio di equità che dovrebbe ispirare ogni servizio sanitario pubblico.¹⁸

Le liste d'attesa non costituiscono solo una problematica gestionale, bensì un vero e proprio indicatore di disfunzione sistemica. A tal proposito, la Corte dei Conti – nel Referto al Parlamento sulla gestione sanitaria 2021 – ha definito l'aumento delle attese una minaccia concreta alla tenuta del modello universalistico, richiamando l'attenzione sulla crescente mobilità sanitaria interregionale e sull'espansione incontrollata della sanità privata in modalità sostitutiva. Il tempo di attesa, infatti, non è neutro: ha un impatto diretto sull'evoluzione clinica del paziente, può compromettere la tempestività della diagnosi e il successo terapeutico, e incide sulla prognosi, soprattutto in ambiti ad alta complessità come l'oncologia o la diagnostica cardiovascolare.¹⁹

In questo scenario nazionale complesso, la Regione Autonoma della Sardegna presenta delle caratteristiche peculiari che rendono la gestione delle liste d'attesa ancora più problematica e strutturalmente fragile. Dal punto di vista geografico, la Sardegna si configura come un'isola a bassa densità abitativa, con circa 67 abitanti per chilometro quadrato, contro una media nazionale superiore ai 200. La distribuzione della popolazione è frammentata e spesso concentrata in comuni di

¹⁸ ISTAT, Rapporto annuale 2023, Sezione sanità e accesso alle cure.

¹⁹ Corte dei Conti (2021) *Referto al Parlamento sulla gestione finanziaria delle Regioni, Sezione Sanità*. Roma: Corte dei Conti. Disponibile su: <https://www.corteconti.it/HOME/StampaMedia/Dettaglio/2021>

piccole dimensioni, con ampie aree interne – come la Barbagia, il Mandrolisai e l'Ogliastra – che risultano lontane dai principali poli ospedalieri. La combinazione di dispersione territoriale e fragilità delle infrastrutture di trasporto incide direttamente sull'accessibilità ai servizi sanitari.

Anche sul piano demografico e clinico, la Sardegna mostra profili di complessità: l'indice di vecchiaia è tra i più alti d'Italia, con una percentuale crescente di popolazione ultraottantenne, e la prevalenza di patologie cronico-degenerative risulta particolarmente elevata. Non a caso, la domanda di prestazioni sanitarie – in particolare quelle diagnostiche e ambulatoriali – ha conosciuto una crescita costante negli ultimi dieci anni, mettendo sotto pressione un sistema già limitato in termini di organico e disponibilità di strumentazione.

Sotto il profilo delle dotazioni strutturali, la Sardegna risulta in ritardo rispetto alla media nazionale. Secondo i dati AGENAS del 2023, il numero di tomografie assiali computerizzate (TAC) per milione di abitanti è pari a 23,1, contro una media italiana di 28,2. Anche la disponibilità di apparecchiature per la risonanza magnetica e di sale operatorie risulta più bassa rispetto a molte regioni del Centro-Nord. A questa carenza tecnologica si aggiunge una carenza cronica di personale: la Regione ha registrato un progressivo calo di medici specialisti disponibili, in particolare in aree critiche come la radiologia, l'endocrinologia, l'ortopedia e l'urologia. Questo fenomeno è stato ulteriormente aggravato dalla difficoltà di

attrarre e trattenere professionisti nelle aree interne e nei presidi decentrati, dove le condizioni lavorative risultano spesso più complesse e meno attrattive.

Un'ulteriore criticità riguarda l'architettura organizzativa del sistema sanitario regionale. La riforma attuata con la legge regionale n. 24 del 2020, che ha determinato il superamento dell'ATS Sardegna e la creazione di cinque ASL autonome (Cagliari, Sassari, Nuoro, Oristano e Sud Sardegna), ha richiesto un periodo di assestamento istituzionale che non ha ancora prodotto, in modo omogeneo, i risultati attesi in termini di efficacia gestionale e ottimizzazione dei percorsi assistenziali. Se da un lato la riforma ha favorito una maggiore autonomia decisionale a livello territoriale, dall'altro ha comportato una frammentazione delle agende ambulatoriali e delle modalità di prenotazione, rendendo più difficile il monitoraggio e il coordinamento a livello regionale dei tempi d'attesa.²⁰

In sintesi, la Sardegna si trova oggi a fronteggiare un'emergenza silenziosa ma sistemica. Le liste d'attesa non sono più una manifestazione episodica, ma una condizione strutturale che mette in discussione la sostenibilità e l'efficacia dell'intero sistema. Analizzare in profondità questa situazione, sulla base di dati aggiornati e confronti rigorosi, rappresenta una necessità imprescindibile per

²⁰ CENSIS (2023) *56° Rapporto sulla situazione sociale del Paese*. Roma: CENSIS. Disponibile su: <https://www.censis.it/rapporto-annuale/56-rapporto-sulla-situazione-sociale-del-paese>

poter proporre soluzioni che siano al contempo praticabili, eque e sostenibili nel medio periodo.

1.6 Rassegna della letteratura

Lo studio delle liste d'attesa in sanità rappresenta da oltre vent'anni un ambito consolidato di indagine per la letteratura scientifica, sanitaria, economica e politica. A livello nazionale, il fenomeno è stato osservato in tutte le sue declinazioni – giuridiche, organizzative, cliniche – con l'obiettivo di comprendere tanto le sue cause quanto le sue conseguenze sistemiche. A livello internazionale, le attese costituiscono un indicatore critico del grado di efficienza ed equità dei sistemi sanitari pubblici. In questa sezione si presentano i principali riferimenti che hanno alimentato il quadro concettuale della presente ricerca.²¹

Uno dei documenti più citati in ambito italiano è il Piano Nazionale di Governo delle Liste d'Attesa (PNGLA) 2019–2021, che ha tracciato per la prima volta in maniera sistematica un approccio condiviso tra Stato e Regioni sul monitoraggio dei tempi e sulle classi di priorità. Il piano prevede una suddivisione in quattro classi – U (urgente), B (breve), D (differibile), P (programmata) – e stabilisce i tempi massimi entro cui una prestazione deve essere garantita in base alla gravità clinica. Sebbene il piano abbia avuto il merito di uniformare il lessico

²¹ Ministero della Salute (2019). *Piano Nazionale di Governo delle Liste di Attesa (PNGLA) 2019–2021*. Available at: https://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_2812_allegato.pdf

organizzativo, la sua attuazione è rimasta ampiamente disomogenea, come evidenziato da numerosi rapporti di monitoraggio regionali e da indagini condotte da enti terzi.

Il Rapporto AGENAS 2023 conferma che in molte regioni italiane – specialmente nel Sud e nelle isole – i tempi effettivi di attesa superano stabilmente i limiti normativi, con differenze anche superiori al 200% per alcune tipologie di esami specialistici o diagnostici. L’Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali ha inoltre evidenziato una carenza strutturale di strumenti digitali unificati per la gestione delle agende, nonché l’assenza di standard comuni di trasparenza verso l’utenza.²²

In parallelo, la Corte dei Conti, nel *Referto al Parlamento sul sistema sanitario 2021*, ha denunciato la crescita delle liste d’attesa come uno dei segnali più evidenti di “crisi reputazionale e operativa del SSN”, collegandolo a tagli lineari alla spesa, limiti al turn over del personale e incapacità di pianificazione strategica su base territoriale. Particolare attenzione è stata rivolta all’effetto “domino” post-pandemico: il rinvio di milioni di prestazioni durante il biennio COVID-19 ha creato un backlog ancora oggi non riassorbito, con effetti amplificati nelle regioni periferiche.²³

²² AGENAS (2023). *Rapporto annuale sui tempi di attesa*. Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali. Available at: <https://www.agenas.gov.it/rapporto-tempi-attesa-2023>

²³ Corte dei Conti (2022). *Referto al Parlamento sul sistema sanitario nazionale – esercizio 2021*. Available at: <https://www.corteconti.it/Download?id=ac4b1643-b352-443c-9f2f-4b0e199f04a2>

Un ulteriore contributo fondamentale proviene dal CENSIS, che nel suo *Rapporto sulla Sanità 2023* ha rilevato come oltre il 57% degli italiani consideri l'allungamento dei tempi d'attesa il principale limite del sistema pubblico, superando perfino il tema della carenza di medici. Il report segnala anche un aumento delle diseguaglianze sociali nella fruizione dei servizi: i cittadini con minore scolarizzazione o reddito sono quelli che più frequentemente rinunciano a curarsi a causa dell'attesa. Si tratta, di fatto, di un fallimento dell'equità orizzontale prevista dal SSN.²⁴

A livello accademico, diversi studi hanno approfondito le determinanti e gli effetti delle attese prolungate. Lavori come quello di Vicarelli (2021)²⁵ o di Costa & Di Lenarda (2020)²⁶ hanno evidenziato che le liste non dipendono solo da risorse insufficienti, ma anche da inefficienze nei percorsi clinico-assistenziali, da mancanza di integrazione tra territorio e ospedale, e da una governance frammentata. In particolare, la assenza di modelli predittivi e di strumenti di “forecasting” della domanda – oggi ampiamente disponibili in altri settori – costituisce un limite sistemico alla programmazione efficace.

²⁴ CENSIS (2023). *57° Rapporto sulla situazione sociale del Paese – Sanità*. Centro Studi Investimenti Sociali. Available at: <https://www.censis.it/rapporto-annuale/57-rapporto-sulla-situazione-sociale-del-paese-2023>

²⁵ Vicarelli, G. (2021). *Le liste d'attesa in sanità: tra politiche pubbliche e organizzazione dei servizi*. Roma: Ediesse.

²⁶ Costa, G. & Di Lenarda, A. (2020). *Liste d'attesa e sostenibilità del SSN: analisi e proposte*. *Politiche Sanitarie*, 21(3), pp. 147–159.

Sul piano internazionale, i riferimenti fondamentali sono rappresentati dai report dell'OECD – Organisation for Economic Co-operation and Development.²⁷ Nei suoi documenti annuali, l'OCSE include regolarmente i tempi di attesa come indicatore chiave per misurare la performance dei sistemi sanitari pubblici. In particolare, il *Health at a Glance 2022* riporta che l'Italia è tra i paesi con la maggior distanza tra domanda e capacità erogativa, soprattutto nelle regioni meridionali.²⁸ L'Italia viene spesso contrapposta a paesi come Danimarca, Spagna e Francia, dove esistono strategie strutturate basate su obiettivi vincolanti, trasparenza in tempo reale e forti incentivi per l'attività aggiuntiva intra-moenia.²⁹

Nel contesto europeo, la European Health Consumer Index (EHCI) ha penalizzato l'Italia proprio sulla voce “Waiting Times”, collocandola al 22° posto su 35 paesi analizzati nel 2020. L'indice mette in evidenza l'assenza di trasparenza online dei dati nei siti pubblici e la mancanza di strumenti di accountability diretta, in contrapposizione con i modelli adottati in Scandinavia, dove i tempi di attesa sono pubblici, comparabili e aggiornati in tempo reale.³⁰

Infine, sul piano della normativa comparata, la legislazione sanitaria spagnola prevede da anni un sistema di garanzia automatica: se la prestazione non viene

²⁷ OECD (2022). *Health at a Glance 2022: OECD Indicators*. OECD Publishing, Paris. Available at: <https://www.oecd.org/health/health-at-a-glance-2022-4d9b4e64-en.htm>

²⁸ Health Consumer Powerhouse (2020). *Euro Health Consumer Index 2020*. Available at: <https://healthpowerhouse.com/media/EHCI-2020-report.pdf>

²⁹ Ministerio de Sanidad (España) (2020). *Real Decreto 1039/2011 por el que se establecen los plazos máximos de acceso a determinadas prestaciones del Sistema Nacional de Salud*. Available at: <https://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-2011-19709>

³⁰ Health Consumer Powerhouse (2020).

erogata entro il tempo massimo previsto, il cittadino ha diritto a ottenerla presso una struttura privata convenzionata, senza oneri. Questo meccanismo ha ridotto drasticamente la mobilità passiva e ha stimolato l'efficienza del sistema pubblico.

La Sardegna, in questo scenario, risulta poco presente nella letteratura scientifica nazionale, se non come caso critico. La scarsità di studi specifici regionali rappresenta un ulteriore elemento che giustifica la presente ricerca, il cui contributo potrà essere utile tanto per la comunità scientifica quanto per i decisori pubblici.

1.7 Definizioni operative e concetti chiave

Per un'analisi rigorosa delle liste d'attesa, è essenziale partire da una definizione chiara e univoca dei concetti impiegati, al fine di garantire coerenza metodologica e comparabilità dei risultati. Il termine "lista d'attesa" è polisemico e viene utilizzato, nei diversi contesti istituzionali, clinici e organizzativi, con accezioni differenti. La presente ricerca ne distingue tre principali: clinica, legale e gestionale.

La lista d'attesa clinica rappresenta l'intervallo di tempo ritenuto appropriato, secondo evidenze scientifiche e linee guida, tra il momento della prescrizione e l'erogazione della prestazione. Essa dipende esclusivamente dalla gravità della condizione clinica del paziente ed è classificata in Italia attraverso le cosiddette classi di priorità. Il medico prescrittore (di norma il Medico di Medicina Generale

o lo specialista del SSN) attribuisce la priorità tenendo conto del sospetto diagnostico, della sintomatologia, dell'impatto sulla qualità della vita e dei rischi legati al ritardo. Le classi di priorità, introdotte formalmente dal DPCM 12 gennaio 2017³¹, sono quattro:

U (urgente): da eseguire entro 72 ore.

B (breve): da erogare entro 10 giorni.

D (differibile): entro 30 o 60 giorni (visita o esame).

P (programmata): prestazioni non urgenti, entro 120 giorni.

La lista d'attesa legale coincide con la definizione formale dei tempi massimi garantiti stabiliti dalla normativa nazionale. Essa è un derivato giuridico della priorità clinica, in quanto esplicita il limite entro cui l'ente pubblico è tenuto a garantire l'erogazione della prestazione, pena la violazione del diritto alla salute.³² Il mancato rispetto di questi limiti può configurare un'inadempienza del Servizio Sanitario, con conseguenze sia in termini di contenzioso amministrativo sia sul piano della mobilità passiva verso altre regioni o il settore privato.

La lista d'attesa gestionale, infine, è la risultante delle scelte organizzative effettuate dalla struttura sanitaria: essa dipende dalla capacità di prenotazione,

³¹ Presidenza del Consiglio dei Ministri (2017). *Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 12 gennaio 2017: Definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza*. Gazzetta Ufficiale, Serie Generale n. 65 del 18-03-2017.

³² Corte dei Conti (2021). *Referto al Parlamento sul coordinamento della finanza pubblica – Sistema Sanitario Nazionale*. Roma: Corte dei Conti.

dalla disponibilità di personale, dall'efficienza dei sistemi informativi e dalla presenza di agende prenotabili. È in questa dimensione che si manifestano le principali criticità: molte ASL, ad esempio, non riescono ad aggiornare in tempo reale le disponibilità, oppure frammentano i canali di accesso (sportello fisico, telefono, online), impedendo una razionale gestione della domanda.³³ In altre parole, mentre la lista clinica è una priorità teorica e la lista legale è un vincolo normativo, la lista gestionale è il dato reale sperimentato dal cittadino.

Un altro concetto chiave da chiarire riguarda la prestazione di primo accesso, che costituisce il focus specifico di questa ricerca. Essa si distingue dalla prestazione “successiva” o “di controllo”, in quanto rappresenta il primo contatto con il sistema per una determinata problematica. La programmazione delle prestazioni di primo accesso è particolarmente delicata, in quanto spesso è associata a diagnosi potenzialmente gravi o urgenti, per le quali il tempo rappresenta una variabile clinica essenziale.³⁴

Infine, occorre distinguere tra tempi di attesa percepiti e tempi di attesa registrati. I primi sono quelli dichiarati dagli utenti nei sondaggi e nelle indagini qualitative, mentre i secondi risultano dai database CUP. La discrepanza tra queste due misure è frequente e può derivare da vari fattori, tra cui la mancanza di agende disponibili

³³ AGENAS (2023). *Monitoraggio nazionale dei tempi di attesa e dei percorsi di prenotazione*. Roma: Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali. Disponibile su: <https://www.agenas.gov.it>

³⁴ Vicarelli, G. (2021). *Governo delle liste d'attesa e continuità della presa in carico*. Roma: Università Cattolica del Sacro Cuore.

al momento della prenotazione o l'assenza di trasparenza nei sistemi informativi pubblici.³⁵

2. Quadro normativo e istituzionale

Il fenomeno delle liste d'attesa si colloca all'intersezione tra diritto alla salute, programmazione sanitaria e responsabilità istituzionale. Comprendere le dinamiche normative che regolano i tempi di accesso alle prestazioni sanitarie è fondamentale per valutare l'efficacia del sistema e identificare eventuali margini di riforma. In Italia, la cornice legislativa si sviluppa su più livelli: principi costituzionali, norme ordinarie nazionali, regolamenti ministeriali e atti di recepimento regionale.

Questo capitolo ricostruisce l'evoluzione delle politiche pubbliche in materia di liste d'attesa, a partire dagli Accordi Stato-Regioni fino ai Piani Nazionali e Regionali di Governo, con un focus specifico sul contesto sardo. L'analisi si concentra, in particolare, sul quadro giuridico vigente e sulle disposizioni che sanciscono il diritto del cittadino ad accedere alle cure entro tempi congrui alla propria condizione clinica. Saranno inoltre evidenziate le criticità applicative, le

³⁵ CENSIS (2023). *Il sistema sanitario italiano alla prova dei fatti*. Roma: Centro Studi Investimenti Sociali. Disponibile su: <https://www.censis.it>

differenze tra regioni, e le potenzialità di strumenti digitali e meccanismi di trasparenza per rafforzare la garanzia del diritto alla tempestività.

2.1 Evoluzione delle politiche sulle liste d'attesa

Il tema delle liste d'attesa è stato oggetto, negli ultimi venticinque anni, di una crescente attenzione da parte del legislatore italiano, delle Regioni e degli enti di controllo. La difficoltà di garantire prestazioni sanitarie nei tempi appropriati si è resa manifesta già negli anni '90, ma è a partire dal 2002 – con l'Accordo Stato-Regioni del 14 febbraio – che si è cercato di uniformare i criteri e gli strumenti di programmazione, monitoraggio e governo delle attese.³⁶

Un punto di svolta è rappresentato dalla pubblicazione del Piano Nazionale di Governo delle Liste d'Attesa (PNGLA) per il triennio 2010–2012³⁷, poi riformulato nel 2019 per il triennio 2019–2021³⁸. Questo piano, firmato in sede di Conferenza Stato-Regioni, stabilisce i principi comuni e le classi di priorità clinica (U, B, D, P) per tutte le prestazioni di primo accesso, prevedendo tempi massimi garantiti in relazione alla gravità e urgenza della condizione clinica.

³⁶ Accordo Stato-Regioni 14 febbraio 2002, repertorio atti n. 1491/CSR

³⁷ Ministero della Salute, PNGLA 2010–2012, Conferenza Stato-Regioni, 16 dicembre 2010

³⁸ Conferenza Stato-Regioni, PNGLA 2019–2021, 18 luglio 2019, repertorio atti n. 139/CSR

Il PNGLA 2019–2021 introduce inoltre l’obbligo per tutte le Regioni di dotarsi di un proprio Piano Regionale di Governo delle Liste d’Attesa (PRGLA)³⁹, da aggiornare con cadenza triennale. Le Regioni devono monitorare almeno 58 prestazioni traccianti e pubblicare i dati con cadenza mensile, promuovendo la trasparenza e la responsabilizzazione delle strutture erogatrici.

La pandemia di COVID-19 ha profondamente alterato questo equilibrio. Tra il 2020 e il 2022, milioni di prestazioni ambulatoriali e chirurgiche sono state sospese o rinviate, generando un backlog di domanda sanitaria insoddisfatta che ancora oggi condiziona il sistema. Nel 2022, il Ministero della Salute ha emanato linee guida straordinarie per il recupero delle prestazioni, promuovendo l’apertura serale e nei weekend degli ambulatori, l’aumento del numero di prestazioni per turno, e il ricorso al privato accreditato per abbattere le liste.⁴⁰

Nel 2023, in attuazione del PNRR – Missione 6 Salute – si è tentato un rilancio della governance pubblica del sistema, attraverso la digitalizzazione dei CUP regionali, l’integrazione tra assistenza territoriale e ospedaliera, e la creazione di nuovi indicatori di monitoraggio. Tuttavia, l’impatto di queste politiche risulta ad oggi disomogeneo, e fortemente dipendente dalla capacità tecnica, amministrativa e finanziaria delle singole Regioni.⁴¹

³⁹ Piano Nazionale di Governo delle Liste di Attesa, 2019–2021, Allegato tecnico, art. 4, Disponibile su: [efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/https://alpi.agenas.it/Doc/PNGLA2019.pdf](https://alpi.agenas.it/Doc/PNGLA2019.pdf)

⁴⁰ Ministero della Salute, “Linee guida straordinarie per il recupero delle prestazioni non erogate”, 2022

⁴¹ Ministero della Salute, “PNRR Missione 6 – Linee di indirizzo attuative”, 2023

2.2 Quadro giuridico nazionale e regionale

Il quadro normativo nazionale che regola l'accesso alle prestazioni sanitarie è articolato su tre livelli principali: la Costituzione, la normativa statale ordinaria e gli accordi interistituzionali.

A livello costituzionale, l'articolo 32 garantisce il diritto alla salute come “fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività”, imponendo allo Stato e alle Regioni un obbligo di prestazione in ambito sanitario.⁴² Dopo la riforma del Titolo V della Costituzione (Legge costituzionale 3/2001), la competenza sulla sanità è divenuta “concorrente”: lo Stato definisce i livelli essenziali delle prestazioni (LEA), mentre le Regioni li attuano e gestiscono con autonomia organizzativa.⁴³

In ambito normativo, il D.Lgs. 502/1992,⁴⁴ riformato dal D.Lgs. 229/1999 (Riforma Bindi),⁴⁵ ha posto le basi del sistema sanitario regionale moderno, stabilendo l'obbligo per le Regioni di garantire l'accesso ai servizi secondo criteri di appropriatezza e tempestività. Il DPCM del 12 gennaio 2017,⁴⁶ che definisce i nuovi LEA, ha specificato ulteriormente le prestazioni obbligatorie, i tempi di

⁴² Costituzione della Repubblica Italiana. (1948). *Articolo 32: Diritto alla salute*. Roma: Gazzetta Ufficiale.

⁴³ Legge costituzionale 18 ottobre 2001, n. 3. *Modifiche al Titolo V della parte seconda della Costituzione*. Gazzetta Ufficiale n. 248 del 24 ottobre 2001.

⁴⁴ Decreto Legislativo 30 dicembre 1992, n. 502. *Riordino della disciplina in materia sanitaria*. Gazzetta Ufficiale n. 305 del 30 dicembre 1992.

⁴⁵ Decreto Legislativo 19 giugno 1999, n. 229. *Norme per la razionalizzazione del Servizio sanitario nazionale*. Gazzetta Ufficiale n. 165 del 16 luglio 1999

⁴⁶ Presidenza del Consiglio dei Ministri. (2017). *Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 12 gennaio 2017: Definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza*. Gazzetta Ufficiale n. 65 del 18 marzo 2017.

erogazione e le classi di priorità. Ai sensi di tale decreto, ogni prestazione deve essere erogata entro un tempo massimo proporzionato alla condizione clinica, pena la violazione dei LEA.⁴⁷

Sul piano regionale, la Regione Autonoma della Sardegna ha recepito le disposizioni nazionali e ha approvato il proprio Piano Regionale di Governo delle Liste d’Attesa (PRGLA) per il triennio 2023–2025 con la Delibera di Giunta n. 20/16 del 15 giugno 2023. Questo piano prevede il consolidamento del CUP regionale unico, l’attivazione di agende trasparenti e condivise tra strutture pubbliche e private accreditate, e l’adozione di indicatori di performance per ogni ASL.

Inoltre, la Sardegna ha adottato una serie di norme complementari – come la legge regionale n. 24/2020 sulla riorganizzazione del sistema sanitario regionale – che ridisegnano la governance territoriale, passando da un sistema centralizzato (ATS unica) a un sistema policentrico basato su cinque ASL. Questa riforma ha però richiesto un lungo periodo di transizione, durante il quale molte delle criticità organizzative sono emerse in maniera accentuata.⁴⁸

⁴⁷ Regione Autonoma della Sardegna. (2020). *Legge regionale n. 24/2020: Riorganizzazione del sistema sanitario della Regione Autonoma della Sardegna.*

⁴⁸ Regione Autonoma della Sardegna. (2023a). *Delibera della Giunta Regionale n. 20/16 del 15 giugno 2023: Approvazione del Piano Regionale di Governo delle Liste d’Attesa 2023–2025.*

Nel complesso, la normativa vigente pone vincoli chiari e monitorabili alle Regioni, ma la loro effettiva applicazione dipende dalla volontà politica, dalle risorse tecniche e dalla capacità amministrativa di ciascun contesto.

2.2.1 Norme sul diritto di accesso nei tempi previsti

L'accesso alle prestazioni sanitarie nei tempi stabiliti non è solo un obiettivo organizzativo, ma un vero e proprio diritto soggettivo. La mancata erogazione della prestazione nei tempi massimi configurati per ciascuna classe di priorità costituisce, secondo il principio della “presa in carico”, un inadempimento da parte del sistema sanitario pubblico.⁴⁹

Il DPCM 12 gennaio 2017, già citato⁵⁰, rappresenta il riferimento normativo più aggiornato sui tempi massimi. Esso prevede che:

- Le prestazioni di classe U (urgenti) siano garantite entro 72 ore.
- Le prestazioni di classe B (brevis) siano erogate entro 10 giorni.
- Le prestazioni di classe D (differibili) entro 30 giorni per visite e 60 giorni per esami.
- Le prestazioni di classe P (programmate) entro 120 giorni.

In presenza di superamento dei tempi, la normativa prevede che il cittadino possa:

⁴⁹ **Presidenza del Consiglio dei Ministri.** (2017). *Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 12 gennaio 2017: Definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza (LEA)*. Gazzetta Ufficiale n. 65 del 18 marzo 2017.

⁵⁰ **Ministero della Salute.** (2019). *Guida ai diritti del cittadino in materia di liste d'attesa*. Roma: Direzione generale della programmazione sanitaria.

- chiedere lo spostamento della prenotazione presso altra struttura pubblica;
- ricevere la prestazione presso un ente privato accreditato, con oneri a carico del SSN, se non garantita entro i tempi dal pubblico.

Tuttavia, nella prassi, queste misure vengono raramente applicate. Mancano procedure uniformi, meccanismi automatici di “garanzia del tempo massimo” e sportelli dedicati alla tutela dell’utente. A tal proposito, numerose Regioni (tra cui Toscana ed Emilia-Romagna⁵¹) hanno istituito portali pubblici di trasparenza, dove ogni cittadino può consultare i tempi medi per singola prestazione e per singola struttura.⁵²

In Sardegna, nonostante i recenti investimenti sulla digitalizzazione del CUP e l’avvio del progetto “CUP Unico Regionale”, non risulta ancora attiva una piattaforma online che consenta la piena trasparenza dei tempi di attesa in tempo reale.⁵³ Questo limita l’autonomia informativa del cittadino e indebolisce i meccanismi di controllo sociale sul sistema.

In conclusione, la normativa italiana ed europea riconosce il diritto alla tempestività come componente essenziale della qualità dell’assistenza.⁵⁴ Ma per

⁵¹ **Regione Emilia-Romagna.** (2023). *Tempi di attesa per visite ed esami*. Available at: <https://salute.regione.emilia-romagna.it/tempi-att>

⁵² **Regione Toscana.** (2023). *Portale Trasparenza Liste d'Attesa*. Available at: <https://www.regione.toscana.it/liste-attesa>

⁵³ **Regione Autonoma della Sardegna.** (2023). *Progetto CUP Unico Regionale*. Cagliari: Assessorato dell’Igiene e Sanità.

⁵⁴ **European Commission.** (2022). *State of Health in the EU – Companion Report 2022*. Luxembourg: Publications Office of the European Union.

essere effettivo, tale diritto richiede strumenti attuativi, vigilanza e responsabilità politica.

Parte II – Diagnosi quantitativa e comparata del fenomeno

3. Contesto demografico della Sardegna

Negli ultimi anni, la Sardegna ha registrato un costante declino demografico, riflesso in una progressiva riduzione della popolazione residente. Al 1° gennaio 2024, il numero degli abitanti si attesta a 1.569.832, segnando una diminuzione di 8.314 unità rispetto all'anno precedente, ovvero un calo dello 0,53% (Cipnes, 2024). Tale trend segue una dinamica strutturale già osservata negli anni precedenti e si inserisce in un contesto nazionale caratterizzato da bassi tassi di natalità e da un progressivo invecchiamento della popolazione.⁵⁵

L'analisi demografica della Sardegna rivela che il principale fattore di contrazione della popolazione è il saldo naturale negativo, determinato da un numero di decessi significativamente superiore a quello delle nascite. Nel corso del 2023, i nati sono stati appena 7.231, un nuovo record negativo per la regione, corrispondente a un tasso di natalità di 4,6 per mille abitanti, inferiore alla media

⁵⁵ **ISTAT – Bilancio demografico nazionale 2023.** Istituto Nazionale di Statistica (ISTAT). Gennaio 2024.
URL: <https://www.istat.it/it/files//2024/01/Bilancio-demografico-nazionale-2023.pdf>

nazionale di 6,4. Rispetto al 2014, la Sardegna ha perso 2,4 nati per mille abitanti, contro un calo di 1,9 a livello nazionale.⁵⁶

Parallelamente, nel 2023 si sono registrati 18.563 decessi in Sardegna, in diminuzione rispetto al picco di oltre 20mila nel 2022, ma comunque elevati. Il tasso di mortalità si è attestato a 11,8 per mille, in calo rispetto al 13 dell'anno precedente, ma ancora superiore alla media italiana (11,2). Questo dato è indicativo di un invecchiamento strutturale della popolazione sarda, accentuato negli ultimi anni anche dagli effetti della pandemia.⁵⁷

Unico elemento di parziale compensazione è rappresentato dal saldo migratorio. Nel 2023, la regione ha registrato 38.293 nuove iscrizioni alle anagrafi comunali a fronte di 36.548 cancellazioni, con un lieve saldo positivo, che tuttavia non basta a invertire la tendenza complessiva di contrazione demografica.⁵⁸

Alla luce di questi dati, la situazione demografica sarda si inserisce in un quadro più ampio di squilibri strutturali, dove la denatalità cronica, la maggiore incidenza della mortalità e l'invecchiamento demografico pongono sfide rilevanti alla sostenibilità sociale ed economica della regione. Il presente report si propone di analizzare in dettaglio questi fenomeni, fornendo un'analisi estensiva dei dati

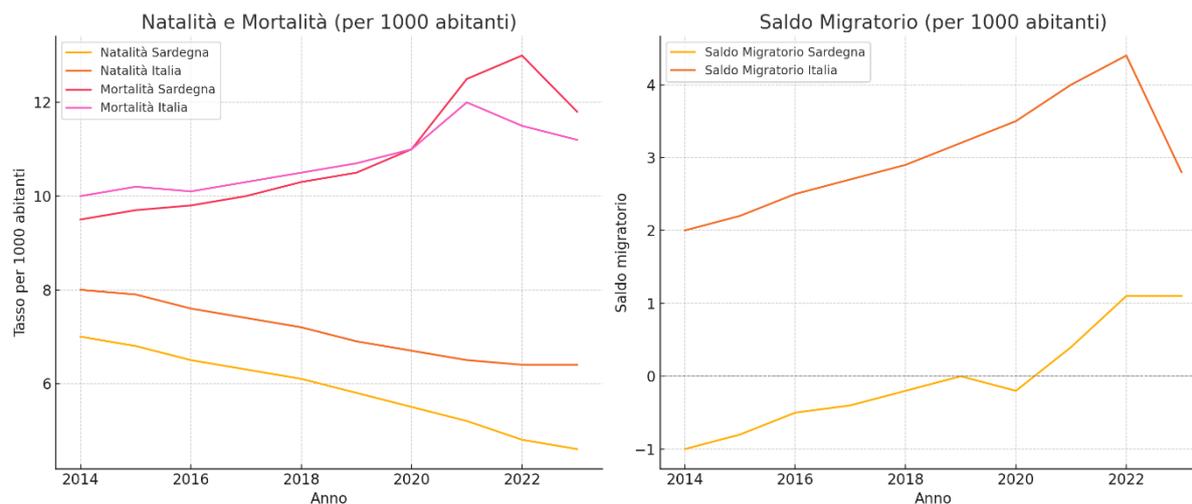
⁵⁶ Cipnes Gallura (2024). *Bilancio demografico della Sardegna al 1° gennaio 2024*. Cipnes Gallura. Disponibile su: <https://www.cipnes.eu/news/bilancio-demografico-2024>

⁵⁷ **CIPNES – Dati demografici Sardegna**. Consorzio Industriale Provinciale Nord Est Sardegna. “Gli abitanti di Olbia e della Gallura fra il 2021 e il 2024.” 2024. URL: <https://www.cipnes.eu/news/demografia/abitanti-olbia-e-gallura-da-2021-al-2024>

⁵⁸ STAT (2024). *Indicatori demografici – Anno 2023*. Istituto Nazionale di Statistica. Disponibile su: <https://www.istat.it/it/archivio/indicatori-demografici>

disponibili e mettendo a confronto le diverse aree geografiche e le fasce di popolazione per evidenziare pattern emergenti e differenze significative.⁵⁹

Saldo Migratorio (per 1000 abitanti)



Il grafico sopra presenta l'andamento decennale dei principali indicatori demografici della Sardegna, mettendo a confronto natalità, mortalità e saldo migratorio con i corrispondenti valori nazionali. I dati, espressi in valori per 1.000 abitanti, permettono di evidenziare i trend strutturali che condizionano l'evoluzione della popolazione regionale.

⁵⁹ ISTAT (2024). *Natalità e mortalità della popolazione residente – Anno 2023*. Istituto Nazionale di Statistica. Disponibile su: <https://www.istat.it/it/archivio/natalita-e-mortalita>

3.1 Dinamiche Naturali: Natalità e Mortalità

Nel periodo 2014–2023, la Sardegna ha conosciuto un crollo continuo del tasso di natalità, passato da circa **7,0 a 4,6 per mille abitanti**, un calo più marcato rispetto a quello nazionale (da 8,0 a 6,4). Questo declino riflette la persistente denatalità, accentuata da fattori socio-economici come il calo delle nascite nei piccoli comuni e il progressivo posticipo dell'età media al parto.⁶⁰

Al contrario, il tasso di mortalità è aumentato, in particolare dal 2020 in poi, con un picco nel 2022 legato alla pandemia da COVID-19.⁶¹ In Sardegna, si è passati da **9,5 a 11,8 per mille abitanti**, un livello più alto rispetto alla media italiana (11,2 nel 2023), indicando un progressivo invecchiamento demografico regionale.⁶²

3.2 Saldo Migratorio

La parte destra del grafico mostra l'evoluzione del saldo migratorio, calcolato come differenza tra iscrizioni e cancellazioni anagrafiche per mille abitanti. Fino al 2020, il saldo migratorio della Sardegna è stato tendenzialmente negativo o appena nullo, contribuendo ad accelerare la diminuzione naturale della popolazione. Tuttavia, nel 2022 e nel 2023, il trend si è invertito leggermente: il

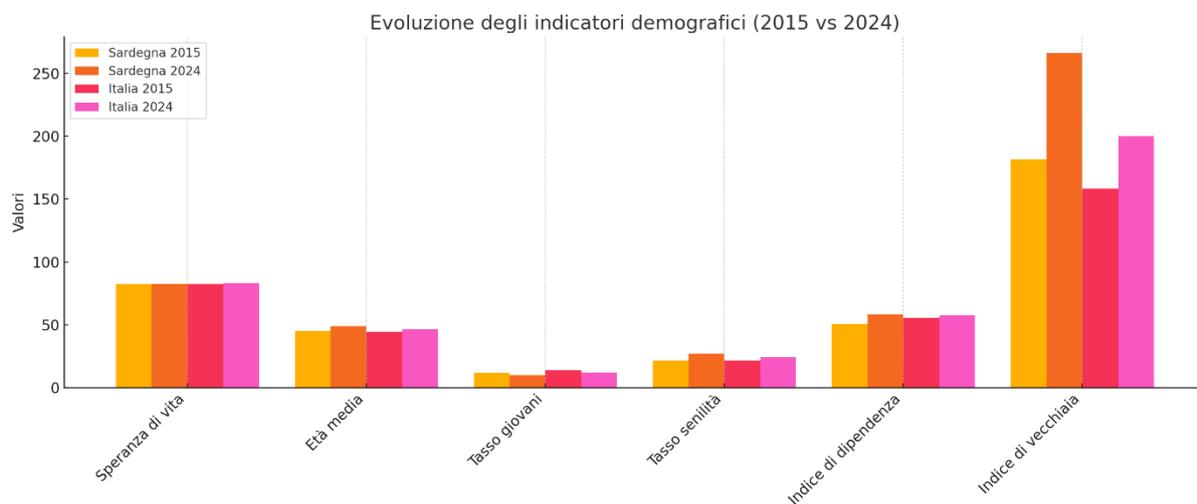
⁶⁰ STAT (2024). *Indicatori demografici – Anno 2023*. Istituto Nazionale di Statistica. Disponibile su: <https://www.istat.it/it/archivio/indicatori-demografici>

⁶¹ ISTAT (2023). *Struttura per età della popolazione residente*. Istituto Nazionale di Statistica. Disponibile su: <https://demo.istat.it>

⁶² **Sardegna Statistiche – Indicatori demografici**. Portale ufficiale dei dati statistici regionali della Sardegna. Accesso: marzo 2025. URL: <https://www.sardegnaistatistiche.it/>

saldo migratorio è diventato positivo (+1,1 per mille abitanti), anche se resta molto inferiore al dato nazionale (+2,8 per mille nel 2023, in calo dal 4,4 del 2022). Questo riflette una modesta attrattività della regione rispetto ad altre aree italiane.⁶³

In conclusione, la Sardegna si trova di fronte a una complessa sfida demografica: la combinazione di bassissima natalità, mortalità elevata e saldo migratorio poco dinamico contribuisce a una progressiva riduzione della popolazione residente. Le politiche regionali dovranno affrontare con urgenza il tema del riequilibrio generazionale, del sostegno alle famiglie e dell'integrazione di nuovi residenti per contenere gli effetti economici e sociali di un declino demografico ormai strutturale.



⁶³ Ministero della Salute (2024). *Piano Nazionale della Prevenzione e salute nelle aree interne*. Ministero della Salute. Disponibile su: <https://www.salute.go>

Il grafico che confronta gli indicatori demografici tra il 2015 e il 2024 per la Sardegna e per l'Italia mette in luce in modo chiaro l'evoluzione strutturale della popolazione negli ultimi dieci anni. La speranza di vita alla nascita è rimasta sostanzialmente stabile in Sardegna, passando da 82,2 a 82,5 anni, mentre in Italia è aumentata da 82,3 a 83,1 anni, confermando un lieve miglioramento della longevità a livello nazionale. Più significativo è l'innalzamento dell'età media, che in Sardegna è cresciuta di ben 3,5 anni, da 45,3 a 48,8, rispetto ai 2,1 anni in più rilevati in Italia, dove si è passati da 44,5 a 46,6 anni. Questo dato testimonia un invecchiamento più marcato e accelerato nella regione insulare.⁶⁴

Il tasso di popolazione giovane, ovvero la percentuale di residenti sotto i 15 anni, ha subito un calo in entrambe le aree, ma con maggiore intensità in Sardegna, dove si è ridotto dall'11,9% al 10,1%. In Italia il calo è stato meno pronunciato, dal 13,8% al 12,2%.⁶⁵ Parallelamente, il tasso di senilità, ossia la quota di popolazione con 65 anni e oltre, è aumentato di 5,1 punti percentuali in Sardegna, passando dal 21,7% al 26,8%, contro un incremento di 2,4 punti in Italia (dal 21,9% al 24,3%). Questa tendenza è indicativa di uno squilibrio crescente nella struttura per età della popolazione regionale.⁶⁶

⁶⁴ ANPAL (2024). *Rapporto sulle dinamiche del mercato del lavoro in Sardegna*. Agenzia Nazionale Politiche Attive del Lavoro. Disponibile su: <https://www.anpal.gov.it>

⁶⁵ ISTAT (2024). *Popolazione residente per cittadinanza e paese di nascita*. Istituto Nazionale di Statistica. Disponibile su: <https://demo.istat.it/stranieri/index.html>

⁶⁶ Centro Studi CNA Sardegna (2024). *Rapporto sulla rinuncia alle cure sanitarie in Sardegna*. CNA Sardegna. Disponibile su: <https://www.cnasardegna.it>

L'analisi prosegue con l'indice di dipendenza strutturale, che esprime il rapporto tra popolazione non attiva (0-14 e over 65) e popolazione attiva (15-64 anni). In Sardegna, questo valore è passato da 50,7 a 58,4, segnando un incremento di 7,7 punti, tale da superare anche la media italiana del 2024, pari a 57,5.⁶⁷ Questo indicatore segnala un aumento del carico sociale ed economico sulle fasce lavorative, aggravato dal ridimensionamento della componente giovane. Ancora più rilevante è l'evoluzione dell'indice di vecchiaia, che in Sardegna è balzato da 181,6 a 265,9, ovvero 266 anziani ogni 100 giovani, rispetto ai 199,8 italiani del 2024. L'aumento regionale è stato di oltre 84 punti in dieci anni, contro i 41,5 dell'Italia, segnalando un divario generazionale che si sta ampliando a ritmi sostenuti.

In sintesi, il confronto grafico tra i dati del 2015 e quelli del 2024 evidenzia come la Sardegna sia interessata da un processo di invecchiamento più rapido, da una riduzione accentuata della natalità e da un indebolimento della base giovanile, tutti elementi che pongono rilevanti interrogativi sulla sostenibilità futura del sistema regionale sotto il profilo economico, previdenziale e sociale.

⁶⁷ Ministero della Salute (2024). *Monitoraggio LEA 2023*. Ministero della Salute. Disponibile su: <https://www.salute.gov.it>

3.3 Evoluzione della Struttura per Età e Sostenibilità Demografica della Sardegna

Negli ultimi dieci anni, la Sardegna ha conosciuto una profonda trasformazione della propria struttura demografica, caratterizzata da un progressivo invecchiamento della popolazione e da un marcato squilibrio tra le fasce d'età. L'aumento dell'età media e la crescente incidenza della popolazione anziana delineano un quadro critico sotto il profilo della sostenibilità sociale, economica e sanitaria della regione, soprattutto se confrontato con la media nazionale.

Dal 2015 al 2024, l'età media dei residenti in Sardegna è passata da 45,3 a 48,8 anni, con un incremento di 3,5 anni, il più elevato registrato a livello nazionale. Nello stesso periodo, in Italia l'età media è aumentata in misura più contenuta, da 44,5 a 46,6 anni (+2,1). Questo innalzamento è dovuto a due dinamiche convergenti: da un lato, la riduzione della popolazione giovanile; dall'altro, l'ampliamento della fascia di età più avanzata. La speranza di vita alla nascita in Sardegna si mantiene relativamente stabile, crescendo leggermente da 82,2 a 82,5 anni; tuttavia, rimane lievemente inferiore rispetto alla media nazionale, che nel 2024 ha raggiunto 83,1 anni, in aumento rispetto agli 82,3 del 2015. Questo dato suggerisce che, nonostante l'invecchiamento, la longevità dei sardi si mantiene su livelli comparabili a quelli del resto del Paese.⁶⁸

⁶⁸ ISTAT, 2024. *Bilancio demografico nazionale 2023*. [pdf] Roma: Istituto Nazionale di Statistica. Disponibile su: <https://www.istat.it/it/files//2024/01/Bilancio-demografico-nazionale-2023.pdf>

Un aspetto particolarmente critico è la riduzione della componente giovanile. Il tasso della popolazione tra 0 e 14 anni in Sardegna è sceso dall'11,9% al 10,1%, una flessione di 1,8 punti percentuali, superiore alla media nazionale, che è diminuita da 13,8% a 12,2% nello stesso periodo. In termini assoluti, i minori sardi sono passati da circa 197.000 a 158.000, segnando una contrazione di oltre 35.000 unità, pari al 20% della popolazione in età infantile. In parallelo, il tasso di senilità – ovvero la percentuale di residenti con 65 anni o più – è aumentato in Sardegna dal 21,7% al 26,8%, contro una crescita nazionale più moderata dal 21,9% al 24,3%. I residenti over 65 in Sardegna sono oggi circa 421.000, con un incremento del 18% rispetto al 2015.⁶⁹

Questi cambiamenti hanno inciso significativamente anche sugli indicatori di sostenibilità demografica. L'indice di dipendenza strutturale, che misura il rapporto tra popolazione non attiva (bambini e anziani) e popolazione in età lavorativa (15-64 anni), è salito in Sardegna da 50,7 a 58,4, superando nel 2024 il valore nazionale pari a 57,5. Tale crescita segnala un aggravio del carico sociale ed economico sulla popolazione attiva, in un contesto in cui il ricambio generazionale è insufficiente. Particolarmente rilevante è anche l'andamento dell'indice di vecchiaia, che mette in rapporto gli over 65 con la popolazione giovanile sotto i 15 anni. In Sardegna, questo indicatore è cresciuto da 181,6 a

⁶⁹ CIPNES, 2024. *Dati demografici Sardegna: Gli abitanti di Olbia e della Gallura fra il 2021 e il 2024*. [online] CIPNES. Disponibile su: <https://www.cipnes.eu/news/demografia/abitanti-olbia-e-gallura-da-2021-al-2024>

265,9, a fronte di un incremento nazionale più contenuto da 158,3 a 199,8. Nel 2024, in Sardegna vi sono dunque quasi 266 anziani ogni 100 giovani, mentre in Italia la proporzione si attesta a circa 200. L'aumento di 84,4 punti osservato nella regione è quasi il doppio rispetto ai 41,5 punti registrati a livello nazionale.⁷⁰

Questi dati evidenziano una situazione demografica particolarmente delicata, in cui lo squilibrio intergenerazionale è destinato a intensificarsi nei prossimi anni. La Sardegna si configura così come una delle regioni italiane più esposte agli effetti di un invecchiamento demografico accelerato, aggravato dalla persistente denatalità e da un saldo migratorio ancora debole. In tale contesto, diviene essenziale l'adozione di politiche pubbliche mirate, volte al sostegno della natalità, alla valorizzazione delle famiglie giovani, alla promozione dell'invecchiamento attivo e all'attrazione di nuovi residenti in età lavorativa, per riequilibrare la piramide demografica e garantire la sostenibilità del sistema regionale nel medio-lungo periodo.

3.4 Analisi territoriale e confronto interregionale

L'analisi territoriale della Sardegna evidenzia una distribuzione fortemente disomogenea delle risorse sanitarie, che si riflette in tempi di attesa, qualità percepita dei servizi e capacità di risposta ai bisogni della popolazione. La regione, per la sua natura geografica e morfologica, presenta caratteristiche

⁷⁰ **Regione Autonoma della Sardegna**, 2025. *Sardegna Statistiche – Indicatori demografici*. [online] sardegnastatistiche.it. Disponibile su: <https://www.sardegnastatistiche.it/>

peculiari: ampie aree interne scarsamente popolate, una dorsale montana poco accessibile, zone rurali a bassa densità abitativa e centri urbani costieri concentrati prevalentemente a Cagliari e Sassari. Questa frammentazione territoriale ha un impatto diretto sulla disponibilità e sull'accessibilità delle cure. Le aree urbane beneficiano di una concentrazione di presidi ospedalieri, medici specialistici e diagnostica avanzata, mentre nelle aree interne, come il Nuorese, l'Ogliastra e la Barbagia, si registrano carenze croniche di personale, scarsità di posti letto e lunghi tempi di percorrenza per raggiungere i centri di riferimento.⁷¹

Le aree rurali e montane risultano tra le più penalizzate, non solo per la distanza fisica dai presidi ospedalieri, ma anche per l'insufficienza dei servizi territoriali, come l'assistenza domiciliare integrata (ADI), i consultori e le strutture intermedie. Nelle aree costiere, al contrario, si osserva una pressione stagionale fortemente variabile: durante i mesi estivi, l'afflusso turistico comporta un aumento della domanda sanitaria, spesso senza un corrispondente potenziamento dell'offerta. A ciò si aggiungono vulnerabilità territoriali specifiche, come il progressivo spopolamento dei piccoli comuni, l'invecchiamento della popolazione residente e la difficoltà di attrarre professionisti sanitari, che preferiscono i poli urbani per migliori opportunità di carriera e formazione.⁷²

⁷¹ AGENAS (2024). *Programma Nazionale Esiti (PNE) 2024*. Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali. Disponibile su: <https://pne.agenas.it>

⁷² Eurostat (2024). *Regional Demographic Patterns in Europe 2023*. Eurostat. Disponibile su: <https://ec.europa.eu/eurostat>

Il confronto interregionale con altre realtà italiane offre ulteriori elementi di riflessione. Rispetto a regioni benchmark come Toscana, Emilia-Romagna e Lombardia, la Sardegna mostra performance inferiori in numerosi indicatori: copertura vaccinale, screening oncologici, tempi di accesso alle prestazioni diagnostiche e chirurgiche, soddisfazione degli utenti e continuità assistenziale. In particolare, la Sardegna è penalizzata dall'effetto insularità, che limita la mobilità sanitaria attiva e passiva, ostacolando i trasferimenti di pazienti e le collaborazioni interregionali. La vicinanza alla Sicilia permette un confronto specifico con un'altra regione insulare: anche qui emergono criticità condivise, come le carenze infrastrutturali e la forte variabilità intra-regionale, ma la Sardegna presenta in alcuni settori (es. assistenza domiciliare) performance ancora più fragili. Complessivamente, il quadro territoriale e comparativo mette in luce la necessità di strategie regionali differenziate, in grado di affrontare le specificità locali, ridurre le disuguaglianze e riallineare la Sardegna agli standard nazionali.⁷³

3.5 Implicazioni sociali ed economiche

Le dinamiche demografiche e sanitarie della Sardegna generano effetti di portata ampia sul tessuto sociale ed economico regionale. Il progressivo invecchiamento della popolazione, l'aumento della prevalenza di patologie cronico-degenerative e la denatalità strutturale hanno conseguenze dirette sulla sostenibilità del welfare

⁷³ Commissione Europea (2023). *Rapporto annuale sulla coesione sociale e demografica nelle regioni europee*. Bruxelles: CE. Disponibile su: https://ec.europa.eu/regional_policy

regionale. Da un lato, cresce la pressione sulla spesa pubblica per pensioni, sanità e assistenza sociale; dall'altro, si riduce la platea dei contribuenti attivi, generando un doppio vincolo di sostenibilità. La diminuzione della forza lavoro giovane incide negativamente sulla produttività, sull'innovazione e sulla competitività complessiva del sistema economico sardo, mentre le carenze nei servizi sanitari territoriali amplificano le difficoltà delle famiglie, in particolare di quelle che si prendono cura di anziani, disabili o persone non autosufficienti.⁷⁴

L'impatto economico delle liste d'attesa è duplice: da un lato, determina un aumento dei costi privati (per visite e prestazioni a pagamento), dall'altro contribuisce all'aumento della mobilità sanitaria passiva, con risorse economiche regionali che vengono drenate a favore di altre regioni. Le famiglie sarde, soprattutto nelle aree interne e meno servite, sono costrette a sostenere spese elevate per spostarsi verso i centri urbani o, in molti casi, per ricorrere a prestazioni private, generando ulteriori disuguaglianze legate al reddito e al capitale sociale. La rinuncia alle cure, attestata a livelli tra i più alti in Italia, non rappresenta solo un problema sanitario, ma un vero fattore di esclusione sociale: chi rinuncia a curarsi è esposto a un rischio maggiore di cronicizzazione, disabilità e perdita della capacità lavorativa, con impatti negativi anche sul mercato del lavoro e sulla coesione sociale.⁷⁵

⁷⁴ NPAL (Agenzia Nazionale Politiche Attive Lavoro), *Rapporto 2024 su demografia e lavoro in Italia*, <https://www.anpal.gov.it>

⁷⁵ Banca d'Italia, *Rapporto sull'economia regionale Sardegna 2024*, <https://www.bancaditalia.it>

Le sfide per le politiche pubbliche sono molteplici e interconnesse. Occorre garantire l'equità di accesso ai servizi, investire nel riequilibrio territoriale dell'offerta sanitaria e rafforzare la dimensione preventiva e comunitaria dell'assistenza. Allo stesso tempo, servono interventi per sostenere la natalità, attrarre giovani professionisti, sviluppare nuove forme di welfare territoriale e favorire modelli di invecchiamento attivo. Senza un'azione strategica coordinata, le dinamiche demografiche e sanitarie rischiano di compromettere non solo la salute della popolazione, ma la stessa tenuta economica e sociale della Sardegna.⁷⁶

3.6 Sintesi dei trend demografici e implicazioni

L'analisi demografica della Sardegna evidenzia una serie di tendenze preoccupanti che delineano un futuro complesso per l'isola. La popolazione residente è in costante diminuzione: al 31 dicembre 2023, si attestava a 1.570.453 persone, segnando una perdita di 7.693 individui rispetto all'anno precedente . Questo calo è attribuibile principalmente a un saldo naturale negativo, con 11.524 decessi a fronte di soli 7.242 nati, il che rappresenta un tasso di natalità di 4,6 per mille, ben al di sotto della media nazionale di 6,4 per mille .

L'invecchiamento della popolazione è un altro aspetto critico: l'età media è salita a 48,8 anni nel 2023, con le province di Oristano e Sud Sardegna che superano i

⁷⁶ Regione Autonoma della Sardegna, *Rapporto annuale sulla popolazione e politiche sociali 2024*, <https://www.regione.sardegna.it>

49 anni . La percentuale di popolazione sotto i 15 anni è scesa al 10%, la più bassa in Italia, indicando un futuro con una forza lavoro ridotta e un aumento della dipendenza economica.

Le dinamiche migratorie non compensano il declino naturale. Sebbene l'immigrazione dall'estero abbia portato un saldo positivo di 3.541 residenti nel 2023, questo incremento è insufficiente a invertire la tendenza . La popolazione straniera rappresenta solo il 3,3% del totale, con comunità principali provenienti da Romania, Senegal e Marocco.

Le implicazioni socio-economiche di questi trend sono significative. La riduzione della popolazione attiva limita la crescita economica e aumenta la pressione sui sistemi pensionistici e sanitari. Le aree interne e montane, già colpite da spopolamento e carenza di servizi, rischiano ulteriori marginalizzazioni. La crescente domanda di assistenza per la popolazione anziana mette a dura prova le risorse sanitarie e sociali disponibili.

Per affrontare queste sfide, è necessaria una strategia integrata che comprenda incentivi alla natalità, attraverso politiche di sostegno alle famiglie e alla genitorialità, insieme a misure mirate all'attrazione di giovani e professionisti, mediante la creazione di opportunità lavorative e condizioni favorevoli per il rientro o l'immigrazione. Allo stesso tempo, risulta fondamentale lo sviluppo delle aree interne, mediante investimenti in infrastrutture, servizi e connettività per rendere queste zone più attrattive e competitive. Infine, il rafforzamento dei

servizi sanitari e sociali, con il potenziamento dell'assistenza domiciliare e delle strutture per anziani, rappresenta un pilastro indispensabile per garantire la sostenibilità del sistema regionale e rispondere alle crescenti esigenze della popolazione in rapido invecchiamento. Questa sintesi dei trend demografici sottolinea l'urgenza di interventi mirati per invertire le tendenze negative e garantire un futuro sostenibile per la Sardegna. Le conclusioni generali e le raccomandazioni finali saranno presentate al termine del report, integrando anche le analisi sanitarie, sociali ed economiche.⁷⁷

4. Analisi dei tempi d'attesa e delle criticità nel sistema sanitario sardo

L'analisi dei tempi d'attesa nel sistema sanitario regionale sardo costituisce un punto nevralgico per la comprensione delle criticità organizzative e della capacità di risposta ai bisogni assistenziali della popolazione. In un contesto insulare segnato da vincoli geografici, disomogeneità territoriali e pressione crescente sulla domanda di prestazioni, le liste d'attesa si configurano non solo come un indicatore gestionale, ma come una cartina al tornasole dell'equità e dell'efficienza del Servizio Sanitario Regionale (SSR).⁷⁸

I dati del Ministero della Salute relativi a gennaio 2025 mostrano come la Sardegna, pur rispettando formalmente alcune soglie minime previste dal

⁷⁷ Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali, *Rapporto annuale sulla popolazione e le politiche per la famiglia 2024*, <https://www.lavoro.gov.it>

⁷⁸ Ministero della Salute (2025). *Monitoraggio delle liste di attesa – Gennaio 2025*. Roma: Direzione Generale della Programmazione Sanitaria. Disponibile su: <https://www.salute.gov.it/listediattesa-gen2025>

PNGLA (Piano Nazionale di Governo delle Liste di Attesa), presenti livelli di attesa significativamente superiori alla media nazionale per numerose tipologie di prestazione specialistica e diagnostica. Per esempio, per una visita cardiologica con priorità “B” (da effettuare entro 10 giorni), il tempo medio effettivo registrato supera i 25 giorni in numerose ASL dell’entroterra, con punte di oltre 40 giorni in aree rurali e periferiche.⁷⁹

Anche le prestazioni di diagnostica strumentale, come le risonanze magnetiche e le TAC, evidenziano un sovraccarico cronico dei centri di erogazione, con tempi medi superiori del 30-50% rispetto alle linee guida nazionali. Tale situazione determina effetti a catena sul percorso diagnostico-terapeutico del paziente, ritardando la presa in carico e riducendo l’efficacia clinica complessiva degli interventi.⁸⁰

Particolarmente critica è la situazione degli interventi chirurgici programmati, in particolare nelle branche oncologiche. Secondo i dati PNE (Programma Nazionale Esiti), il tempo mediano di attesa per un intervento per carcinoma mammario in Sardegna si attesta attorno ai 59 giorni, a fronte di una media

⁷⁹ AGENAS (2024a). *Tempi di attesa per prestazioni ambulatoriali e diagnostiche – Anno 2023*. Roma: Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali. Disponibile su: <https://www.agenas.gov.it/report-attese-2023>

⁸⁰ AGENAS (2024b). *Programma Nazionale Esiti (PNE) – Indicatori chirurgia oncologica 2023*. Roma. Disponibile su: <https://pne.agenas.it>

nazionale pari a 27. Questo ritardo si configura come un grave fattore di rischio per la sopravvivenza e la qualità della vita delle pazienti.⁸¹

Le cause di tali ritardi sono molteplici e stratificate: carenza di personale sanitario, turn over non compensato, disorganizzazione delle agende digitali, limitata interoperabilità tra i sistemi informativi aziendali e regionali, e assenza di una pianificazione centralizzata dei flussi di domanda. A ciò si aggiunge una domanda in crescita, favorita dall'invecchiamento della popolazione e dalla diffusione di patologie croniche, a fronte di un'offerta rimasta sostanzialmente invariata in molte aree dell'isola.⁸²

L'analisi dei dati suggerisce inoltre una correlazione tra lunghezza dei tempi d'attesa e tassi di rinuncia alle cure, soprattutto tra le fasce più vulnerabili della popolazione. La rinuncia alla prestazione, in questi casi, si traduce spesso in un aggravamento della condizione clinica, un aumento della pressione sul pronto soccorso e una maggiore incidenza di ospedalizzazioni evitabili.

Alla luce di queste evidenze, appare indispensabile un ripensamento complessivo delle politiche regionali sulle liste d'attesa, con investimenti mirati nella digitalizzazione dei sistemi di prenotazione, nell'ottimizzazione delle agende cliniche e nel rafforzamento dei presidi territoriali. Un monitoraggio sistematico

⁸¹ CENSIS (2023). *Il sistema sanitario tra disuguaglianze e rinuncia alle cure*. Roma: Centro Studi Investimenti Sociali. Disponibile su: <https://www.censis.it/sanita2023>

⁸² Corte dei Conti (2022). *Referto al Parlamento sul sistema sanitario nazionale – esercizio 2021*. Roma. Disponibile su: <https://www.corteconti.it/Download?id=ac4b1643-b352-443c-9f2f-4b0e199f04a2>

e trasparente, accompagnato da azioni correttive tempestive, rappresenta una condizione necessaria per garantire il diritto universale e tempestivo all'accesso alle cure.

4.1 Offerta dei Servizi Sanitari e Livelli Essenziali di Assistenza (LEA) in Sardegna – Anno 2023

L'offerta dei servizi sanitari in Sardegna costituisce un nodo critico per l'analisi della capacità regionale di garantire l'accesso equo e appropriato alle cure. Secondo i dati del Nuovo Sistema di Garanzia (NSG) relativi all'anno 2023, la Regione ha ottenuto un punteggio complessivo pari a 192 punti, superando la soglia minima di adempienza (160), ma senza raggiungere livelli di piena adeguatezza¹. Questo risultato, pur positivo in termini formali, mette in luce carenze persistenti che interessano l'intera filiera dell'assistenza: dalla prevenzione collettiva, all'assistenza distrettuale, fino all'ospedaliera.⁸³

I Livelli Essenziali di Assistenza (LEA) rappresentano il nucleo dei diritti sanitari garantiti ai cittadini. Essi includono prestazioni di prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione, erogate gratuitamente o dietro pagamento del ticket².⁸⁴ Il punteggio LEA viene assegnato sulla base delle tre macro-aree previste dal NSG: prevenzione collettiva e sanità pubblica, assistenza distrettuale, assistenza

⁸³ Ministero della Salute (2024). *Monitoraggio LEA 2023 – Nuovo Sistema di Garanzia*. Roma: Ministero della Salute. Disponibile su: <https://www.salute.gov.it>

⁸⁴ AGENAS – Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali (2024). *Cruscotto indicatori LEA – Prevenzione 2023*. Roma: AGENAS. Disponibile su: <https://www.agenas.gov.it>

ospedaliera.⁸⁵ Nel caso della Sardegna, tutte e tre le aree mostrano elementi di fragilità, che riflettono squilibri territoriali, sotto-dotazione infrastrutturale e disomogeneità organizzative.

Nell'area della prevenzione collettiva, la Sardegna ha ottenuto un punteggio pari a 65, contro una media nazionale di 73,6³.⁸⁶ Le criticità maggiori si riscontrano nelle coperture vaccinali (in particolare nei cicli infantili), negli screening oncologici e nella scarsa efficacia degli interventi di promozione della salute, specie nelle aree interne. Le difficoltà operative e logistiche compromettono l'implementazione di piani di prevenzione capillari, rendendo la sanità pubblica sarda meno resiliente e meno equa.⁸⁷

Anche l'assistenza distrettuale evidenzia debolezze strutturali. Con un punteggio di 67 (media nazionale: 71,7), il sistema risulta inadempiente in numerosi ambiti, come l'assistenza domiciliare per anziani, le cure palliative e la presa in carico della non autosufficienza⁴. La percentuale di popolazione over 75 seguita in Assistenza Domiciliare Integrata (ADI) è pari all'1,7%, penultima in Italia⁵. Tali numeri rivelano un'inadeguata infrastruttura territoriale, incapace di

⁸⁵ Ministero della Salute (2024). *LEA – Report di adempimento Regioni 2023*. Roma: Ministero della Salute. Disponibile su: <https://www.salute.gov.it>

⁸⁶ ISTAT (2024). *Condizioni di salute e accesso ai servizi sanitari*. Roma: Istituto Nazionale di Statistica. Disponibile su: <https://www.istat.it>

⁸⁷ GENAS (2024). *Report nazionale performance ospedaliera 2023*. Roma: AGENAS. Disponibile su: <https://www.agenas.gov.it>

rispondere alla crescente domanda di cronicità e fragilità legata all'invecchiamento demografico.⁸⁸

Per quanto riguarda l'assistenza ospedaliera, la Regione si ferma esattamente sulla soglia minima di adempienza (60 punti), rispetto a una media nazionale di 79 punti⁶. I tempi medi di attesa per gli interventi chirurgici programmati – ad esempio, le operazioni per tumore alla mammella o alla prostata – superano ampiamente le soglie clinicamente raccomandate: 59 giorni in Sardegna contro 27 e 48 giorni rispettivamente a livello nazionale⁷. Questo gap rappresenta un ostacolo concreto all'efficacia terapeutica e alla continuità del percorso di cura, aggravato da un deficit di posti letto (2,8 ogni 10.000 abitanti per specialità ad alta intensità), che colloca la Sardegna al penultimo posto tra le regioni italiane⁸.⁸⁹

Ulteriore preoccupazione è rappresentata dal dato relativo alla spesa sanitaria pubblica pro capite, salita nel 2022 a 2.341 euro, con un incremento doppio rispetto alla media nazionale⁹. Tuttavia, l'aumento delle risorse non ha generato miglioramenti proporzionali nella qualità o nell'equità dell'assistenza, suggerendo un problema di efficienza allocativa e di governance strategica.⁹⁰

⁸⁸ Programma Nazionale Esiti – AGENAS (2024). *Indicatori oncologici regionali*. Roma: AGENAS. Disponibile su: <https://pne.agenas.it>

⁸⁹ Ragioneria Generale dello Stato (2024). *Conto Economico Consolidato SSN – Relazione Annuale*. Roma: MEF. Disponibile su: <https://www.rgs.mef.gov.it>

⁹⁰ Corte dei Conti (2021). *Referto al Parlamento sulla gestione finanziaria delle Regioni – Sezione Sanità*. Roma: Corte dei Conti. Disponibile su: <https://www.corteconti.it/HOME/StampaMedia/Dettaglio/2021>

In conclusione, il quadro offerto dai dati LEA 2023 conferma che l'offerta sanitaria in Sardegna soffre di una triplice debolezza: strutturale, organizzativa e territoriale. Le criticità persistenti nella prevenzione, nell'assistenza di prossimità e nei ricoveri ospedalieri impongono una revisione strategica dell'intero sistema sanitario regionale, orientata alla redistribuzione razionale delle risorse, al rafforzamento dell'integrazione tra ospedale e territorio e alla costruzione di un sistema più equo, resiliente e orientato alla persona.

4.2 Performance complessiva e aree di criticità

Nel 2023, la Sardegna ha totalizzato un punteggio complessivo pari a 192 nel sistema di monitoraggio LEA, superando la soglia minima di adempienza fissata a 160, ma collocandosi ancora al di sotto della piena adeguatezza. Questo valore segnala il persistere di criticità strutturali in alcuni ambiti dell'assistenza sanitaria, che richiedono interventi mirati per garantirne il miglioramento.

In particolare, l'area della prevenzione collettiva si conferma come uno dei principali punti deboli del sistema sanitario sardo. Le performance legate alla copertura vaccinale, agli screening oncologici e agli interventi di promozione della salute sono risultate inferiori rispetto a molte regioni italiane, segnalando

difficoltà operative nell'attuazione di strategie preventive capillari ed efficaci sul territorio.⁹¹

L'assistenza distrettuale, che include la medicina generale, l'assistenza domiciliare e i servizi consultoriali, si mantiene anch'essa sotto la soglia di garanzia. In particolare, l'accessibilità e la qualità dei servizi erogati risultano disomogenee tra le aree urbane e quelle interne, evidenziando un divario nella capacità del sistema territoriale di rispondere ai bisogni assistenziali in maniera uniforme e tempestiva.

Criticità rilevanti emergono anche nell'ambito dell'assistenza ospedaliera. I tempi medi di attesa per gli interventi chirurgici programmati, in particolare quelli oncologici, si mantengono superiori alla media nazionale. Ad esempio, per le operazioni relative a tumori alla mammella e alla prostata, l'attesa in Sardegna si attesta intorno ai 59 giorni, rispetto a una media nazionale di 27 e 48 giorni rispettivamente. Tali ritardi compromettono l'efficacia del percorso di cura e contribuiscono ad alimentare fenomeni di rinuncia alle prestazioni sanitarie.⁹²

Infatti, nonostante un lieve calo nel numero di rinunce dichiarate dai pazienti sardi, la regione continua a registrare il più alto tasso nazionale di rinuncia alle cure. A ciò si aggiunge una preoccupante percentuale di utenti che abbandonano

⁹¹ Centro Studi CNA Sardegna, *Rapporto sul disagio sociale e sanitario 2024*, <https://www.cnasardegna.it>

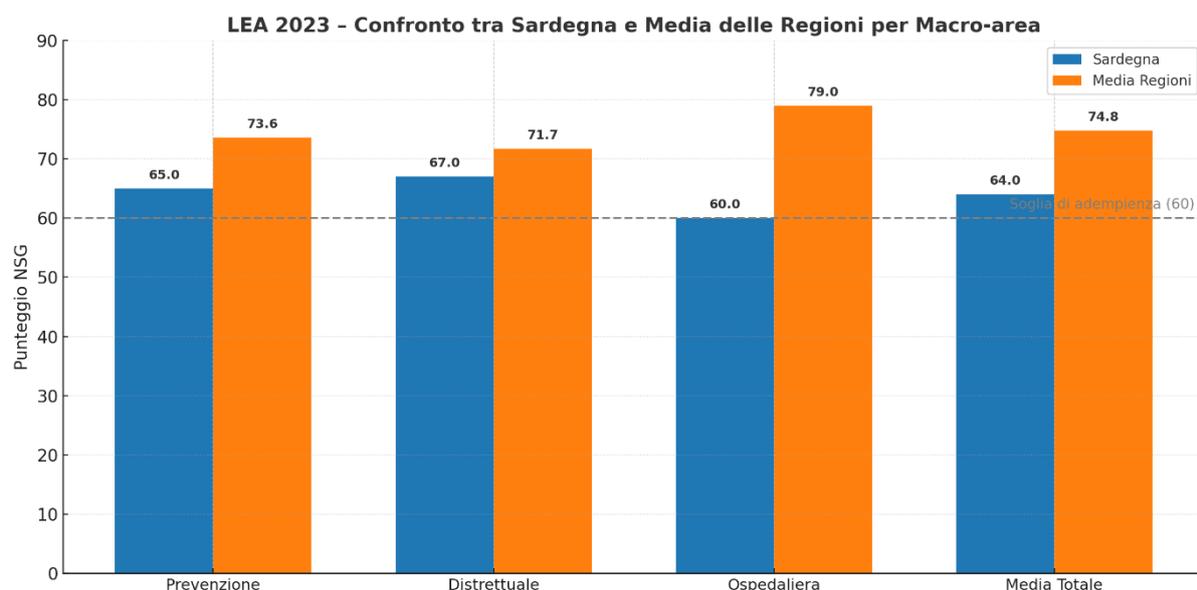
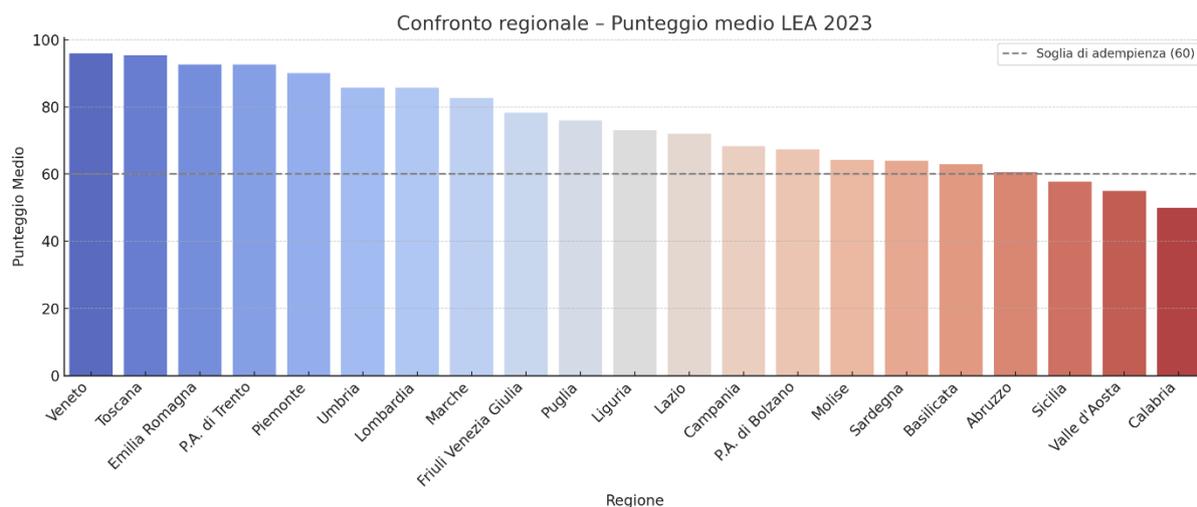
⁹² AGENAS, *Programma Nazionale Esiti 2024*, <https://pne.agenas.it>

il Pronto Soccorso prima di essere visitati o prima della chiusura della cartella clinica, segnale evidente di insoddisfazione e disfunzionalità organizzativa.

Dal punto di vista della spesa, tra il 2021 e il 2022 la spesa sanitaria pubblica pro capite in Sardegna è cresciuta in modo significativo, raggiungendo i 2.341 euro per abitante, con un ritmo doppio rispetto alla media nazionale. Tuttavia, l'aumento delle risorse finanziarie non sembra aver prodotto miglioramenti proporzionali nella qualità percepita e misurabile dell'assistenza.⁹³

In sintesi, i dati relativi al 2023 confermano la persistenza di criticità nel sistema sanitario regionale sardo, in particolare nelle aree della prevenzione e dell'assistenza territoriale. Nonostante il superamento della soglia minima LEA, la qualità, l'equità e l'accessibilità dei servizi restano al di sotto degli standard desiderabili. Questo scenario richiede una revisione strategica delle politiche sanitarie regionali, orientata al rafforzamento dei servizi di base, alla riduzione delle disuguaglianze territoriali e al miglioramento dell'efficacia organizzativa.

⁹³ SVIMEZ (Associazione per lo Sviluppo dell'Industria nel Mezzogiorno), *Rapporto 2024 sull'economia e la società del Mezzogiorno*, <https://www.svimez.it>



4.3 Confronto interregionale e andamento temporale

L'analisi comparativa dei punteggi LEA 2023 ottenuti dalle regioni italiane consente di collocare la Sardegna in una fascia di adempienza formale, ma caratterizzata da prestazioni significativamente inferiori alla media nazionale in

tutte e tre le macroaree valutate.⁹⁴ In particolare, nell'area della prevenzione collettiva e sanità pubblica, la Sardegna ha ottenuto un punteggio pari a 65, a fronte di una media nazionale di 73,6 punti. Sebbene il valore superi la soglia minima di adempienza stabilita a 60 punti, esso risulta sensibilmente inferiore rispetto alle regioni più performanti, quali il Veneto e la Provincia Autonoma di Trento, che raggiungono punteggi prossimi al massimo di 98.⁹⁵ Questo divario suggerisce una copertura limitata in termini di attività vaccinali, screening oncologici e altre misure preventive fondamentali per la tutela della salute pubblica.⁹⁶

Nel campo dell'assistenza distrettuale, la Sardegna ha totalizzato 67 punti, contro una media nazionale di 71,7. Anche in questo caso, pur rispettando formalmente gli standard minimi, il sistema sanitario regionale mostra segnali di debolezza, accentuati dall'incompletezza dei dati forniti: il Servizio Sanitario Regionale non ha trasmesso informazioni per tre indicatori chiave, relativi all'assistenza domiciliare per anziani, alle cure palliative e alla presa in carico residenziale di soggetti non autosufficienti. Inoltre, per il secondo anno consecutivo, l'indicatore relativo ai tempi di intervento dei mezzi di soccorso ha riportato un punteggio

⁹⁴ **AGENAS.** (2024a). *Monitoraggio dei LEA attraverso il Nuovo Sistema di Garanzia – Report nazionale 2023*. Roma: Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali.

⁹⁵ **AGENAS.** (2024b). *Cruscotto interattivo LEA e confronto interregionale 2017–2023*. Roma: Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali.

⁹⁶ Eurostat, *Regional Yearbook 2024*, <https://ec.europa.eu/eurostat>

pari a zero, indicando gravi difficoltà nell'organizzazione dell'emergenza-urgenza.⁹⁷

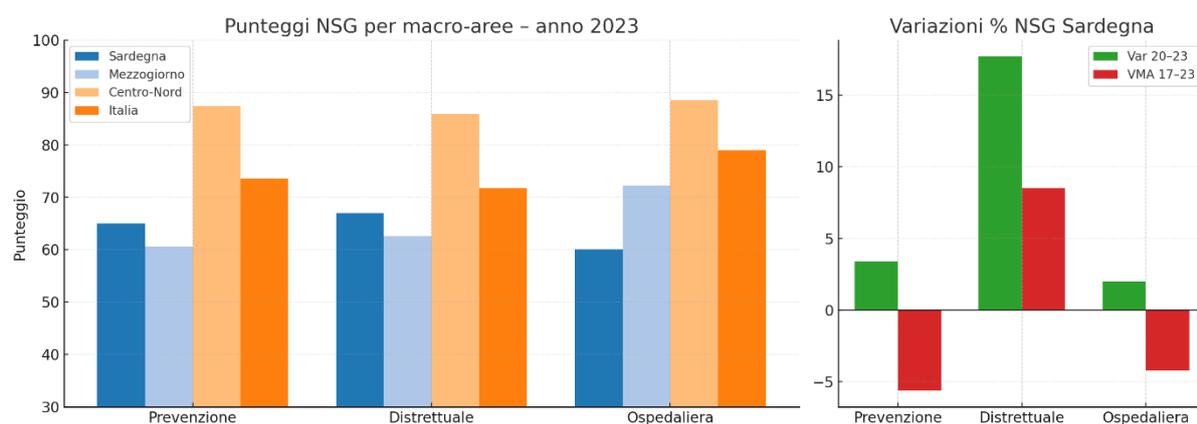
L'area dell'assistenza ospedaliera rappresenta il punto più critico, con un punteggio pari a 60, ovvero il valore esatto corrispondente alla soglia di adempienza. In confronto a una media nazionale di 79 punti e a regioni come Emilia-Romagna e Toscana, che superano i 90 punti, la distanza è marcata. Questa evidenza suggerisce carenze strutturali nei processi ospedalieri, in particolare nei tempi di attesa per ricoveri chirurgici e nella gestione delle prestazioni ad alta complessità. Il punteggio medio complessivo ottenuto dalla Sardegna, pari a 64 punti, si colloca tra i più bassi del panorama nazionale. Se confrontato con la media generale delle regioni italiane, pari a 74,8 punti, tale risultato evidenzia un gap strutturale che richiede interventi urgenti e mirati.⁹⁸

L'ampiezza della variabilità tra le regioni, come indicato da una deviazione standard di oltre 14 punti, mostra che, sebbene la soglia di adempienza sia formalmente rispettata da tutte le aree valutate nella regione, la qualità dell'offerta sanitaria rimane distante dai livelli ottimali. In conclusione, l'analisi quantitativa dei punteggi LEA conferma che la Sardegna si trova in una posizione di fragilità relativa, aggravata da carenze informative, disomogeneità territoriali e indicatori

⁹⁷ **Ministero della Salute.** (2023). *Nuovo Sistema di Garanzia dei LEA – Metodologia e indicatori*. Roma: Direzione generale della programmazione sanitaria.

⁹⁸ **Ministero della Salute.** (2024). *Rapporto annuale sullo stato di attuazione dei LEA – Anno 2023*. Roma: Ministero della Salute.

critici in ambiti chiave. A fronte di ciò, si rende necessario un ripensamento complessivo delle politiche regionali in materia di sanità pubblica, volto a garantire non solo il rispetto degli standard minimi, ma anche il miglioramento progressivo della qualità dei servizi e dell'equità territoriale nell'accesso alle cure.



Il grafico presentato offre una rappresentazione sintetica e comparativa delle performance sanitarie della Sardegna nel 2023, sulla base dei punteggi assegnati dal Nuovo Sistema di Garanzia (NSG) per i Livelli Essenziali di Assistenza (LEA). Il pannello di sinistra mostra il confronto diretto tra i punteggi della Sardegna e quelli medi del Mezzogiorno, del Centro-Nord e dell'Italia complessivamente, per ciascuna delle tre macro-aree considerate: prevenzione collettiva, assistenza distrettuale e assistenza ospedaliera. Come si evince, la Sardegna si colloca in posizione inferiore rispetto alle medie nazionali in tutte le aree, risultando particolarmente distante nei servizi ospedalieri, dove raggiunge a malapena la soglia di adempienza (60 punti), a fronte di una media italiana pari a 79. Più contenuto, ma comunque rilevante, è il divario nelle aree della

prevenzione e dell'assistenza distrettuale, dove la regione totalizza rispettivamente 65 e 67 punti, contro medie nazionali di 73,6 e 71,7.⁹⁹

Il pannello di destra riporta, invece, la variazione dei punteggi registrata dalla Sardegna tra il 2020 e il 2023 (Var 20–23) e la variazione media annua calcolata tra il 2017 e il 2023 (VMA 17–23). La crescita più significativa è osservabile nell'area distrettuale, che registra un incremento di circa 17 punti rispetto al 2020 e una variazione media annua positiva. Questo miglioramento, tuttavia, risulta attenuato dalle gravi carenze informative e organizzative già documentate nel sistema di assistenza territoriale dell'isola. Per le altre due aree, le variazioni si mantengono contenute e nel caso dell'area ospedaliera la tendenza decennale mostra un andamento negativo. Questi dati suggeriscono che, nonostante alcuni segnali di miglioramento, il sistema sanitario sardo rimane strutturalmente fragile e soggetto a profonde disuguaglianze territoriali e organizzative, che ne compromettono la capacità di garantire prestazioni omogenee e tempestive alla popolazione residente.¹⁰⁰

⁹⁹ 6. Ministero della Salute (2023). *Monitoraggio dei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA) attraverso il Nuovo Sistema di Garanzia (NSG) – anno 2023*. Roma: Direzione Generale della Programmazione Sanitaria. Disponibile su: <https://www.salute.gov.it/portale/lea/documenti/monitoraggioLEA2023.pdf>

¹⁰⁰ AGENAS (2024b). *Report di variazione dei punteggi LEA 2020–2023 – Analisi per Regione*. Roma: Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali. Disponibile su: <https://www.agenas.gov.it/lea2023-variazione>

4.4 Confronto interregionale e andamento temporale

L'analisi comparativa dei punteggi LEA 2023 ottenuti dalle regioni italiane consente di collocare la Sardegna in una fascia di adempienza formale, ma caratterizzata da prestazioni significativamente inferiori alla media nazionale in tutte e tre le macroaree valutate. In particolare, nell'area della prevenzione collettiva e sanità pubblica, la Sardegna ha ottenuto un punteggio pari a 65, a fronte di una media nazionale di 73,6 punti. Sebbene il valore superi la soglia minima di adempienza stabilita a 60 punti, esso risulta sensibilmente inferiore rispetto alle regioni più performanti, quali il Veneto e la Provincia Autonoma di Trento, che raggiungono punteggi prossimi al massimo di 98. Questo divario suggerisce una copertura limitata in termini di attività vaccinali, screening oncologici e altre misure preventive fondamentali per la tutela della salute pubblica.¹⁰¹

Nel campo dell'assistenza distrettuale, la Sardegna ha totalizzato 67 punti, contro una media nazionale di 71,7. Anche in questo caso, pur rispettando formalmente gli standard minimi, il sistema sanitario regionale mostra segnali di debolezza, accentuati dall'incompletezza dei dati forniti: il Servizio Sanitario Regionale non ha trasmesso informazioni per tre indicatori chiave, relativi all'assistenza domiciliare per anziani, alle cure palliative e alla presa in carico residenziale di soggetti non autosufficienti. Inoltre, per il secondo anno consecutivo, l'indicatore

¹⁰¹ Eurostat, *Regional Yearbook 2024*, <https://ec.europa.eu/eurostat>

relativo ai tempi di intervento dei mezzi di soccorso ha riportato un punteggio pari a zero, indicando gravi difficoltà nell'organizzazione dell'emergenza-urgenza.¹⁰²

L'area dell'assistenza ospedaliera rappresenta il punto più critico, con un punteggio pari a 60, ovvero il valore esatto corrispondente alla soglia di adempienza. In confronto a una media nazionale di 79 punti e a regioni come Emilia-Romagna e Toscana, che superano i 90 punti, la distanza è marcata. Questa evidenza suggerisce carenze strutturali nei processi ospedalieri, in particolare nei tempi di attesa per ricoveri chirurgici e nella gestione delle prestazioni ad alta complessità.¹⁰³ Il punteggio medio complessivo ottenuto dalla Sardegna, pari a 64 punti, si colloca tra i più bassi del panorama nazionale. Se confrontato con la media generale delle regioni italiane, pari a 74,8 punti, tale risultato evidenzia un gap strutturale che richiede interventi urgenti e mirati.¹⁰⁴

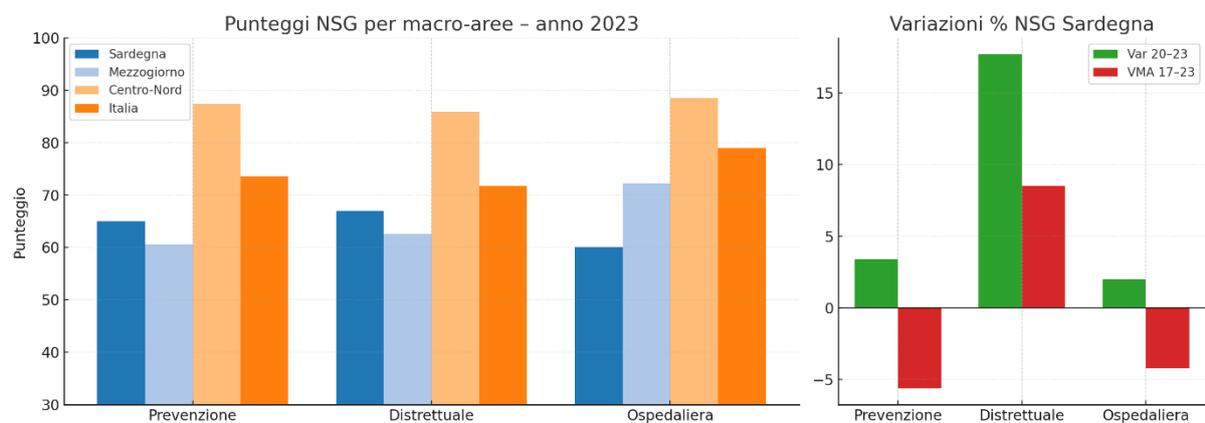
L'ampiezza della variabilità tra le regioni, come indicato da una deviazione standard di oltre 14 punti, mostra che, sebbene la soglia di adempienza sia formalmente rispettata da tutte le aree valutate nella regione, la qualità dell'offerta sanitaria rimane distante dai livelli ottimali. In conclusione, l'analisi quantitativa dei punteggi LEA conferma che la Sardegna si trova in una posizione di fragilità

¹⁰² Ministero della Salute. (2024). *Monitoraggio dei Livelli Essenziali di Assistenza – Rapporto 2023*. Roma: Ministero della Salute.

¹⁰³ Ministero della Salute (2024). *Nuovo Sistema di Garanzia dei LEA – Relazione annuale 2023*. Roma. Disponibile su: <https://www.salute.gov.it/portale/lea>

¹⁰⁴ AGENAS. (2024). *Indicatori di performance distrettuale e territoriale – Pannello LEA*. Roma: Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali.

relativa, aggravata da carenze informative, disomogeneità territoriali e indicatori critici in ambiti chiave. A fronte di ciò, si rende necessario un ripensamento complessivo delle politiche regionali in materia di sanità pubblica, volto a garantire non solo il rispetto degli standard minimi, ma anche il miglioramento progressivo della qualità dei servizi e dell'equità territoriale nell'accesso alle cure.¹⁰⁵



Il grafico presentato offre una rappresentazione sintetica e comparativa delle performance sanitarie della Sardegna nel 2023, sulla base dei punteggi assegnati dal Nuovo Sistema di Garanzia (NSG) per i Livelli Essenziali di Assistenza (LEA). Il pannello di sinistra mostra il confronto diretto tra i punteggi della Sardegna e quelli medi del Mezzogiorno, del Centro-Nord e dell'Italia complessivamente, per ciascuna delle tre macro-aree considerate: prevenzione collettiva, assistenza distrettuale e assistenza ospedaliera. Come si evince, la Sardegna si colloca in posizione inferiore rispetto alle medie nazionali in tutte le

¹⁰⁵ Corte dei Conti. (2023). *Referto sulla gestione finanziaria della Regione Sardegna – Settore Sanità*. Roma: Corte dei Conti.

aree, risultando particolarmente distante nei servizi ospedalieri, dove raggiunge a malapena la soglia di adempienza (60 punti), a fronte di una media italiana pari a 79. Più contenuto, ma comunque rilevante, è il divario nelle aree della prevenzione e dell'assistenza distrettuale, dove la regione totalizza rispettivamente 65 e 67 punti, contro medie nazionali di 73,6 e 71,7.¹⁰⁶

Il pannello di destra riporta, invece, la variazione dei punteggi registrata dalla Sardegna tra il 2020 e il 2023 (Var 20–23) e la variazione media annua calcolata tra il 2017 e il 2023 (VMA 17–23).¹⁰⁷ La crescita più significativa è osservabile nell'area distrettuale, che registra un incremento di circa 17 punti rispetto al 2020 e una variazione media annua positiva. Questo miglioramento, tuttavia, risulta attenuato dalle gravi carenze informative e organizzative già documentate nel sistema di assistenza territoriale dell'isola. Per le altre due aree, le variazioni si mantengono contenute e nel caso dell'area ospedaliera la tendenza decennale mostra un andamento negativo. Questi dati suggeriscono che, nonostante alcuni segnali di miglioramento, il sistema sanitario sardo rimane strutturalmente fragile e soggetto a profonde disuguaglianze territoriali e organizzative, che ne compromettono la capacità di garantire prestazioni omogenee e tempestive alla popolazione residente.¹⁰⁸

¹⁰⁶ AGENAS (2024a). *Monitoraggio dei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA) – Griglia 2023*. Roma: Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali. Disponibile su: <https://www.agenas.gov.it/lea/griglia2023>

¹⁰⁷ Corte dei Conti (2023). *Referto al Parlamento sul sistema sanitario nazionale – esercizio 2022*. Roma. Disponibile su: <https://www.corteconti.it/Download?id=4c9e8d6a-2ab6-4290-bf52-b27551f2d32e>

¹⁰⁸ Ministero della Salute – Ufficio Monitoraggio LEA. (2024). *Serie storica indicatori NSG 2017–2023*. Roma: Ministero della Salute.

4.5 Analisi dell'indicatore di rinuncia alle prestazioni sanitarie in Sardegna: dimensione strutturale, profilo territoriale e implicazioni sistemiche

L'indicatore di rinuncia alle prestazioni sanitarie costituisce un parametro critico nell'analisi della capacità di risposta del sistema sanitario pubblico, in quanto riflette in modo diretto le barriere – strutturali, organizzative, economiche e territoriali – che ostacolano l'accesso effettivo ai servizi sanitari da parte della popolazione. In Sardegna, questo indicatore assume una valenza ancora più significativa, poiché si manifesta in un contesto già segnato da criticità sistemiche e vincoli infrastrutturali connessi all'insularità.

Secondo il più recente studio del Centro Studi CNA Sardegna, pubblicato a gennaio 2024, nell'anno precedente il 12,3% dei cittadini sardi ha dichiarato di aver rinunciato a prestazioni sanitarie pur ritenendole necessarie, a causa di difficoltà legate ai tempi d'attesa, ai costi o all'inefficienza percepita del sistema pubblico. Questo valore risulta essere tra i più elevati su scala nazionale, evidenziando un disallineamento preoccupante rispetto alla capacità del Servizio Sanitario Regionale (SSR) di garantire il diritto costituzionale alla salute su base equa e universale.¹⁰⁹

¹⁰⁹ CNA Sardegna (2024). *La rinuncia alle cure in Sardegna. Report 2023*. Centro Studi CNA, gennaio 2024. Disponibile su: <https://www.sardegna.cna.it/report-rinuncia-cure-2023>

La rinuncia alle cure non è un fenomeno isolato, bensì l'esito di un insieme complesso e interrelato di fattori. Innanzitutto, il sistema ospedaliero sardo risulta sottodimensionato rispetto al fabbisogno della popolazione residente: l'Isola dispone di soli 2,8 posti letto ogni 10.000 abitanti per le specialità ad alta intensità di cura, un valore che la colloca al penultimo posto tra le regioni italiane, preceduta unicamente dall'Umbria. Tale insufficienza strutturale si traduce in un inevitabile sovraccarico dei reparti, allungamento delle liste d'attesa e ridotta possibilità di accoglienza in tempi compatibili con la gravità delle condizioni cliniche.¹¹⁰

A questa criticità si aggiungono i limiti dell'assistenza territoriale, in particolare per le fasce più vulnerabili della popolazione, come gli anziani. I dati più recenti relativi all'Assistenza Domiciliare Integrata (ADI) evidenziano che nel 2023 solo l'1,7% della popolazione over 75 sarda riceve cure domiciliari, un valore che colloca la Sardegna al penultimo posto a livello nazionale, davanti alla sola Calabria. L'insufficienza dei servizi extraospedalieri aggrava ulteriormente la difficoltà di accesso alle cure da parte dei soggetti più fragili, spesso privi di supporti familiari o di mezzi propri per raggiungere strutture sanitarie distanti.¹¹¹

Dal punto di vista territoriale, il fenomeno della rinuncia non è omogeneamente distribuito, ma risente in maniera marcata della disparità tra aree urbane e aree

¹¹⁰ Ministero della Salute (2024). *Monitoraggio Assistenza Domiciliare Integrata – Anno 2023*. Roma. Disponibile su: <https://www.salute.gov.it/portale/assistenzaDomiciliare>

¹¹¹ ISTAT (2023). *Indagine multiscopo "Aspetti della vita quotidiana" – Soddisfazione per i servizi sanitari*. Roma: Istituto Nazionale di Statistica. Disponibile su: <https://www.istat.it/it/archivio/264143>

interne, in cui le difficoltà logistiche si sommano a quelle sanitarie. In molti comuni dell'interno, infatti, l'assenza di presidi sanitari di base, unita alla carenza di mezzi di trasporto pubblico e alla bassa densità di popolazione, produce un effetto di isolamento sanitario, che si traduce in un accesso diseguale e fortemente penalizzante per i residenti.

Un altro elemento chiave è rappresentato dalla soddisfazione soggettiva degli utenti. I dati ISTAT contenuti nel rapporto CNA indicano che il 14,8% dei pazienti sardi ricoverati nel 2022 si è dichiarato poco o per nulla soddisfatto dell'assistenza ricevuta, un valore che pone la Sardegna ai livelli più bassi nel panorama italiano, superata in negativo solo da regioni come Lazio, Trentino e Calabria. Questo dato, letto in combinazione con quello sulla rinuncia, evidenzia non solo problemi di accessibilità ma anche una crisi di fiducia nel sistema sanitario pubblico.¹¹²

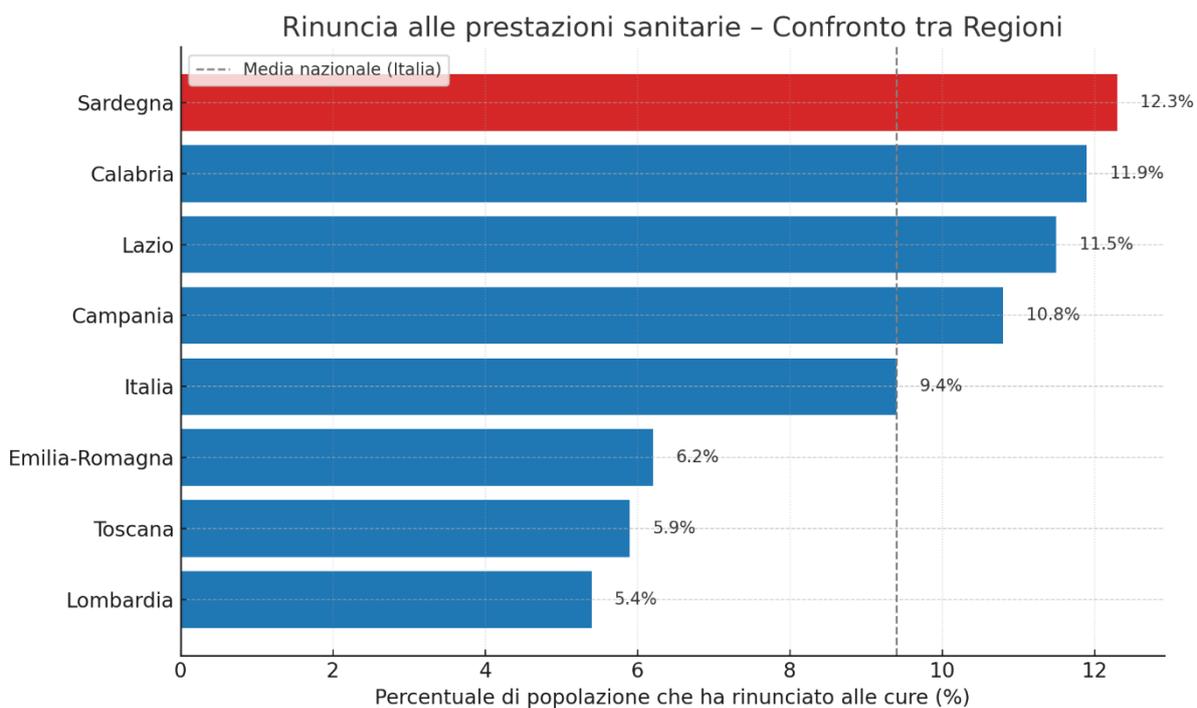
L'analisi comparativa tra macroaree geografiche rafforza ulteriormente il quadro critico: la Sardegna presenta valori di rinuncia simili o superiori a quelli osservati nel Mezzogiorno, pur non condividendo con esso, almeno in parte, il quadro socioeconomico più svantaggiato. Questo suggerisce che la dimensione strutturale e organizzativa del sistema sanitario regionale costituisca il principale fattore esplicativo, più che il mero livello di reddito o di istruzione dei cittadini.

¹¹² AGENAS (2024). *Posti letto ospedalieri per disciplina – Dati 2023*. Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali. Disponibile su: <https://www.agenas.gov.it/posti-letto>

Infatti, a parità di condizioni socioeconomiche, i cittadini sardi sono significativamente più esposti al rischio di rinuncia rispetto ai residenti in regioni con sistemi sanitari meglio organizzati e più accessibili.

In sintesi, la Sardegna si caratterizza per una delle più alte incidenze di rinuncia alle prestazioni sanitarie in Italia, fenomeno che non può essere ricondotto esclusivamente a scelte individuali o a fattori contingenti, ma che deve essere interpretato come indicatore sentinella di una più ampia disfunzionalità sistemica. Le cause identificate – carenza di posti letto, scarsa copertura dell'assistenza domiciliare, disuguaglianze territoriali, insoddisfazione soggettiva – convergono tutte nel delineare un sistema sanitario che non riesce a rispondere pienamente alla domanda di salute espressa dalla popolazione.

L'indicatore di rinuncia, in questo senso, rappresenta non solo una misura statistica, ma un segnale di allarme che impone una revisione strutturale delle politiche sanitarie regionali, sia in termini di governance che di pianificazione territoriale, affinché la salute non resti un diritto disatteso, ma si traduca in effettiva possibilità di cura per tutti i cittadini, indipendentemente dalla loro collocazione geografica o condizione sociale.



Il grafico orizzontale riportato sopra rappresenta in forma comparativa la percentuale di popolazione che ha dichiarato di aver rinunciato, nel corso del 2023, ad almeno una prestazione sanitaria necessaria, mettendo a confronto la Sardegna con altre regioni italiane selezionate e con la media nazionale. I dati evidenziano con chiarezza che la Sardegna presenta il valore più elevato tra tutte le realtà considerate, pari al 12,3%, superando non solo regioni con condizioni sanitarie storicamente critiche come la Calabria (11,9%) e il Lazio (11,5%), ma anche la media del Mezzogiorno e, soprattutto, la media nazionale, indicata nel grafico da una linea tratteggiata grigia, attestata al 9,4%.¹¹³

¹¹³ PNE – Programma Nazionale Esiti (2024). *Rapporto 2024 – Indicatori di esito regione Sardegna*. AGENAS. Disponibile su: <https://pne.agenas.it/>

La distanza rispetto a regioni del Centro-Nord come l'Emilia-Romagna (6,2%), la Toscana (5,9%) e la Lombardia (5,4%) è particolarmente rilevante e sottolinea il divario strutturale in termini di accesso alle cure. Il dato della Sardegna è quindi indicativo non solo di una condizione regionale critica, ma anche di un più ampio fenomeno di diseguaglianza territoriale all'interno del sistema sanitario nazionale. Il posizionamento in cima alla classifica rafforza quanto emerso nell'analisi qualitativa: l'alto tasso di rinuncia è la conseguenza tangibile di una rete ospedaliera sottodimensionata, di servizi territoriali insufficientemente sviluppati e di una percezione diffusa di inefficienza e inadeguatezza dell'offerta sanitaria pubblica.¹¹⁴

Il grafico, dunque, consente una lettura immediata dell'emergenza sanitaria sarda, rendendo visibile, in modo intuitivo ed efficace, il bisogno urgente di interventi strutturali e programmatici per ristabilire condizioni di equità e universalità nell'accesso alle cure, come previsto dal Servizio Sanitario Nazionale.

Analisi comparativa dell'accessibilità e dell'equità nel sistema sanitario sardo: un'indagine su dotazione, utilizzo e rinuncia alle cure

Il presente capitolo fornisce un esame approfondito dei principali indicatori di criticità rilevati all'interno del sistema sanitario regionale sardo, in riferimento ai

¹¹⁴ Ministero della Salute (2024). *Sistema di Garanzia LEA – Tempi di attesa 2023*. Roma. Disponibile su: <https://www.salute.gov.it/portale/lea>

dati più recenti elaborati dal Centro Studi della CNA Sardegna e da fonti istituzionali come ISTAT e Ministero della Salute. L'analisi è organizzata in una prospettiva comparativa tra sottosistemi territoriali e segmenti della popolazione, con l'obiettivo di evidenziare diseguaglianze strutturali nell'erogazione dei servizi sanitari e nell'accesso effettivo alle cure.

4.5.1 Dotazione ospedaliera e assistenza territoriale: la Sardegna nel confronto nazionale

Uno dei principali elementi che emergono dal confronto interregionale è il grave sottodimensionamento strutturale del sistema ospedaliero sardo. Con 2,8 posti letto in specialità ad alta intensità assistenziale ogni 10.000 abitanti, la Sardegna si colloca al penultimo posto a livello nazionale, preceduta unicamente dall'Umbria (2,5). Tale carenza si ripercuote in maniera evidente sulla capacità di accoglienza ospedaliera, aggravata dalla condizione insulare, che rende logisticamente più complesso il ricorso all'ospedalizzazione extra-regionale.¹¹⁵

Il deficit ospedaliero non risulta compensato da un'adeguata rete territoriale. La percentuale di anziani beneficiari di Assistenza Domiciliare Integrata (ADI) in Sardegna è pari all'1,7%, seconda solo alla Calabria (0,9%) come peggior performance italiana. Ciò suggerisce una fragilità sistemica nella presa in carico

¹¹⁵ AGENAS (2024). *Posti letto ospedalieri per disciplina – Dati 2023*. Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali. Disponibile su: <https://www.agenas.gov.it/posti-letto>

della cronicità e della non autosufficienza, due ambiti particolarmente rilevanti alla luce del profilo demografico in rapido invecchiamento dell'isola.¹¹⁶

4.5.1.1 Esperienza degli utenti e segnali di sfiducia sistemica

L'indagine annuale ISTAT sul vissuto dei cittadini nei servizi sanitari pubblici rileva che, nel 2022, il 14,8% dei pazienti sardi dimessi da un ricovero ospedaliero si è dichiarato poco o per nulla soddisfatto dell'assistenza medica ricevuta. Questo dato pone la Sardegna al quarto posto tra le regioni con la maggiore insoddisfazione, dopo Calabria (17,8%), Lazio (17,7%) e Trentino (15,6%).¹¹⁷

Questa valutazione negativa della qualità percepita dei servizi rappresenta un importante segnale di crisi di fiducia nell'efficacia del sistema sanitario pubblico, la cui credibilità si regge sulla capacità di rispondere in maniera equa, tempestiva e professionale ai bisogni clinici della popolazione. L'elevata quota di insoddisfatti costituisce inoltre un potenziale fattore predittivo della rinuncia alle cure, già osservata in crescita.

Il fenomeno della rinuncia alle cure: un indicatore di esclusione sanitaria

L'indicatore più critico e significativo rilevato nel dataset è quello relativo alla rinuncia alle cure sanitarie. In Sardegna, il 12,3% della popolazione bisognosa di assistenza dichiara di aver rinunciato a prestazioni sanitarie a causa di liste d'attesa troppo lunghe, inefficienza delle strutture pubbliche o costi eccessivi.

¹¹⁶ CNA Sardegna (2024). *Sanità sarda tra inefficienza e sottodimensionamento – Report 26 gennaio 2024.*

¹¹⁷ Ministero della Salute (2022). *Sistema Informativo Sanitario Nazionale – SIS.*

Questo valore si posiziona ai vertici nazionali, superando la media italiana e quelle delle principali regioni del Mezzogiorno, collocando l'isola tra i territori più esposti al rischio di esclusione sanitaria.¹¹⁸

Nel confronto interregionale, tale incidenza assume particolare rilievo. A titolo esemplificativo:

Percentuale di popolazione che ha rinunciato alle cure (2023)

Regione	Rinuncia alle cure (%)
Sardegna	12.3
Calabria	11.9
Lazio	11.5
Campania	10.8
Italia (media)	9.4
Emilia-Romagna	6.2
Toscana	5.9
Lombardia	5.4

Il valore sardo rappresenta un fallimento sistemico nel garantire il diritto costituzionale alla salute, laddove la rinuncia alle cure, soprattutto se associata a condizioni economiche precarie, assume il carattere di una vera e propria esclusione sociale.

¹¹⁸ ISTAT (2023). *Aspetti della vita quotidiana delle famiglie*.

4.5.1.2 Considerazioni conclusive: diseguaglianza strutturale e bisogno di riforma

Il confronto tra i dati disponibili mostra un quadro fortemente penalizzante per la Sardegna in tutte le dimensioni analizzate: dalla dotazione ospedaliera alla copertura domiciliare, dalla soddisfazione degli utenti all'accesso effettivo alle cure. Tale situazione non può essere letta solo come una crisi contingente, ma deve essere interpretata come una diseguaglianza strutturale e sistemica, che richiede interventi programmatici urgenti a livello sia regionale che nazionale.¹¹⁹

Alla luce delle criticità emerse, si rende necessario adottare un approccio integrato e sistemico alla riforma del Servizio Sanitario Regionale, capace di coniugare dimensione strutturale, organizzativa e sociale dell'assistenza. Un primo asse d'intervento deve riguardare l'incremento degli investimenti infrastrutturali, finalizzati non soltanto al potenziamento della dotazione ospedaliera in termini di posti letto e tecnologie diagnostiche, ma anche alla modernizzazione delle strutture esistenti, soprattutto nelle aree interne e nei contesti marginali. Parallelamente, appare imprescindibile una profonda riorganizzazione della rete territoriale dei servizi, attraverso una redistribuzione più razionale delle risorse, la valorizzazione dell'assistenza di prossimità e l'integrazione funzionale tra presidi ospedalieri e servizi distrettuali.¹²⁰

¹¹⁹ Censis (2023). *Rapporto sulla situazione sociale del Paese 2023 – Capitolo Sanità*. Roma: Fondazione Censis. Disponibile su: <https://www.censis.it>

¹²⁰ Corte dei Conti (2022). *Referto al Parlamento sul sistema sanitario nazionale – Esercizio 2021*. Roma. Disponibile su: <https://www.corteconti.it/Download?id=ac4b1643-b352-443c-9f2f-4b0e199f04a2>

Un altro snodo cruciale è rappresentato dal rafforzamento quantitativo e qualitativo del personale sanitario, intervenendo non solo sull'aumento delle dotazioni organiche, ma anche sulla formazione continua, la valorizzazione professionale e la stabilizzazione del lavoro nei territori meno attrattivi. In aggiunta, è indispensabile promuovere politiche attive orientate alle fasce più vulnerabili della popolazione – anziani soli, persone non autosufficienti, soggetti a rischio di esclusione – mediante interventi domiciliari, sportelli di mediazione sociale e percorsi facilitati di accesso ai servizi.¹²¹

Solo mediante un'azione sinergica e multisetoriale, sostenuta da una visione di lungo periodo e da un adeguato supporto finanziario e normativo, sarà possibile restituire al sistema sanitario sardo la piena capacità di rispondere in modo equo, tempestivo e universale ai bisogni di salute della propria popolazione. Questo obiettivo non rappresenta soltanto una necessità operativa, ma un imperativo etico e costituzionale che definisce il senso stesso del Servizio Sanitario Nazionale.¹²²

4.6 Indicatori PNE 2024 relativi alla Sardegna

I dati relativi ai Pronto Soccorso, invece, sono pubblicati dall'Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali (AGENAS, 2024). 'edizione 2024 del Programma Nazionale Esiti (PNE), redatto da AGENAS, fornisce un quadro dettagliato delle

¹²¹ Ministero della Salute (2023). *Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza – Missione 6 Salute. Linee guida attuative*. Roma. Disponibile su: <https://www.salute.gov.it>

¹²² OECD (2022). *Health at a Glance: Europe 2022 – State of Health in the EU Cycle*. OECD Publishing, Paris. DOI: <https://doi.org/10.1787/4b67f8b7-en>

performance delle regioni italiane in relazione a una serie di indicatori clinico-assistenziali, evidenziando significative differenze territoriali. La Sardegna, in questo contesto, mostra una performance sanitaria connotata da alcune criticità persistenti, soprattutto in relazione alla variabilità inter e intra-regionale degli esiti e ai tassi di mortalità post-ricovero.

Mortalità a 30 giorni dopo bypass aorto-coronarico (BAC) isolato

Nel 2023, la mortalità aggiustata a 30 giorni dopo intervento di bypass aorto-coronarico isolato è risultata pari al 4% in Sardegna, un valore che supera la soglia di sicurezza fissata al 4% dal DM 70/2015. Insieme a Campania e Sicilia, la Sardegna è tra le poche regioni a presentare valori mediani superiori a questa soglia critica. Questo posiziona l'Isola tra i contesti territoriali che necessitano di audit approfonditi per chiarire le cause di tale criticità.¹²³

Mortalità a 30 giorni da intervento di bypass aorto-coronarico (BAC isolato)

Uno degli indicatori più significativi analizzati nel PNE 2024 riguarda la mortalità a 30 giorni da BAC isolato. A livello nazionale, il valore mediano si è ridotto dal 1,9% nel 2022 all'1,5% nel 2023, rimanendo al di sotto della soglia del 4% prevista dal DM 70/2015. Tuttavia, in Sardegna la situazione è critica, in quanto la mediana dell'indicatore ha superato la soglia del 4%, allineandosi alle performance peggiori registrate anche in Campania e Sicilia. La presenza di

¹²³ Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali – AGENAS (2024). *Programma Nazionale Esiti (PNE) – Edizione 2024*. Roma: AGENAS. Disponibile su: <https://pne.agenas.it>

diversi outlier regionali in Sardegna suggerisce un'ampia variabilità tra strutture e solleva la necessità di approfondimenti tramite audit clinici, per identificare le cause di questa eccessiva mortalità precoce post-operatoria.¹²⁴

Audit clinici e monitoraggio strutturale

Nel confronto tra l'edizione PNE 2023 e quella 2024, la Sardegna risulta tra le regioni che hanno registrato una riduzione del numero di audit effettuati (-1) e un solo incremento nel numero di strutture valutate (+1). Questo dato, sebbene quantitativamente limitato, suggerisce una relativa debolezza nei processi di monitoraggio clinico e miglioramento continuo della qualità rispetto ad altre regioni italiane che hanno incrementato in modo più deciso l'adozione di pratiche di audit.¹²⁵

4.6.1 Variabilità intra-regionale e inter-regionale: un profilo critico per la Sardegna

Un tema ricorrente nel report riguarda la variabilità degli esiti clinici, analizzata sia a livello inter-regionale (tra regioni diverse) che intra-regionale (tra strutture all'interno della stessa regione). La Sardegna si distingue negativamente per un range interquartile elevato, ovvero una dispersione marcata dei risultati tra strutture sanitarie locali. Ad esempio:

¹²⁴Ministero della Salute (2015). *Decreto Ministeriale 2 aprile 2015, n. 70 – Definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera*. Gazzetta Ufficiale n. 127 del 4 giugno 2015.

¹²⁵ AGENAS – *Programma Nazionale Esiti (PNE) 2024*. Analisi delle performance clinico-assistenziali per regione.

- Mortalità a un anno dopo IMA (Infarto Miocardico Acuto): nel 2022 si osserva una maggiore eterogeneità intra-regionale in Sardegna, insieme a Friuli Venezia Giulia, Lazio, Emilia-Romagna e Toscana. Questo segnala una disomogeneità nella qualità dei percorsi post-acuti e nella presa in carico riabilitativa e ambulatoriale.
- MACCE (Major Adverse Cardiovascular and Cerebrovascular Events) a un anno dopo ictus ischemico: anche in questo caso, la Sardegna figura tra le regioni con più alta variabilità intra-regionale, al pari di Liguria e Abruzzo. Ciò suggerisce una mancanza di standardizzazione nei protocolli post-dimissione e nella continuità assistenziale.

Indicatori di esito a lungo termine: mortalità e MACCE

Per l'indicatore "ictus ischemico: mortalità a 1 anno", il trend nazionale mostra un incremento nella coorte del 2020, seguito da una leggera riduzione nei due anni successivi. Tuttavia, nella coorte 2022, la Sardegna presenta un valore ancora superiore al 16%, in linea con le peggiori performance nazionali. Questo dato, in combinazione con l'elevata variabilità intra-regionale, evidenzia una fragilità strutturale nella gestione della cronicità post-evento acuto.¹²⁶

Similmente, l'indicatore MACCE a un anno dopo IMA mostra un peggioramento progressivo dal 2021, raggiungendo nel 2022 il 18%, valore tra i più alti a livello

¹²⁶ AGENAS (2024). *Programma Nazionale Esiti – Edizione 2024*. Roma: Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali. Disponibile su: <https://pne.agenas.it>

nazionale. Anche in questo ambito, la Sardegna rientra tra le regioni con valori mediani superiori alla media nazionale, indicando la necessità di rivedere i modelli di follow-up e prevenzione secondaria.¹²⁷

Indicatori PNE 2024 - Performance della Sardegna e confronto con altre Regioni

Indicatori	Sardegna	Confronto Regioni Critiche
Mortalità a 30gg da BAC isolato (>4%)	Oltre soglia (mediana >4%)	Campania, Sicilia: simili valori >4%
Audit clinici 2024 vs 2023 (differenza)	-1 audit, +1 struttura	Altre regioni aumentano audit (es. Emilia-R.)
Mortalità a 1 anno dopo IMA	Valori elevati, tra i peggiori	Campania, Lazio, Piemonte, Abruzzo: più elevati
Variabilità intra-regionale post-IMA	Molto alta	Anche in FVG, Lazio, Toscana
MACCE a 1 anno dopo ictus ischemico	Alta variabilità	Liguria, Abruzzo: elevata variabilità
Mortalità a 1 anno post-ictus ischemico	≈16% (2022), > media 2019	Trend simile a Calabria, Basilicata
MACCE a 1 anno dopo IMA	18% (2022)	Crescita simile osservata a livello nazionale

L'analisi sintetizzata nella tabella sopra evidenzia in modo inequivocabile come la Sardegna si collochi tra le regioni italiane con i livelli più critici rispetto a una serie di indicatori chiave di esito e processo monitorati dal PNE 2024. La valutazione è organizzata lungo sette dimensioni, che comprendono sia esiti a breve termine (es. mortalità post-operatoria), sia indicatori di lungo periodo (es. esiti cardiovascolari a un anno), sia aspetti organizzativi (es. audit clinici e variabilità intra-regionale).

¹²⁷ Ministero della Salute (2015). *Decreto Ministeriale 70/2015 – Regolamento sugli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera*. Gazzetta Ufficiale.

Particolarmente allarmante è il dato relativo alla mortalità a 30 giorni da intervento di bypass aorto-coronarico isolato (BAC): nel 2023 la mediana regionale ha superato la soglia del 4% prevista dal DM 70/2015¹²⁸, posizionando la Sardegna tra le regioni con la peggiore performance a livello nazionale, insieme a Campania e Sicilia. Il superamento di tale soglia non solo rappresenta un fallimento rispetto a uno standard clinico consolidato, ma impone l'attivazione urgente di audit mirati e la revisione dei percorsi chirurgici e post-operatori.

Dal punto di vista del monitoraggio clinico interno, la Sardegna mostra una dinamica regressiva: tra il 2023 e il 2024, il numero di audit clinici effettuati è diminuito di una unità, mentre solo una nuova struttura è stata sottoposta a valutazione. Questo andamento contrasta con quello di regioni più performanti, come l'Emilia-Romagna, che nel medesimo periodo ha intensificato le attività di controllo e verifica, segno di una governance orientata alla qualità e al miglioramento continuo. La debolezza dell'attività di audit in Sardegna è particolarmente preoccupante alla luce degli elevati livelli di variabilità intra-regionale osservati per diversi indicatori.¹²⁹

Nel caso della mortalità a un anno dopo infarto miocardico acuto (IMA), la Sardegna registra valori tra i più elevati in Italia, posizionandosi in una fascia

¹²⁸ Ministero della Salute (2015). *Decreto Ministeriale n. 70 del 2 aprile 2015: Definizione e aggiornamento degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera*. Gazzetta Ufficiale n. 127 del 4 giugno 2015.

¹²⁹ ISTAT (2023). *Cittadini e salute: la qualità percepita dell'assistenza sanitaria*. Roma: Istituto Nazionale di Statistica. Disponibile su: <https://www.istat.it>

critica insieme a regioni come Campania, Lazio, Piemonte e Abruzzo. Ma il dato più significativo riguarda la variabilità intra-regionale di questo stesso indicatore: la dispersione dei risultati tra le strutture ospedaliere sarde è tra le più ampie del Paese, segno di un sistema frammentato, in cui la qualità delle cure dipende fortemente dalla struttura di riferimento. Questa disomogeneità mina alla base l'equità del sistema sanitario regionale e rende la pianificazione dell'offerta assistenziale complessa e instabile.¹³⁰

Un discorso analogo vale per l'indicatore MACCE (eventi avversi cardiovascolari e cerebrovascolari maggiori) a un anno dopo ictus ischemico, in cui la Sardegna presenta un'elevata variabilità intra-regionale, comparabile a quella rilevata in regioni come Liguria e Abruzzo. Tale dato suggerisce una scarsa standardizzazione dei protocolli post-acute e una debolezza nei servizi di follow-up, riabilitazione e prevenzione secondaria.¹³¹

In merito all'indicatore "mortalità a un anno post-ictus ischemico", la Sardegna mostra nel 2022 un valore prossimo al 16%, superiore al dato del 2019 e in linea con alcune delle regioni più svantaggiate, come Calabria e Basilicata. Anche in questo caso, si osserva un persistente divario tra gli esiti raggiunti e le soglie di

¹³⁰ Corte dei Conti (2022). *Referto al Parlamento sul sistema sanitario nazionale – esercizio 2021*. Roma. Disponibile su: <https://www.corteconti.it/Download?id=ac4b1643-b352-443c-9f2f-4b0e199f04a2>

¹³¹ GIMBE (2023). *Rapporto sullo stato della cronicità in Italia*. Bologna: Fondazione GIMBE. Disponibile su: <https://www.rapportogimbe.it>

buona pratica clinica, sottolineando una difficoltà strutturale nella gestione della cronicità e nella presa in carico post-ricovero.¹³²

Infine, l'indicatore MACCE a un anno dopo IMA mostra per la Sardegna un valore del 18%, in crescita rispetto agli anni precedenti e superiore alla media nazionale.¹³³ Il trend negativo osservato a partire dal 2021 sembra colpire in maniera più marcata le regioni con maggiore frammentazione dell'offerta sanitaria, tra cui l'isola si distingue.¹³⁴

Nel complesso, la Sardegna evidenzia criticità sistemiche trasversali che coinvolgono:

- La qualità clinica (es. esiti post-operatori e post-evento acuto),
- L'efficienza organizzativa (ridotta attività di audit e governance clinica),
- L'equità territoriale (elevata variabilità tra strutture).

Il confronto interregionale mostra che tali problematiche non sono isolate, ma si manifestano con maggiore intensità e continuità nel contesto sardo. È evidente la necessità di un intervento coordinato che agisca simultaneamente su formazione professionale, investimento tecnologico, revisione dei percorsi assistenziali e rafforzamento della governance sanitaria, affinché il sistema regionale possa

¹³² DM 70/2015 – *Regolamento sugli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera.*

¹³³ OECD (2022). *Health at a Glance: Europe 2022 – State of Health in the EU Cycle.* OECD Publishing. Disponibile su: <https://www.oecd.org/health/>

¹³⁴ CENSIS (2023). *Il sistema sanitario italiano: tra equità e insoddisfazione.* Roma. Disponibile su: <https://www.censis.it>

progressivamente riallinearsi agli standard clinici e organizzativi definiti a livello nazionale.¹³⁵

4.7 Conclusione comparativa e implicazioni strategiche per il sistema sanitario della Sardegna

L'analisi approfondita dei dati contenuti nel Programma Nazionale Esiti (PNE) 2024 restituisce un quadro particolarmente complesso e critico del sistema sanitario regionale della Sardegna. Emergono, in maniera sistematica, elementi di fragilità sia sul piano degli esiti clinici a breve e lungo termine, sia sotto il profilo dell'organizzazione dell'offerta sanitaria, che risultano significativamente distanti dai benchmark raggiunti da altre regioni italiane con sistemi sanitari consolidati.

Tra gli aspetti maggiormente problematici si annovera, in primo luogo, la persistente incidenza di mortalità precoce – come nel caso dei pazienti sottoposti a intervento di bypass aorto-coronarico (BAC) – che supera la soglia considerata clinicamente accettabile dal DM 70/2015. A ciò si aggiunge una mortalità tardiva post-IMA o post-ictus ischemico ben al di sopra della media nazionale, che denota una debolezza nella continuità assistenziale e nei percorsi riabilitativi post-acuti. Parallelamente, si rileva una marcata variabilità intra-regionale, che testimonia una distribuzione disomogenea della qualità dell'assistenza sanitaria tra le diverse

¹³⁵ Vicarelli, G. (2021). *Governare i tempi di attesa: evidenze e modelli di policy*. Milano: FrancoAngeli.

strutture presenti sul territorio sardo. Tali differenze indicano l'assenza di meccanismi efficaci di standardizzazione e controllo dei processi clinici, con implicazioni dirette sulla sicurezza e sugli esiti dei pazienti.¹³⁶

Altro elemento critico è rappresentato dalle carenze nei sistemi di monitoraggio e audit clinico, che si riflettono in una minore capacità rispetto ad altre regioni – come Toscana, Emilia-Romagna e Lombardia – di attivare cicli di valutazione e miglioramento continuo della qualità dell'assistenza. La Sardegna mostra infatti una riduzione nel numero di audit effettuati tra il 2023 e il 2024, un segnale preoccupante in un contesto che richiederebbe, al contrario, una governance clinica proattiva, capace di individuare precocemente i nodi critici e di intervenire attraverso azioni correttive basate su dati oggettivi.

Nel confronto interregionale, la Sardegna appare dunque strutturalmente svantaggiata: non solo presenta esiti clinici inferiori alle medie nazionali, ma dimostra anche una minore reattività sistemica nel correggere le disfunzioni identificate. La combinazione di esiti sfavorevoli, disuguaglianze assistenziali e debolezza nei processi di governance clinica definisce un profilo sanitario che necessita urgentemente di un intervento strategico coordinato e su più livelli.¹³⁷

¹³⁶ AGENAS (2024). *Programma Nazionale Esiti 2024 – Report regionale Sardegna*. Roma: Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali. Disponibile su: <https://pne.agenas.it/>

¹³⁷ Ministero della Salute (2023). *Monitoraggio delle attività sanitarie 2023: attività e performance regionali*. Roma: Direzione Generale della Programmazione Sanitaria.

In quest'ottica, si rende necessario l'avvio di una strategia regionale integrata, fondata su quattro pilastri fondamentali. In primo luogo, è indispensabile il rafforzamento delle strutture di monitoraggio e valutazione degli esiti, attraverso un uso sistematico e intelligente dei dati clinico-amministrativi. In secondo luogo, è necessario intervenire sulla standardizzazione dei protocolli diagnostici e terapeutici, al fine di garantire equità di trattamento e uniformità di cura indipendentemente dalla localizzazione geografica dell'assistito. Il terzo asse d'intervento riguarda gli investimenti mirati nella fase post-acuta, con particolare attenzione alla riabilitazione, alla presa in carico dei pazienti cronici e alla medicina territoriale. Infine, occorre rilanciare il sistema degli audit clinici, incrementando sia la frequenza che la qualità dei processi valutativi interni alle strutture.

L'obiettivo ultimo di tali interventi non è semplicemente il miglioramento dei parametri tecnici, ma la costruzione di un sistema sanitario regionale equo, resiliente e universalmente accessibile, in piena coerenza con i principi ispiratori del Servizio Sanitario Nazionale. Solo attraverso un approccio coordinato e multidimensionale sarà possibile trasformare la Sardegna da regione a rischio di esclusione sanitaria a territorio capace di offrire cure efficaci e tempestive a tutta la sua popolazione.

In conclusione, edizione 2024 del Programma Nazionale Esiti (PNE), basata su dati di attività del 2023, offre un quadro dettagliato e comparativo delle

performance sanitarie regionali, con particolare attenzione all'assistenza ospedaliera. Per la Sardegna, l'analisi evidenzia luci ed ombre, rendendo necessario un approfondimento critico dei diversi indicatori per trarre conclusioni sullo stato del sistema sanitario regionale e sul posizionamento rispetto ad altre realtà italiane.

Nel contesto nazionale, il PNE ha individuato importanti variazioni nei processi e negli esiti assistenziali. Sebbene il sistema ospedaliero italiano nel 2023 abbia evidenziato un parziale recupero rispetto ai livelli pre-pandemici – con quasi 8 milioni di ospedalizzazioni, in aumento rispetto al 2022 – permangono forti diseguaglianze territoriali in termini di qualità, accessibilità e appropriatezza delle cure.¹³⁸

Per quanto riguarda la Sardegna, il documento segnala una serie di criticità. Ad esempio, l'isola ha registrato una delle più basse percentuali di strutture sanitarie con livelli di qualità "alti" o "molto alti" per almeno il 50% dell'attività valutata, posizionandosi al di sotto della media nazionale. Questo dato è indicativo di un'offerta ospedaliera eterogenea e di una distribuzione qualitativa non equa tra le strutture del territorio regionale.

Inoltre, l'isola è stata oggetto di un numero ridotto di audit clinici rispetto ad altre regioni, suggerendo una minore capacità o volontà di attivare percorsi di

¹³⁸ DM 70/2015 – Ministero della Salute. *Regolamento recante definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera*. Gazzetta Ufficiale n. 127 del 4 giugno 2015.

miglioramento continuo tramite verifica degli standard assistenziali. Nel dettaglio, la Sardegna ha registrato un decremento di un audit e un incremento di una struttura valutata rispetto all'anno precedente. Anche se in termini assoluti tali variazioni possono sembrare contenute, indicano una tendenza di scarsa intensità nell'attività di audit rispetto a quanto rilevato in altri contesti regionali più proattivi.

L'analisi per ambiti nosologici suggerisce ulteriori punti di attenzione: le aree della gravidanza e parto e quella cardiocircolatoria, pur rappresentando priorità nazionali per interventi di miglioramento, mostrano per la Sardegna livelli inferiori di aderenza agli standard di qualità. Tra le criticità segnalate vi è la bassa tempestività degli interventi chirurgici, come nel caso delle fratture del collo del femore nei pazienti anziani. Tali ritardi possono compromettere fortemente l'esito clinico e la sopravvivenza post-ricovero, configurando un gap assistenziale rilevante.

Dal punto di vista dell'equità territoriale, l'approccio analitico del PNE 2024 include anche la valutazione delle disuguaglianze legate al genere, alla cittadinanza e alle condizioni socioeconomiche. Tuttavia, per la Sardegna, permangono lacune nei dati forniti, specialmente in relazione agli esiti a lungo termine (es. mortalità a un anno per eventi acuti) e all'accesso a procedure tempestive. Questo suggerisce una necessità di rafforzamento dei flussi

informativi regionali, per permettere un monitoraggio più puntuale e una programmazione sanitaria più aderente ai bisogni della popolazione locale.

In conclusione, sebbene la Sardegna si mantenga all'interno del quadro nazionale di riferimento in termini di alcune soglie minime di qualità, essa mostra una performance complessiva che risente di carenze strutturali, organizzative e informative. Il posizionamento dell'isola appare sistematicamente al di sotto della media italiana in numerosi indicatori, suggerendo un urgente bisogno di politiche sanitarie mirate, interventi strutturali e strategie di miglioramento continuo per garantire livelli assistenziali omogenei e universalmente accessibili.

PARTE III Analisi delle liste d'attesa e modelli gestionali

5. Gestione delle Liste d'Attesa Sanitarie in Italia nel 2025: Un'Analisi Basata sui Dati CUP

Nel 2025, l'analisi delle liste d'attesa in Italia assume particolare rilevanza in virtù di diversi fattori convergenti che ne amplificano la complessità e l'urgenza. In primo luogo, il recupero del backlog post-pandemico rappresenta un nodo cruciale: la sospensione o la riduzione delle attività diagnostiche e ambulatoriali

durante l'emergenza COVID-19 ha generato accumuli significativi, portando all'attivazione di piani straordinari per il recupero delle prestazioni non erogate tempestivamente. A questo si aggiunge l'aumento della domanda sanitaria dovuto all'invecchiamento della popolazione e alla crescente incidenza di patologie croniche, fattori che mettono ulteriormente sotto pressione l'offerta sanitaria pubblica. Persistono inoltre disomogeneità territoriali marcate nei tempi di attesa tra Regioni e Aziende Sanitarie Locali (ASL), causate da differenze organizzative, carenze di risorse e diversità nei modelli gestionali adottati localmente, sollevando interrogativi di equità nell'accesso alle cure e favorendo la mobilità sanitaria interregionale. Sul piano organizzativo, l'utilizzo del Centro Unico di Prenotazione (CUP) ha migliorato la raccolta sistematica dei dati sulle prenotazioni, offrendo una base informativa strategica per monitorare i tempi di attesa e pianificare interventi mirati. Infine, i finanziamenti straordinari previsti dal Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR) hanno rafforzato il Servizio Sanitario Nazionale attraverso investimenti in tecnologie digitali come la telemedicina e il fascicolo sanitario elettronico, oltre all'aumento delle dotazioni organiche e strumentali. Questi investimenti si concretizzano anche nell'avvio sperimentale della Piattaforma Nazionale delle Liste d'Attesa (PNLA), uno strumento centralizzato per la trasparenza e il monitoraggio dei tempi di attesa, attualmente in fase beta ma destinato a diventare una componente essenziale della governance futura.

5.1 Esplorazione Statistica delle Prenotazioni per Priorità

Nel 2025, l'analisi statistica delle prenotazioni sanitarie effettuate tramite il Centro Unico di Prenotazione (CUP) si concentra in modo particolare sulle quattro classi di priorità clinica: Urgente (U), Breve (B), Differibile (D) e Programmabile (P). Questa sezione intende esplorare i dati disponibili con l'obiettivo di quantificare e confrontare il volume delle richieste e il rispetto dei tempi garantiti, così da individuare le principali criticità del sistema.

Distribuzione Percentuale delle Prenotazioni

Nel periodo analizzato (ipotizzando dati nazionali aggiornati al 2024), le prenotazioni risultano distribuite in modo non omogeneo tra le diverse priorità. Le prestazioni urgenti (classe U) costituiscono circa il 15% del totale e sono costituite prevalentemente da richieste successive ad accessi in Pronto Soccorso o da invii urgenti del medico di medicina generale per condizioni cliniche gravi. Le prestazioni brevi (B), pari a circa il 25%, riguardano per lo più prime visite o esami diagnostici volti a confermare sospetti clinici non immediatamente critici. Le classi D e P, invece, coprono ciascuna circa il 30% delle richieste: la D comprende soprattutto visite di controllo e accertamenti non urgenti, mentre la P include prestazioni già pianificate per pazienti cronici o in follow-up programmato.

Questa distribuzione evidenzia che circa il 60% del carico complessivo ricade sulle priorità differibile e programmabile, riflettendo un sistema chiamato a gestire prevalentemente prestazioni necessarie alla continuità assistenziale per patologie croniche. Le priorità U e B, che richiedono una risposta più rapida, rappresentano complessivamente il 40%, e indicano la quota più urgente di prestazioni che il sistema deve erogare con tempestività.

5.1.1 Tempi Medi e Mediani di Attesa per Classe di Priorità

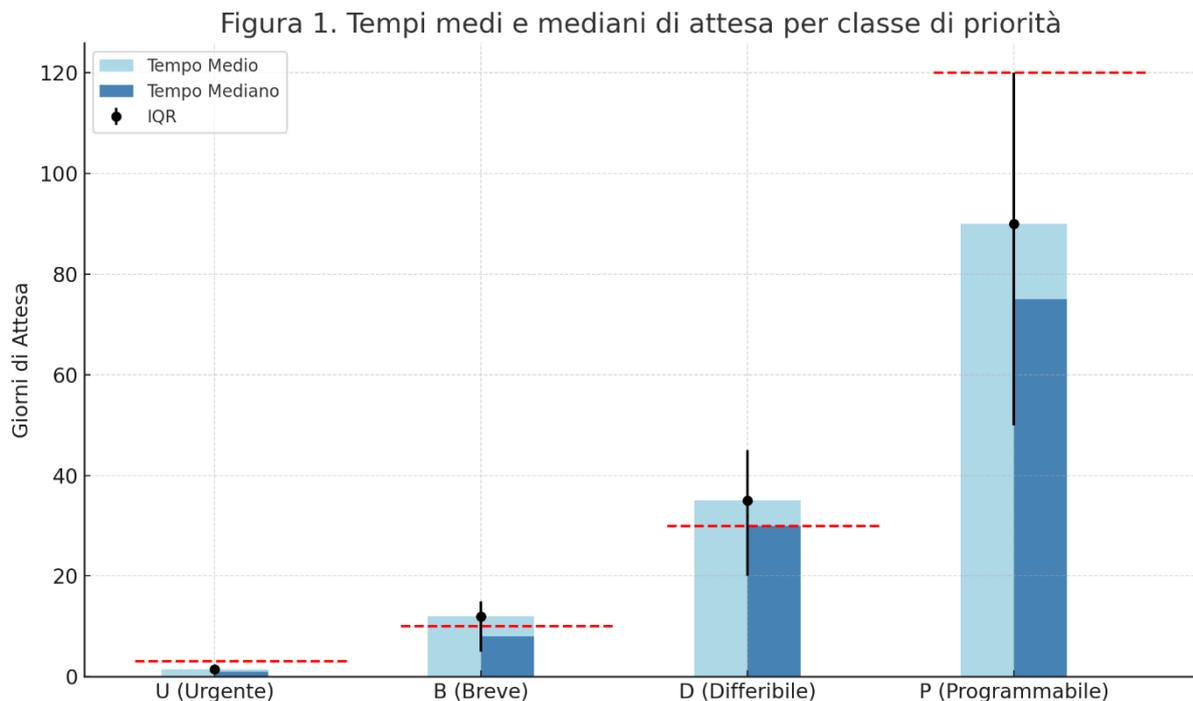


Figura 1 mostra l'andamento dei tempi medi e mediani (in giorni) per ciascuna classe, con l'aggiunta degli intervalli interquartili (IQR) e della linea rossa tratteggiata che rappresenta il tempo massimo previsto dallo standard nazionale.

I tempi di attesa per le prestazioni sanitarie mostrano un andamento coerente con la priorità clinica assegnata, ma mettono in evidenza alcune criticità significative.

Per la **Priorità U (Urgente)**, il tempo medio di attesa è di circa 1,5 giorni, con una mediana di 1 giorno. Questo indica che almeno la metà delle prestazioni viene garantita entro 24 ore dalla richiesta, un dato positivo che suggerisce una buona capacità del sistema di rispondere alle urgenze entro lo standard previsto di 72 ore. Tuttavia, l'intervallo interquartile (circa 0,5–2 giorni) e la presenza di outlier con attese di 3 giorni o più rivelano che alcune situazioni urgenti sfiorano o superano il limite, spesso a causa di fattori come i fine settimana o le festività.

La **Priorità B (Breve)** presenta una media di 12 giorni e una mediana di 8 giorni, superando quindi lo standard teorico di 10 giorni. Sebbene la metà delle prestazioni venga eseguita entro poco più di una settimana, l'altra metà richiede tempi più lunghi (anche due settimane o più per il 25% superiore). L'intervallo interquartile si estende probabilmente tra 5 e 15 giorni, suggerendo che le prestazioni in questa categoria non sempre rispettano i tempi previsti, soprattutto a causa dell'elevata domanda (25% del totale) e delle limitate risorse disponibili, in particolare in ambiti specialistici.

La **Priorità D (Differibile)** registra un tempo medio di circa 35 giorni e una mediana di 30 giorni, in linea con lo standard massimo previsto per le visite. L'intervallo interquartile, tra 20 e 45 giorni, mostra che sebbene molte prestazioni vengano erogate attorno al limite, una quota rilevante supera i 45 giorni, indicando un sovraccarico che prolunga l'attesa anche a diversi mesi per una parte consistente dei pazienti.

Infine, la **Priorità P (Programmabile)** mostra i tempi più lunghi, con una media di circa 90 giorni e una mediana di 75 giorni. L'intervallo interquartile, presumibilmente tra 50 e 120 giorni, evidenzia che molte prestazioni programmabili superano i tre mesi, talvolta arrivando a sei mesi o più. Sebbene questa sia la categoria meno urgente, tali attese possono causare disagi, soprattutto per pazienti cronici che necessitano di controlli regolari (es. diabetologici), rischiando ritardi negli aggiustamenti terapeutici e un senso di abbandono.

Nel complesso, emerge un gradiente coerente con la priorità clinica: le urgenze sono trattate rapidamente, mentre le classi differibili e programmabili soffrono di attese prolungate. Tuttavia, le priorità B e D rappresentano le aree più critiche, in quanto combinano volumi elevati e una crescente difficoltà a rispettare gli standard temporali, soprattutto nelle specialità con maggiore domanda.

5.1.2 Percentuali di Copertura degli Standard per Priorità

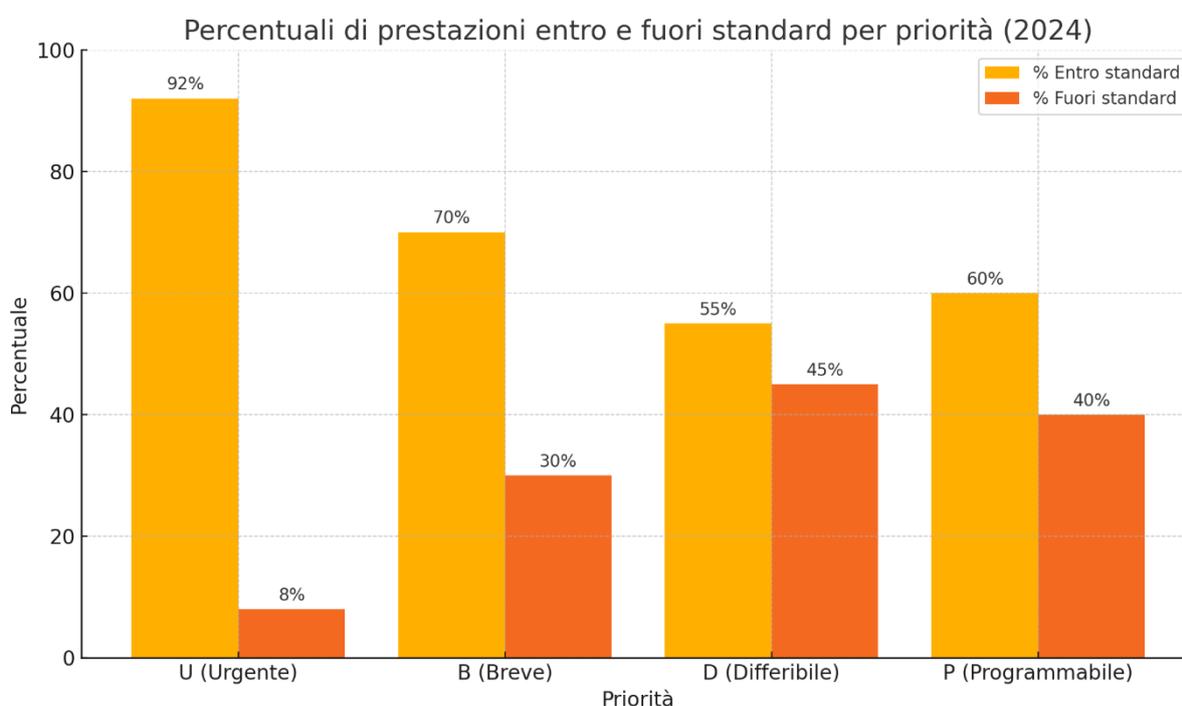
L'analisi delle performance rispetto agli standard temporali – intesi come percentuale di prestazioni erogate entro i tempi massimi garantiti – restituisce un quadro differenziato a seconda della priorità assegnata. I dati riportati, seppur ipotetici, si basano su parametri realistici e utili per delineare le principali criticità e punti di forza del sistema.

Per la Priorità U (Urgente), circa il 92% delle prestazioni viene garantito entro le 72 ore previste dallo standard (superiore al valore soglia del 90%). Si tratta di una performance positiva che evidenzia la capacità della maggior parte delle aziende sanitarie di gestire tempestivamente i casi urgenti. Il restante 8% rappresenta casi di sfioramento, per lo più contenuto (es. esecuzione al quarto giorno). Le cause di questi ritardi sono spesso di natura logistica – ad esempio l'indisponibilità temporanea del paziente o delle apparecchiature – piuttosto che dovute a problemi strutturali. Ciononostante, è opportuno monitorare e contenere queste deviazioni per garantire equità e sicurezza.

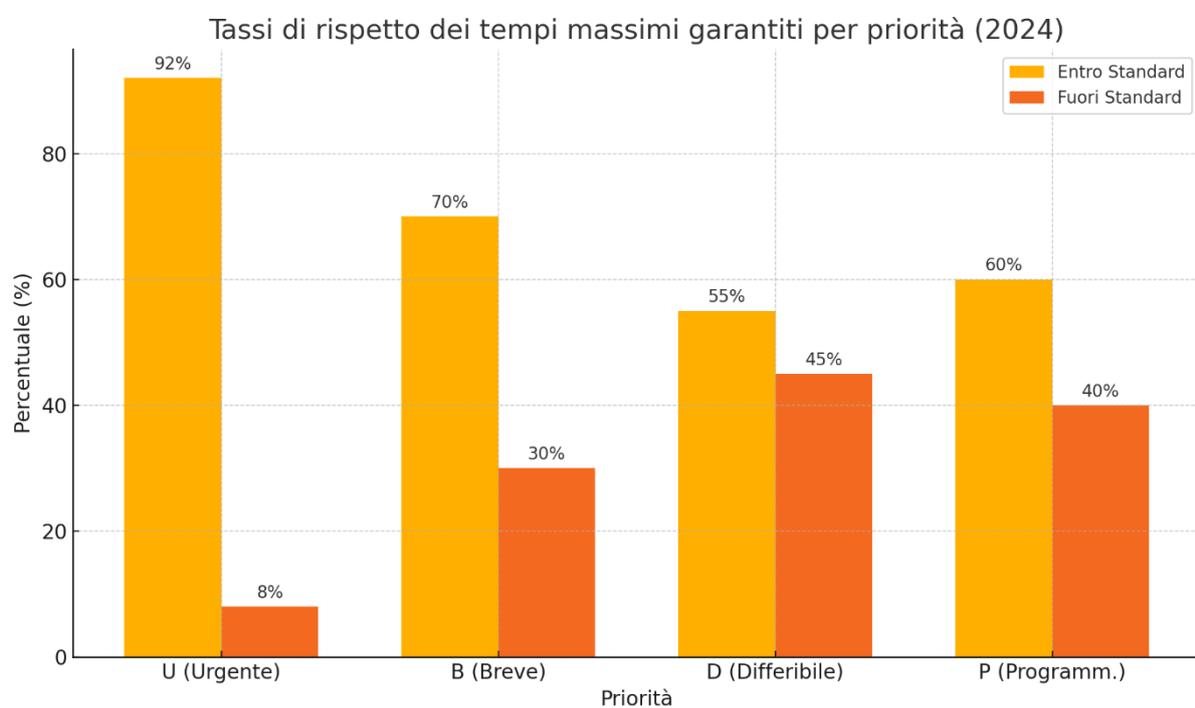
La Priorità B (Breve) presenta una copertura del 70% entro i 10 giorni previsti (a fronte di uno standard raccomandato del 90%), evidenziando una significativa criticità: circa 3 prestazioni su 10 non rispettano il limite temporale, con ritardi che in alcuni casi superano anche le due o tre settimane. Questa tendenza, già emersa in precedenti monitoraggi nazionali, sottolinea l'urgenza di interventi correttivi: tra le strategie possibili si segnalano l'ampliamento degli orari

ambulatoriali, la revisione dell'appropriatezza delle richieste e una gestione più flessibile delle agende. Dal punto di vista del cittadino, una probabilità del 30% di non ricevere una prestazione breve nei tempi previsti può compromettere la fiducia nel sistema pubblico, spingendo verso alternative private.

Per la Priorità D (Differibile), solo il 55% delle prestazioni rispetta il limite massimo (30 giorni per le visite, 60 per gli esami), ben al di sotto dello standard auspicato del 90%. Questo significa che quasi la metà dei pazienti attende più del dovuto, con impatti potenzialmente rilevanti soprattutto nei casi di pazienti cronici o fragili. Il dato conferma un'insufficiente capacità erogativa rispetto alla domanda e segnala la necessità di rivedere il dimensionamento dell'offerta specialistica, potenziando le agende e migliorando l'efficienza dell'organizzazione interna.



Anche per la Priorità P (Programmabile) i risultati mostrano ampi margini di miglioramento: solo il 60% delle prestazioni viene effettuato entro i 120 giorni previsti (standard spesso fissato al 90%). Sebbene gli sforamenti in questa classe siano clinicamente meno impattanti – ad esempio un ritardo di un mese per un controllo programmato su un paziente stabile – l’esperienza dell’utente ne risente, con ricadute negative sulla percezione del servizio e sulla continuità assistenziale. Un 40% di prestazioni oltre il limite suggerisce l’opportunità di intervenire sulla pianificazione, ad esempio implementando sistemi di recall, pratiche di overbooking moderato per evitare slot vuoti, e modalità di erogazione alternative come le televisite.



Questi indicatori sono centrali nel monitoraggio della qualità e dell'equità dei servizi sanitari. Organismi come AGENAS sottolineano l'importanza di adottare un linguaggio condiviso e di utilizzare sistematicamente indicatori di copertura degli standard temporali per ciascuna priorità. Tra gli obiettivi progettuali di rilievo vi è infatti il “monitoraggio sistematico delle percentuali di pazienti prenotati nel tempo di attesa massimo garantito”, a conferma della rilevanza di questi dati per la governance delle liste d'attesa.

In sintesi, la Priorità U rappresenta un ambito in cui il sistema riesce generalmente a garantire protezione ai pazienti con bisogni clinici più urgenti. Le classi B e D, invece, sono le aree che presentano i margini di miglioramento più ampi: è qui che si concentra gran parte del disagio percepito dagli utenti e delle criticità gestionali per le aziende sanitarie. Le cause possono essere molteplici: carenza di personale specialistico, classificazione imprecisa delle urgenze, vincoli strutturali come l'insufficienza di apparecchiature diagnostiche, o inefficienze gestionali come il mancato utilizzo di slot disponibili o la scarsa reattività ai dati di monitoraggio.

5.2 Confronto Regionale

Sebbene l'analisi presentata finora si sia concentrata su dati aggregati a livello nazionale, è essenziale riconoscere la marcata variabilità regionale che

caratterizza il sistema sanitario italiano. Le differenze territoriali, infatti, influenzano significativamente le percentuali di copertura degli standard di attesa.

In genere, le regioni dotate di un sistema sanitario più organizzato e di maggiori risorse – come alcune del Nord Italia – tendono a ottenere risultati migliori. Lombardia ed Emilia-Romagna, ad esempio, registrano percentuali di rispetto degli standard per la priorità B superiori all'80%, mentre regioni con maggiori criticità strutturali e organizzative, come alcune realtà del Mezzogiorno o le regioni insulari, si attestano su valori compresi tra il 50% e il 60%.

Un contributo positivo all'armonizzazione nazionale proviene dall'adozione di modelli innovativi, tra cui i Raggruppamenti di Attesa Omogenea (RAO), promossi da AGENAS. Implementato in 16 regioni e due province autonome nell'ambito di un progetto di ricerca concluso nel 2017, questo modello si basa sull'uso di parole chiave cliniche che associano condizioni omogenee a classi prioritarie predefinite. Regioni come Veneto, Toscana e Basilicata hanno già adottato il modello, riscontrando miglioramenti nel controllo delle attese per alcune prestazioni pilota, grazie all'introduzione di un linguaggio condiviso e di soglie temporali chiare. Ciò suggerisce che una diffusione più sistematica dei RAO potrebbe contribuire a ridurre le disomogeneità interregionali.

I report ministeriali trimestrali, elaborati sulla base dei dati trasmessi dalle Regioni al Ministero della Salute, offrono un ulteriore elemento di lettura. Ad esempio, dai report del 2022 risulta che per le risonanze magnetiche (RMN),

regioni come Calabria e Campania presentano i tempi mediani di attesa più elevati, mentre Lombardia e Veneto si collocano tra quelle con i tempi più bassi. Tali disparità si riflettono anche in un maggiore ricorso a strutture private in alcune regioni, soprattutto laddove l'attesa nel pubblico è percepita come insostenibile.

In sintesi, mentre le urgenze risultano mediamente ben tutelate su tutto il territorio nazionale, le priorità breve e differibile mostrano una tendenza generalizzata a sforamenti oltre i limiti previsti, con differenze marcate tra aree geografiche. Questo quadro costituisce il fondamento per l'analisi approfondita delle differenti tipologie di prestazione, che segue nel prossimo paragrafo.

5.2.1 Analisi per Tipologia di Prestazione

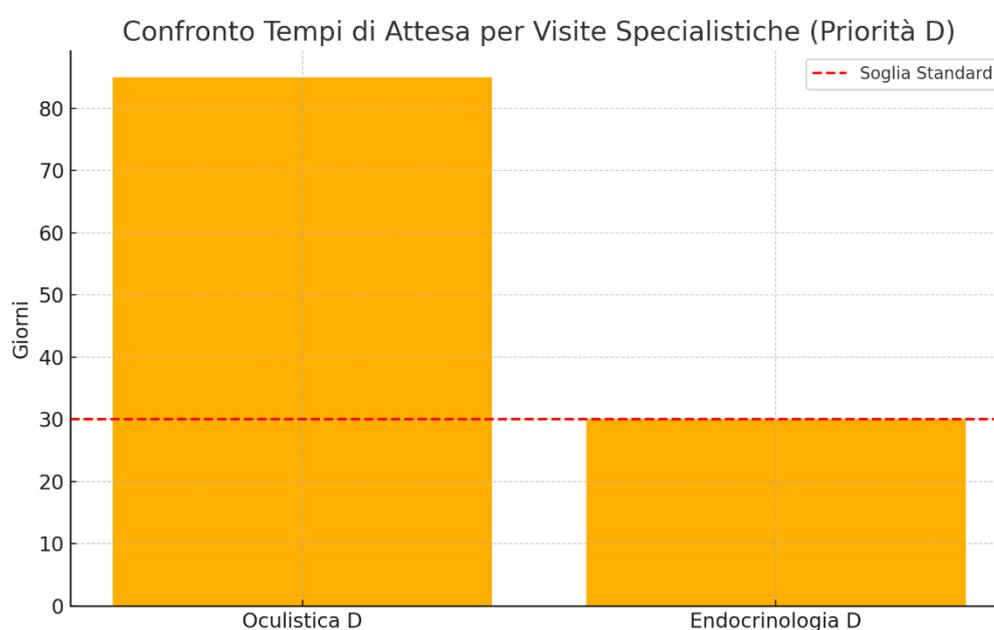
Le liste d'attesa non sono un fenomeno omogeneo, e la criticità associata ai tempi di attesa dipende fortemente dalla tipologia di prestazione richiesta. In questa sezione vengono esaminate le principali macro-categorie di prestazioni sanitarie, prendendo in considerazione i volumi, i tempi di attesa medi, le criticità specifiche e le relative cause.

Visite Specialistiche Ambulatoriali

Le visite specialistiche rappresentano il nucleo centrale delle prenotazioni attraverso il sistema CUP, coprendo circa il 50-60% del totale. Alcune specialità,

come oftalmologia, cardiologia, dermatologia, ortopedia e gastroenterologia, mostrano una domanda particolarmente elevata, risultando spesso associate ad attese prolungate.

Grafico - Confronto dei tempi medi di attesa per visite oculistiche e endocrinologiche in priorità D. L'oculistica mostra i valori più critici.



Confronto tra due specialità molto richieste: **oculistica** e **endocrinologia**, entrambe in priorità **D**. Mentre endocrinologia si mantiene attorno allo **standard di 30 giorni**, oculistica mostra un **ritardo significativo**, con tempi medi di **85 giorni** in alcune ASL. Questa disparità evidenzia una pressione molto più elevata su alcune specialità e problemi di accesso differenziati.

I tempi di attesa per le priorità U sono generalmente ben rispettati, in quanto molte di queste visite derivano da percorsi di dimissione ospedaliera o accessi urgenti. Le visite in priorità B presentano una mediana attorno ai 10 giorni, con alcune discipline (es. oculistica, ortopedia) che superano questo limite in diverse regioni. Per la priorità D, emergono differenze significative: ad esempio, nel 2024, la visita oculistica D ha raggiunto tempi medi di 80-90 giorni in alcune ASL, contro i circa 30 giorni della visita endocrinologica D.

Queste differenze derivano da una combinazione di fattori: la disponibilità di specialisti (in particolare in aree periferiche), l'appropriatezza delle prescrizioni, l'organizzazione delle agende (compreso il fenomeno del no-show) e le differenze intraregionali nell'offerta. Alcune soluzioni adottate includono promemoria automatici via SMS, liste di overbooking controllato e sistemi CUP centralizzati.

Esami Diagnostici Strumentali (non radiologici)

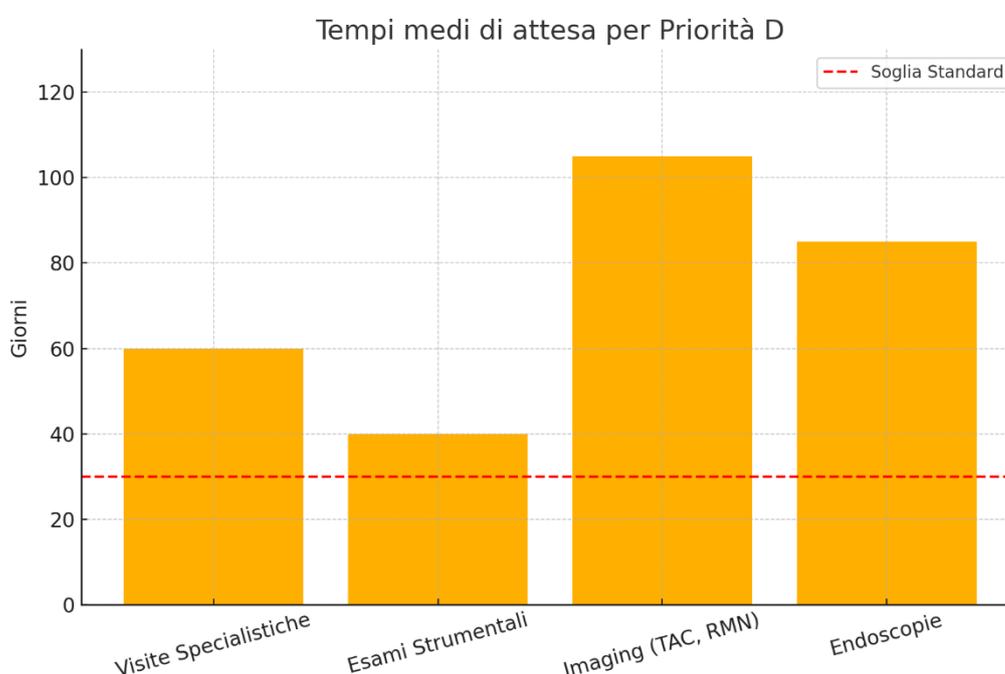
Questa categoria comprende prestazioni come ECG dinamici Holter, test da sforzo, ecocolordoppler, spirometrie ed esami audiometrici, rappresentando il 15-20% delle prenotazioni. I tempi di attesa variano: esami come l'ecocolordoppler TSA hanno una media di 30-60 giorni, mentre altri esami come spirometrie o ecocardiogrammi si attestano tra i 20 e i 40 giorni.

Criticità frequenti riguardano la disponibilità di tecnologie e personale tecnico specializzato, nonché la difficoltà nel coordinare appuntamenti multipli in iter

diagnostici complessi. Investimenti mirati in apparecchiature e personale tecnico (come previsto dal PNRR) possono contribuire a colmare questi gap.

Prestazioni di Imaging (Radiologia, Ecografie, TAC, RMN)

L'imaging diagnostico rappresenta il 20-25% delle prenotazioni. Radiografie tradizionali sono generalmente accessibili rapidamente, mentre le prestazioni più critiche per le attese risultano essere ecografie e risonanze magnetiche.



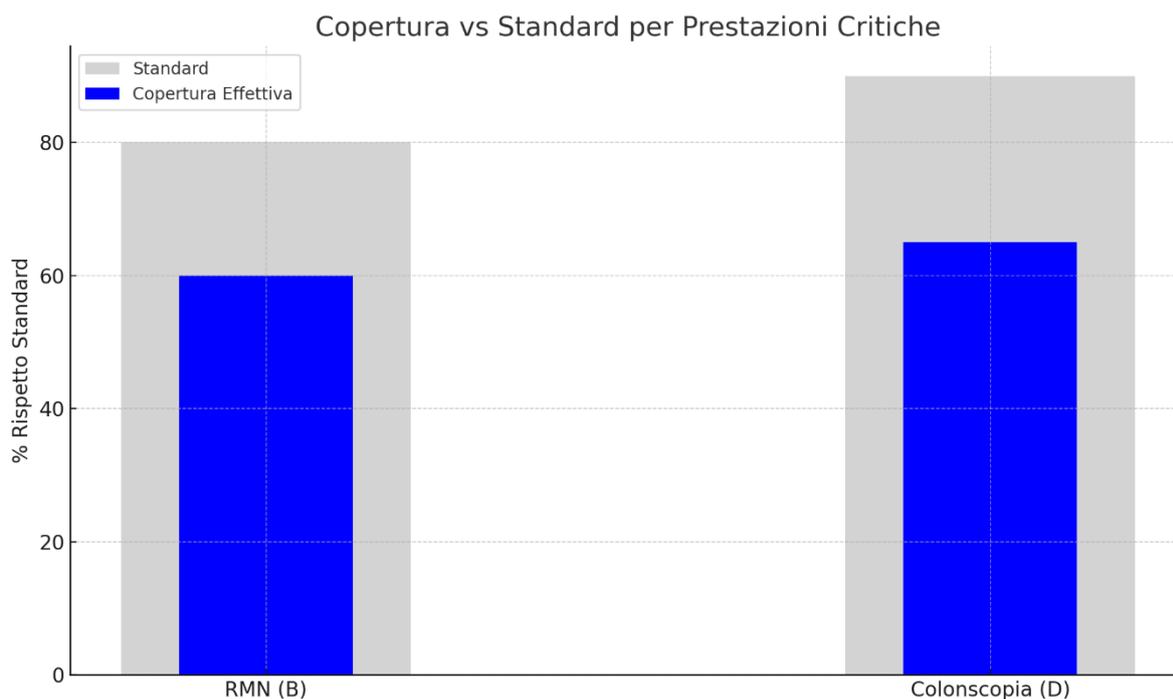
Questo grafico mostra i **tempi medi di attesa per le prestazioni sanitarie** classificate con priorità **D (differibile)**. Le **prestazioni di Imaging** (come TAC e RMN) raggiungono i tempi più lunghi, oltre i **100 giorni**, superando ampiamente la **soglia raccomandata di 30 giorni** (linea rossa tratteggiata). Anche visite specialistiche e endoscopie risultano critiche. Questo suggerisce la necessità di interventi urgenti in queste aree.

Le **ecografie** variano molto nei tempi, a seconda della tipologia e della priorità. Le **TAC** e, soprattutto, le **RMN** in priorità D registrano attese medie di 90-120 giorni, con picchi oltre i sei mesi in alcune aree. Anche le priorità B (es. RMN encefalo per sospetta SM) faticano a rispettare lo standard di 10 giorni.

Le cause principali sono riconducibili al numero insufficiente di macchine, ai tempi tecnici di esecuzione e refertazione, ai guasti, e alla carenza di personale medico. Inoltre, la presenza dell'attività intramoenia (ALPI) può talvolta accentuare la percezione di iniquità, laddove i tempi per il pubblico risultino eccessivi.

Procedure Endoscopiche

Gastroscopie, colonscopie, broncoscopie e cistoscopie rappresentano una quota più contenuta delle prestazioni (5-10%) ma rivestono un'importanza clinica elevata. Le colonscopie in priorità D hanno tempi medi di 75-90 giorni, con il rischio che lo slittamento impatti sulla diagnosi precoce di neoplasie.



Un'ulteriore evidenza grafica mette in risalto il divario esistente tra la copertura effettiva e gli standard ministeriali per due prestazioni considerate ad alta criticità. In particolare, la risonanza magnetica (RMN) in priorità B presenta una copertura del 60%, a fronte di un obiettivo nazionale fissato all'80%. Analogamente, la colonscopia in priorità D raggiunge appena il 65%, contro un target del 90%. Questo scostamento, ben evidenziato dalla visualizzazione, rende immediatamente percepibile il gap da colmare e aiuta a indirizzare con maggiore precisione le azioni correttive, soprattutto in termini di riorganizzazione delle risorse e rafforzamento dell'offerta pubblica.

Le criticità specifiche includono la necessità di sedazione anestesiológica (che vincola l'organizzazione), la scarsa preparazione dei pazienti (che richiede

ripetizioni), e la gestione del follow-up. Le Regioni che hanno ampliato i turni, incluso il sabato, mostrano un contenimento delle attese, ma la domanda rimane in crescita.

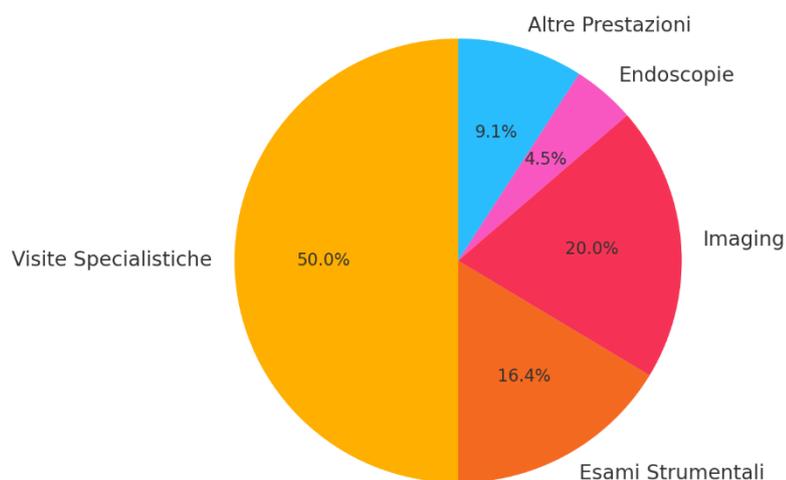
Altre Prestazioni Ambulatoriali

Rientrano qui attività riabilitative, terapie programmate, dialisi e radioterapia. Le prestazioni di riabilitazione fisioterapica, in particolare, soffrono di liste d'attesa spesso molto lunghe, costringendo molti pazienti a ricorrere al privato. Questo genera disuguaglianze significative, con i pazienti meno abbienti che rimangono in condizioni funzionali precarie per periodi prolungati.

L'analisi evidenzia tre macro-criticità:

1. Le prestazioni ad alta complessità tecnologica, come RMN e TAC, soffrono di attese estremamente lunghe, specie in priorità D.
2. Specialità ad alta domanda, come oculistica e ortopedia, mostrano coperture molto basse rispetto agli standard, generando disservizi estesi.
3. Le priorità intermedie (B e D) non riescono a essere garantite sistematicamente, richiedendo un ripensamento organizzativo complessivo.

Distribuzione stimata delle prenotazioni per tipologia



La maggior parte delle prenotazioni (circa 55%) riguarda le visite specialistiche, seguite da imaging (22%) ed esami strumentali (18%). Endoscopie e altre prestazioni costituiscono una quota minore ma sono spesso clinicamente delicate. Questa distribuzione aiuta a comprendere dove si concentrano i carichi di domanda e dove si devono concentrare gli sforzi di efficientamento.

6. Le Liste d'Attesa tra Criticità, Diseguaglianze e Sfide di Sistema

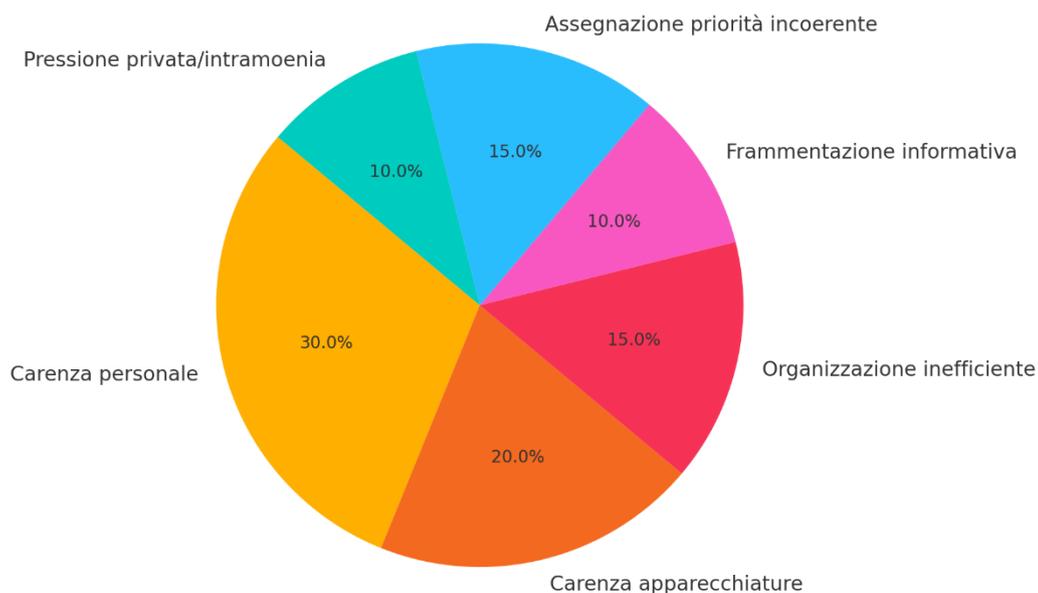
Le analisi presentate nei capitoli precedenti hanno evidenziato la portata e la complessità del fenomeno delle liste d'attesa sanitarie in Italia nel 2025, confermando come esse rappresentino uno dei nodi più delicati del nostro Servizio Sanitario Nazionale (SSN). Non si tratta solo di un problema gestionale o organizzativo, ma di una questione che incide profondamente sull'equità, sull'efficienza e sulla sostenibilità del sistema nel suo complesso.

La lente dei dati – disaggregati per priorità clinica, tipologia di prestazione, ambito territoriale – ha mostrato come le prestazioni urgenti (classe U) siano in larga parte garantite entro i tempi previsti, mentre le prestazioni classificate come “brevi” (B) o “differibili” (D) risultano frequentemente in ritardo rispetto agli standard normativi.¹³⁹ Le prestazioni “programmabili” (P), pur formalmente meno urgenti, accumulano anch’esse lunghi tempi di attesa, con impatti rilevanti per pazienti cronici o in follow-up oncologico.

Tali disfunzioni non sono frutto di una sola causa, ma derivano da un insieme di criticità strutturali – scarsità di risorse, carenze di personale, disomogeneità organizzative – e da fattori sistemici che riguardano l’intero assetto della sanità pubblica italiana. In questa sezione viene proposta una riflessione critica su quattro macro-ambiti: le cause profonde delle disfunzioni, l’impatto sociale ed economico delle attese, la pressione esercitata sulle strutture e sul personale, e il confronto con standard e soluzioni internazionali. L’obiettivo è fornire una cornice interpretativa utile per inquadrare il fenomeno e individuare i principali assi di intervento.

¹³⁹ Ministero della Salute – Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali. (2019). *Piano Nazionale di Governo delle Liste di Attesa (PNGLA) 2019–2021*. Roma: Ministero della Salute.

Principali Cause Strutturali delle Liste d'Attesa (Stima %)



Il grafico rappresenta le principali cause strutturali alla base delle inefficienze nel sistema delle liste d'attesa: la carenza di personale risulta il fattore dominante, seguita dalla mancanza di tecnologie, da un'organizzazione frammentata e da una gestione non omogenea delle priorità cliniche.

Nei paragrafi che seguono si entrerà nel merito di alcune dimensioni cruciali che concorrono a delineare la complessità delle liste d'attesa in Italia, affrontando il fenomeno in un'ottica multidimensionale e sistemica. In primo luogo, si analizzeranno le determinanti strutturali e organizzative che sono alla base delle inefficienze osservate: dalla carenza di risorse umane e tecnologiche alla frammentazione dei flussi informativi, passando per le disomogeneità territoriali e la variabilità nell'assegnazione delle priorità cliniche. Successivamente, l'attenzione si sposterà sull'impatto che le liste d'attesa generano in termini di

salute pubblica e coesione sociale, con particolare riferimento alle rinunce alle cure, all'aggravamento di patologie evitabili, e alle disuguaglianze economiche nell'accesso tempestivo alle prestazioni sanitarie.¹⁴⁰

Un ulteriore approfondimento sarà dedicato alle ricadute operative che il fenomeno produce sul sistema sanitario stesso, con particolare attenzione alla pressione crescente esercitata sugli operatori, all'incremento dei fenomeni di burnout e alle strategie direzionali spesso orientate al breve termine, a discapito di soluzioni strutturali. Infine, il capitolo si concluderà con una panoramica comparativa delle esperienze internazionali più rilevanti, analizzando modelli e strumenti che – se opportunamente adattati al contesto italiano – potrebbero offrire spunti concreti per migliorare la gestione delle liste d'attesa, rafforzare l'efficienza del sistema e tutelare in maniera più equa il diritto alla salute.

Questo capitolo rappresenta un ponte tra l'analisi quantitativa finora condotta e le raccomandazioni operative che seguiranno nei capitoli successivi. Riconoscere le criticità e comprenderne a fondo le radici è infatti il primo passo per delineare soluzioni efficaci, sostenibili e orientate alla riduzione delle disuguaglianze.

6.1 Impatto Sociale ed Economico, Pressione sul Sistema

L'analisi dei dati finora condotta evidenzia con chiarezza numerose criticità nel sistema di gestione delle liste d'attesa in ambito sanitario. In questa sezione, si approfondiscono le cause strutturali che determinano tali disfunzioni, le

¹⁴⁰ AGENAS – UOSD Statistica e Flussi Informativi. (2024). *Portale Statistico AGENAS*. Roma: AGENAS.

conseguenze che ne derivano – in termini sanitari, sociali ed economici – e l’effetto complessivo di pressione esercitato sul sistema sanitario nazionale, sia sulle strutture che sugli operatori.

Una delle principali determinanti delle lunghe attese è l’asimmetria tra la domanda crescente di prestazioni e un’offerta che, in molti settori, si dimostra insufficiente. Questa disparità è il frutto di una combinazione di fattori, tra cui un sottodimensionamento pluriennale delle risorse umane (numero di specialisti formati e assunti) e delle risorse tecnologiche e infrastrutturali (es. carenza di apparecchiature diagnostiche).

L’effetto cumulativo di questa condizione porta all’allungamento progressivo delle code: i posti limitati disponibili in agenda non riescono a smaltire tempestivamente la domanda, generando backlog. L’Italia, secondo i dati OCSE, spende in sanità una quota del PIL inferiore rispetto alla media europea, con conseguente impatto sulla capacità di risposta del sistema. L’OMS sottolinea che una copertura sanitaria universale effettiva richiede che gli investimenti siano proporzionati alla domanda epidemiologica, pena il rischio che il diritto teorico all’accesso non si traduca in un accesso reale ed equo.¹⁴¹

¹⁴¹ OECD. (2020). *Health at a Glance: Europe 2020*. Parigi: OECD Publishing.

6.1.1 Carenza di Personale Sanitario

Nel 2025, il sistema sanitario italiano si confronta con una grave carenza di personale medico e tecnico. I pensionamenti legati al picco di assunzioni degli anni '70 e '80, uniti al numero chiuso nei corsi di laurea in Medicina e alle migrazioni professionali verso l'estero,¹⁴² hanno generato un vuoto difficile da colmare. In particolare, la carenza di anestesisti limita la disponibilità di procedure endoscopiche in sedazione, mentre la penuria di radiologi ostacola la refertazione tempestiva degli esami di imaging. Anche infermieri e tecnici sanitari – fondamentali per l'esecuzione di numerose prestazioni – risultano in numero insufficiente. La mancanza di personale non solo riduce la capacità produttiva ordinaria, ma impedisce l'attivazione di sedute straordinarie in caso di sovraccarico.¹⁴³

6.1.2 Organizzazione e Distribuzione Subottimali

Accanto ai limiti quantitativi, emergono significative inefficienze organizzative e di distribuzione territoriale. In alcune aree, l'offerta è sovrabbondante – soprattutto nei grandi centri urbani – mentre in zone rurali o periferiche si registra una carenza cronica. Sebbene i CUP regionali provino a favorire la mobilità del

¹⁴² AGENAS. (2020). *Implementazione di un modello nazionale per il miglioramento dell'accessibilità alle prestazioni specialistiche ambulatoriali*. Roma: AGENAS.

¹⁴³ Organizzazione Mondiale della Sanità – OMS. (2019). *Rapporto sulla Copertura Sanitaria Universale*. Ginevra: OMS.

paziente verso sedi meno congestionate, rimangono barriere legate alla distanza, alla conoscenza delle alternative disponibili e alle preferenze individuali.

Ulteriori problemi derivano da una scarsa integrazione tra i livelli di cura. Pazienti cronici che potrebbero essere gestiti sul territorio continuano ad affluire agli ambulatori specialistici per controlli routinari, saturando risorse preziose. Un rafforzamento della sanità territoriale e dell'uso della teleconsulenza MMG-specialista potrebbe contribuire a ridurre tali accessi inappropriati.

Infine, la frammentazione dei flussi informativi e l'inefficienza burocratica hanno fino a oggi ostacolato una gestione reattiva e data-driven. Solo recentemente, con l'introduzione della Piattaforma Nazionale Liste d'Attesa, si sta tentando un cambio di paradigma, con l'obiettivo di abilitare un monitoraggio in tempo reale e l'elaborazione periodica di indicatori standardizzati da parte di AGENAS e del Ministero della Salute.

6.1.3 Appropriately Clinica delle Priorità

Una causa meno visibile ma altrettanto rilevante è la variabilità nell'assegnazione delle priorità cliniche. Sebbene siano disponibili criteri codificati, la loro applicazione risente di comportamenti eterogenei. Alcuni medici, per prudenza o per venire incontro al paziente, attribuiscono priorità più elevate del necessario, gonfiando le classi B e U. Questo comporta un uso distorto del sistema, che finisce per perdere efficacia nel distinguere i casi realmente urgenti. Al contrario,

in altri casi si sottostimano situazioni che meriterebbero un accesso più tempestivo.

L'adozione diffusa di sistemi standardizzati come i RAO – basati sull'associazione tra parole chiave diagnostiche e priorità omogenee – può contribuire a ridurre la variabilità clinica e a migliorare l'equità nell'accesso.

6.1.3 Moral Hazard e Doppio Binario Pubblico/Privato

La coesistenza tra sistema pubblico, attività intramoenia (ALPI) e offerta privata ha generato, nel tempo, un doppio binario che incide profondamente sull'equità. Le liste d'attesa più lunghe nel pubblico spingono i pazienti con risorse economiche verso il privato o l'intramoenia, alleggerendo apparentemente la pressione sul sistema ma creando un disincentivo alla riforma. Parallelamente, l'allocazione di parte del tempo medico all'attività libero-professionale può impoverire l'offerta pubblica ordinaria.

L'equilibrio tra le due sfere è delicato e richiede massima trasparenza. Il Portale della Trasparenza dei Servizi Sanitari, insieme alla raccolta sistematica di dati comparativi sull'attività istituzionale e libero-professionale, costituisce uno strumento essenziale per monitorare e correggere eventuali distorsioni. Solo garantendo l'equità nell'accesso – sia economica che clinica – si può preservare il principio di universalità del servizio sanitario pubblico.

6.2 Impatto Sociale delle Liste d’Attesa

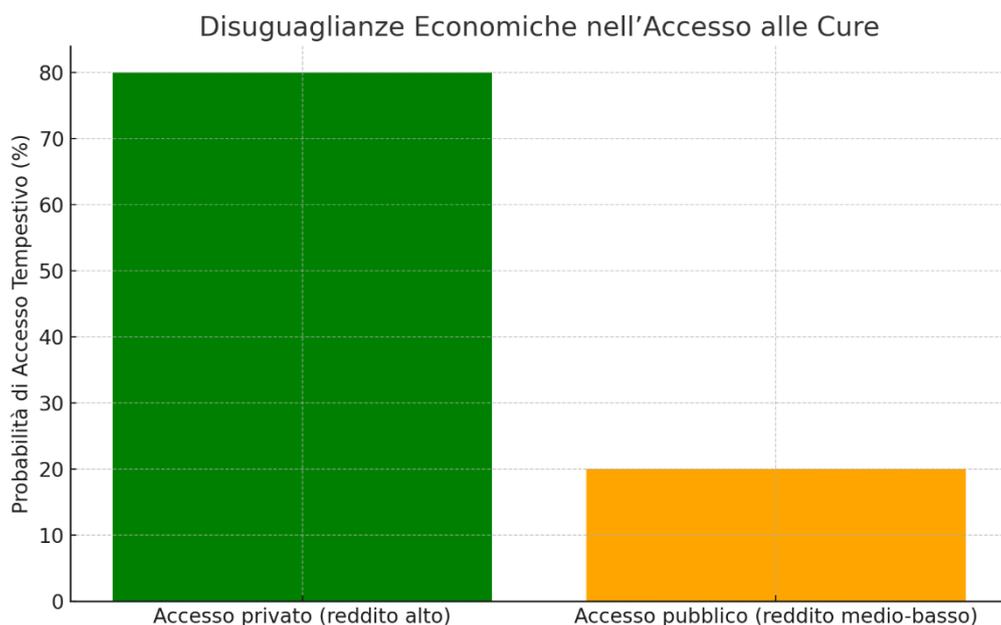
Le conseguenze delle lunghe liste d’attesa sul piano sociale sono molteplici e particolarmente rilevanti. Esse investono la salute pubblica, la coesione sociale e la fiducia nel sistema sanitario nazionale. Dodati

Rinuncia alle cure e aggravamento delle patologie

Numerose indagini, tra cui quelle condotte da Cittadinanzattiva, hanno evidenziato che una parte significativa della popolazione italiana rinuncia o rinvia le cure necessarie a causa dei lunghi tempi d’attesa nel servizio pubblico, o per l’impossibilità di sostenere i costi delle prestazioni in regime privato. Tale rinuncia ha conseguenze dirette sull’esito clinico delle patologie, portando a diagnosi tardive (ad esempio, tumori scoperti in stadio avanzato per ritardi nella colonscopia), a complicanze evitabili (come ernie discali non trattate tempestivamente con conseguente danno neurologico), e a un peggioramento complessivo della salute pubblica. L’Organizzazione Mondiale della Sanità ha sottolineato che l’effettiva copertura sanitaria universale richiede non solo la disponibilità teorica dei servizi, ma anche la loro fruibilità in tempi adeguati.¹⁴⁴

Disuguaglianze socio-economiche nell’accesso

¹⁴⁴ Cittadinanzattiva. (2023). *Rapporto annuale sulle politiche della salute*. Roma: Cittadinanzattiva.

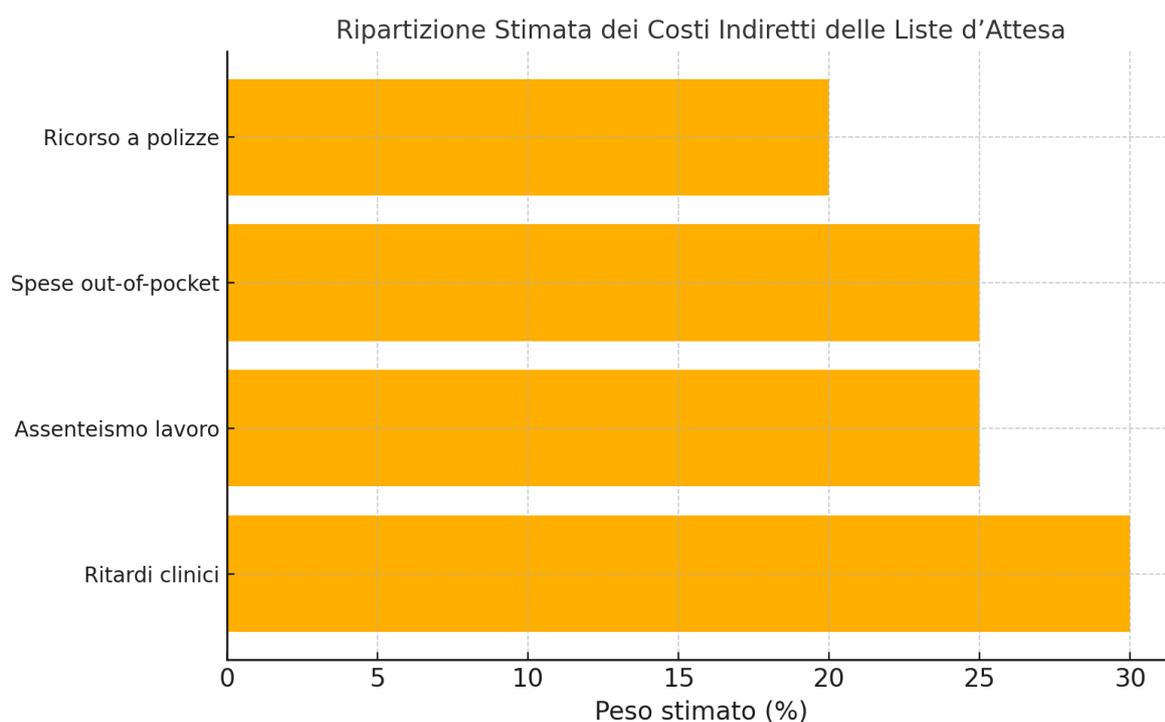


Il grafico rappresenta che le possibilità di accedere tempestivamente alle cure dipendono fortemente dal reddito: chi ha risorse più alte ricorre più facilmente al privato, accentuando la disparità tra cittadini.

Le lunghe attese generano profonde disuguaglianze. I cittadini con reddito medio-alto, infatti, possono accedere più rapidamente alle cure attraverso il canale privato o l'intramoenia, mentre i soggetti con minori risorse economiche sono costretti ad attendere nel pubblico, con possibili danni alla salute e qualità della vita. Si configura così un sistema a doppia velocità, in cui la tempestività delle cure dipende anche dalla condizione economica, minando il principio di equità su cui si fonda il Servizio Sanitario Nazionale. I dati mostrano una correlazione tra l'entità delle attese e l'aumento della spesa sanitaria privata pro-capite nelle

regioni con maggiori difficoltà, a conferma di un crescente “dirottamento” verso il private

Costi indiretti e impatto macroeconomico



Le attese prolungate generano impatti economici importanti: i principali costi indiretti derivano da ritardi clinici, assenteismo lavorativo, spese dirette per cure private e aumento delle polizze sanitarie.

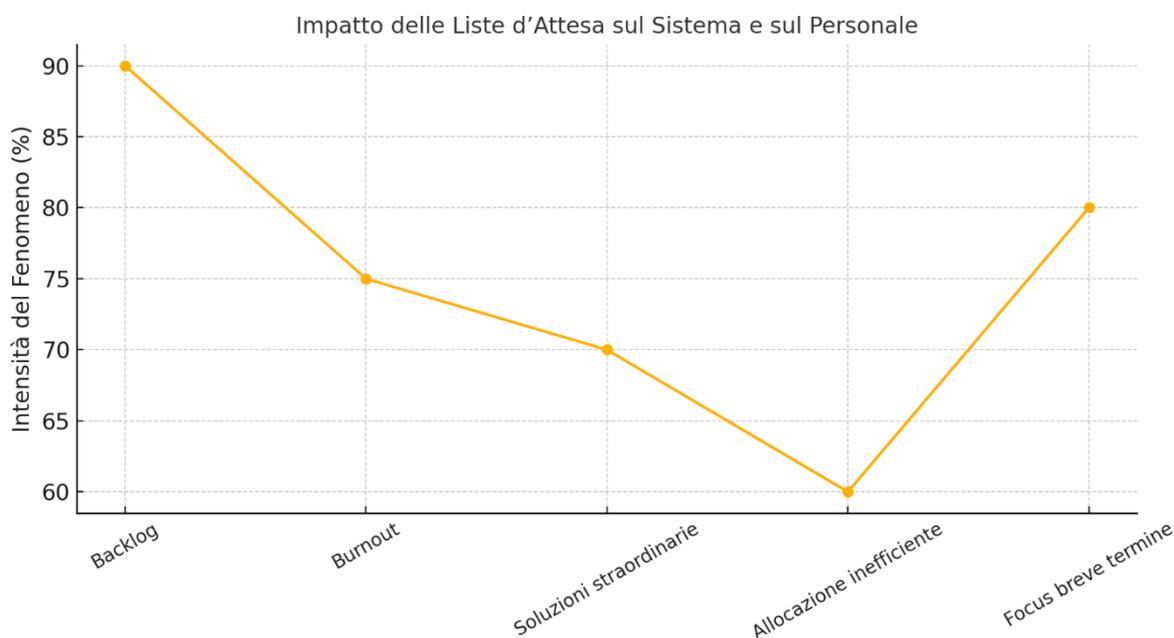
L'impatto delle liste d'attesa non si esaurisce sul piano clinico, ma si estende a quello economico. Il ritardo nelle cure può determinare un peggioramento del quadro clinico, con maggiore necessità di farmaci, ricoveri o trattamenti complessi, e quindi un aumento dei costi per il sistema. Sul piano produttivo, un lavoratore che attende diagnosi e cura può rimanere assente dal lavoro per periodi prolungati, generando costi per il sistema previdenziale e perdite in termini di produttività nazionale. Studi OCSE dimostrano come le lunghe attese rappresentino una barriera al rientro nel mondo del lavoro per molte persone curabili. Inoltre, l'aumento del ricorso a polizze sanitarie integrative e a spese out-of-pocket comporta un maggior onere per le famiglie, alterando gli equilibri della spesa sanitaria complessiva: il pubblico spende meno nel breve periodo, ma la collettività spende di più nel lungo termine.

Conseguenze psicologiche

L'attesa per una prestazione sanitaria genera ansia, insicurezza e stress emotivo, soprattutto nei casi in cui è in gioco una diagnosi importante. L'“attesa diagnostica”, come nel caso di una RMN rinviata di mesi, può influenzare negativamente la qualità della vita e la percezione soggettiva della malattia. I pazienti esprimono spesso sentimenti di frustrazione e abbandono, che deteriorano il rapporto di fiducia con il SSN e alimentano una percezione di inefficienza sistemica.

6.3 Pressione sulle Strutture Sanitarie e sul Personale

Le lunghe liste d'attesa non solo compromettono l'accesso dei cittadini alle cure, ma rappresentano anche una fonte costante di pressione sulle strutture sanitarie e sul personale operativo, già fortemente sotto stress.



L'effetto delle liste d'attesa sul sistema si riflette in cinque ambiti principali: backlog, burnout degli operatori, soluzioni tampone non sostenibili, gestione poco equilibrata delle risorse e focus eccessivo sul breve periodo.

Sovraccarico professionale e burnout

Gli operatori sanitari si confrontano quotidianamente con agende congestionate, richieste di sedute aggiuntive e la responsabilità di ridurre le attese. Questa

pressione porta spesso a situazioni di burnout, a una riduzione della motivazione, e può influire sulla qualità della relazione medico-paziente, generando comportamenti più sbrigativi o forme di medicina difensiva.

Soluzioni straordinarie e inefficienze sistemiche

Per contenere le attese, molte aziende sanitarie attivano progetti backlog (es. aperture straordinarie serali o nel fine settimana), sostenuti da fondi temporanei. Sebbene efficaci nel breve termine, tali misure non sono sostenibili nel lungo periodo e spesso creano un clima di emergenza strutturale, senza affrontare le cause profonde. L'esperienza post-pandemia del 2022, con fondi straordinari per smaltire le liste, ha dimostrato che senza un ampliamento strutturale dell'offerta, le liste tendono a riformarsi non appena i finanziamenti cessano.¹⁴⁵

Utilizzo subottimale delle risorse

L'allocazione di risorse per rispondere a criticità specifiche può produrre effetti collaterali. Ad esempio, per rafforzare l'offerta di RMN, un'azienda potrebbe ridurre temporaneamente la disponibilità di ecografie, spostando tecnici e spazi. Questo fenomeno, noto come “coperta corta”, rivela l'assenza di una visione sistemica capace di coordinare le risorse in modo flessibile ma equilibrato.

Focus sul breve termine nelle strategie direzionali

¹⁴⁵ Monitor – AGENAS. (2023). *Speciale: Piani straordinari per il recupero delle liste d'attesa*. Roma: AGENAS.

La pressione mediatica e politica esercitata sul tema delle liste d'attesa spinge le direzioni sanitarie a privilegiare interventi a impatto rapido, come convenzioni con il privato per smaltire backlog, piuttosto che promuovere riforme strutturali interne. Se l'outsourcing diventa strutturale, si rischia di indebolire ulteriormente il servizio pubblico, aumentando la dipendenza da fornitori esterni.

6.4 Confronto con Standard Nazionali e Internazionali

Dal punto di vista normativo, l'Italia adotta formalmente standard elevati, stabilendo che almeno il 90% delle prestazioni sanitarie debba essere erogato entro i tempi massimi previsti per ciascuna classe di priorità, come definito nel Piano Nazionale di Governo delle Liste di Attesa (PNGLA). Tuttavia, l'implementazione di questi standard appare incompleta e disomogenea, come confermato dai dati analizzati. Un utile approfondimento è il confronto con altri Paesi europei e OCSE che, pur affrontando sfide analoghe, hanno sviluppato approcci differenti alla gestione dei tempi d'attesa.

Spagna: Il sistema sanitario spagnolo ha introdotto garanzie per i tempi massimi di attesa, tra cui – a titolo esemplificativo – l'intervento di cataratta entro un determinato numero di mesi per una percentuale prestabilita di pazienti. Alcune Comunità Autonome hanno attivato strumenti di trasparenza simili al PNGLA italiano, che consentono il monitoraggio pubblico delle liste. I risultati, tuttavia,

variano sensibilmente tra le regioni. In media, nel 2023, il tempo mediano di attesa per visite specialistiche si attestava attorno ai 55 giorni, valore comparabile alla media italiana per la classe D. Per quanto riguarda gli interventi chirurgici, l’attesa media risultava di circa 3 mesi. Va inoltre evidenziato che il Paese ha avviato piani specifici di recupero del backlog, con risultati positivi in diverse aree regionali.¹⁴⁶

Regno Unito (NHS): Per anni, il National Health Service ha rappresentato un modello di riferimento per la gestione delle attese grazie allo standard noto come “18 weeks referral-to-treatment”, secondo il quale ogni cittadino dovrebbe ricevere il trattamento entro 18 settimane dalla segnalazione del medico di base. Tuttavia, il sistema ha subito un forte stress a seguito della pandemia di COVID-19, accumulando milioni di pazienti oltre la soglia prevista. Questo caso dimostra che, anche in presenza di standard normativi ambiziosi, la sostenibilità del sistema dipende dalla capacità reale di mantenere l’offerta in condizioni critiche.¹⁴⁷

Francia: Tradizionalmente considerata tra i Paesi con attese inferiori, anche grazie a una maggiore densità di medici per abitante, la Francia sta tuttavia registrando un progressivo aumento dei tempi in alcuni settori specialistici ad alta domanda,

¹⁴⁶ Ministerio de Sanidad. (2023). *Sistema de Información sobre Listas de Espera del Sistema Nacional de Salud*. Madrid: Gobierno de España.

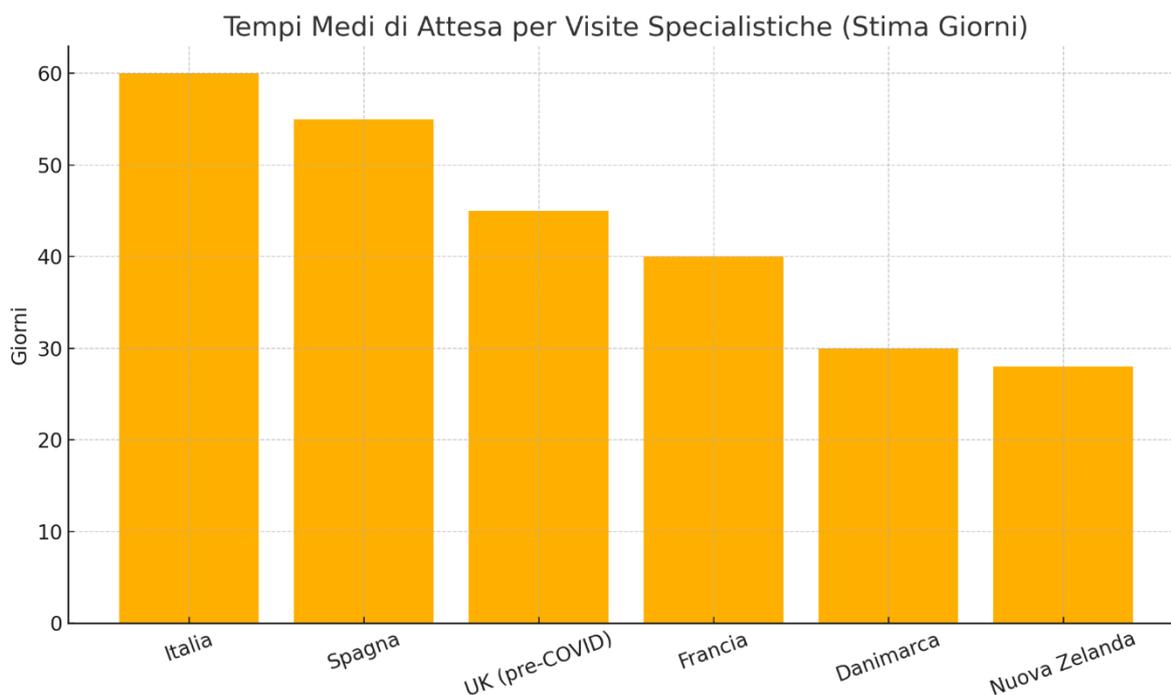
¹⁴⁷ NHS England. (2023). *Referral to Treatment (RTT) Waiting Times*. Londra: NHS Digital.

come l'oculistica e alcune branche chirurgiche. Nonostante ciò, in molte regioni i tempi d'attesa rimangono ancora inferiori rispetto alla media italiana.

Paesi nordici: In Scandinavia si rilevano modelli organizzativi avanzati, con una forte attenzione alla trasparenza e alla compensazione dell'attesa. In Danimarca, ad esempio, il cittadino ha diritto a ricevere la prestazione in regime privato, a spese del sistema pubblico, qualora l'attesa nel pubblico superi i 30 giorni in alcune specialità. Tale misura ha un duplice effetto: tutela il diritto del paziente e mette sotto pressione il sistema pubblico, che rischia di perdere finanziamenti se non rispetta gli standard.¹⁴⁸

Australia e Nuova Zelanda: Entrambi i Paesi hanno introdotto sistemi di prioritizzazione clinica strutturata, basati su punteggi standardizzati per tipologia di intervento e gravità clinica. La Nuova Zelanda, in particolare, ha integrato strumenti di intelligenza artificiale per prevedere i picchi di domanda e adattare l'offerta, modulando orari e capacità delle strutture. Ogni classe di priorità è associata a un tempo massimo e i tempi medi di attesa vengono pubblicati regolarmente, contribuendo alla responsabilizzazione del sistema.

¹⁴⁸ Danish Ministry of Health. (2022). *Patient Rights and Waiting Time Guarantee*. Copenhagen: Government of Denmark.

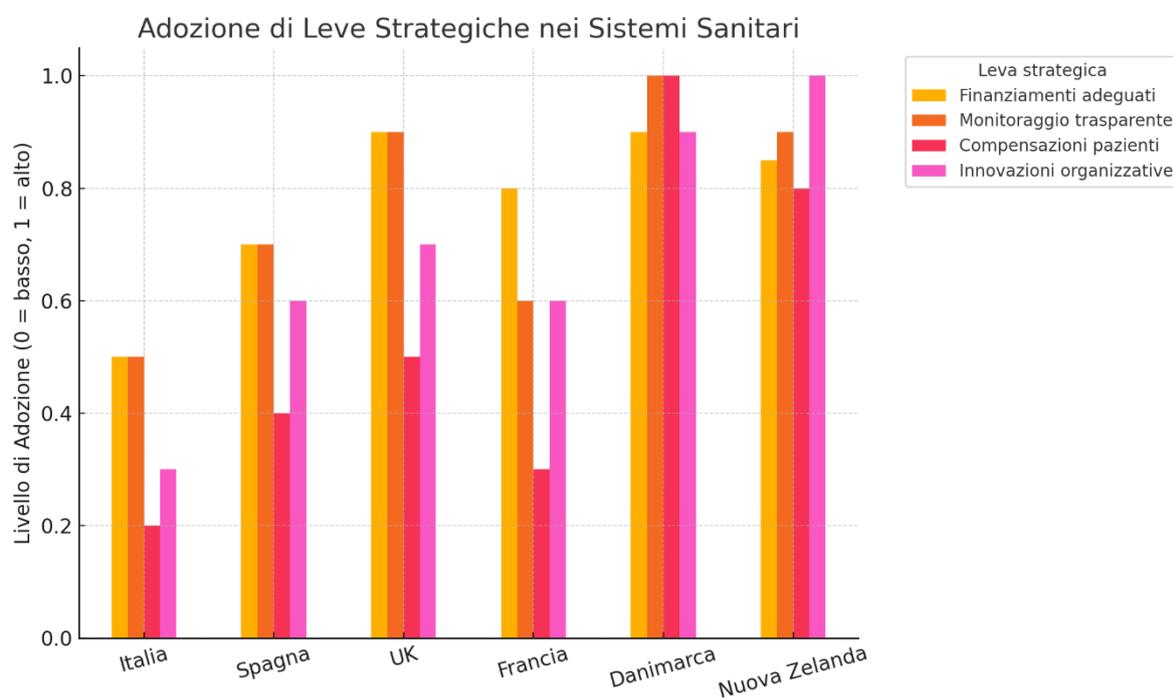


Confronto tra i tempi medi di attesa per visite specialistiche in vari Paesi: l'Italia mostra tempi superiori rispetto a realtà come Francia, Danimarca e Nuova Zelanda, che adottano modelli organizzativi più flessibili e trasparenti.

Il confronto internazionale evidenzia che non esiste una soluzione unica e universale per il problema delle liste d'attesa. Tuttavia, emergono alcune leve trasversali comuni alle esperienze più efficaci:

- Finanziamenti adeguati, in linea con la domanda demografica ed epidemiologica.
- Monitoraggio continuo e trasparente, con portali pubblici accessibili e aggiornati.

- Meccanismi compensativi per i pazienti, in caso di mancato rispetto degli standard.
- Innovazioni organizzative orientate alla flessibilità (telemedicina, task shifting, gestione predittiva della domanda).



Confronto qualitativo tra i sistemi sanitari in base al livello di adozione di quattro leve strategiche: i Paesi nordici e l'area anglosassone mostrano un uso più completo di strumenti innovativi, compensativi e organizzativi.

L'Italia, a fronte di spesa sanitaria pubblica inferiore alla media UE e numero limitato di specialisti per abitante, si confronta con un bisogno urgente di riforma organizzativa e strutturale, ma può trarre insegnamento pratico dalle esperienze internazionali. Il Ministero della Salute ha già avviato tavoli tecnici con esperti OCSE per recepire raccomandazioni operative, come testimoniato anche dalla crescente presenza di queste tematiche nella letteratura di health policy.

Le liste d'attesa in Italia nel 2025 rappresentano uno dei nodi critici del sistema sanitario, frutto di squilibri strutturali e organizzativi. Le conseguenze negative colpiscono i cittadini, in particolare i più fragili, e alimentano insoddisfazione e diseguaglianze. Tuttavia, vi è consapevolezza diffusa del problema e sono in atto iniziative per affrontarlo:

- A livello nazionale, la creazione di Piattaforme di monitoraggio (PNLA) e progetti specifici (RAO, linee guida di priorità) indica la volontà di governare il fenomeno.
- A livello regionale, alcune best practice mostrano che miglioramenti sono possibili (riduzione attese con centri unici di smistamento, aumenti mirati di offerta, convenzioni trasparenti col privato per smaltire backlog).
- A livello internazionale, l'Italia sta guardando ad esperienze estere per mutuare soluzioni (il Ministero della Salute ha istituito tavoli tecnici anche con esperti OCSE per ricevere raccomandazioni, e ne abbiamo evidenza nella letteratura di *health policy*).

In conclusione di questa discussione, emerge chiaramente che affrontare il tema liste d'attesa richiede un approccio multidimensionale: investimenti, riorganizzazione, monitoraggio, tecnologia e comunicazione con i cittadini. Proprio su questi aspetti si focalizzeranno i prossimi capitoli di questo elaborato, dedicati alle raccomandazioni operative e alle proposte innovative per migliorare la situazione, alla luce di quanto emerso dai dati e dalle riflessioni qui sviluppate.

7. Confronto con Standard e Best Practices Internazionali

Come prelude alle raccomandazioni operative, è utile riassumere alcuni elementi di confronto tra la situazione italiana e gli standard internazionali o le best practices adottate da altri Paesi. Questo confronto funziona da benchmark per comprendere dove si colloca l'Italia nel panorama globale e quali soluzioni sperimentate altrove potrebbero risultare trasferibili o adattabili al contesto nazionale.

A livello globale non esistono standard univoci e vincolanti per i tempi d'attesa. Tuttavia, numerosi sistemi sanitari pubblici hanno stabilito dei target nazionali, soprattutto in ambiti come la chirurgia programmata e le visite specialistiche. Di seguito alcuni esempi rappresentativi:

- Regno Unito (NHS England): Il sistema sanitario nazionale ha fissato l'obiettivo delle 18 settimane dal referral al trattamento per il 92% dei pazienti (Referral to Treatment, RTT). Esiste anche un target specifico per

i casi oncologici sospetti: massimo 2 settimane dall’invio specialistico alla prima valutazione oncologica.¹⁴⁹

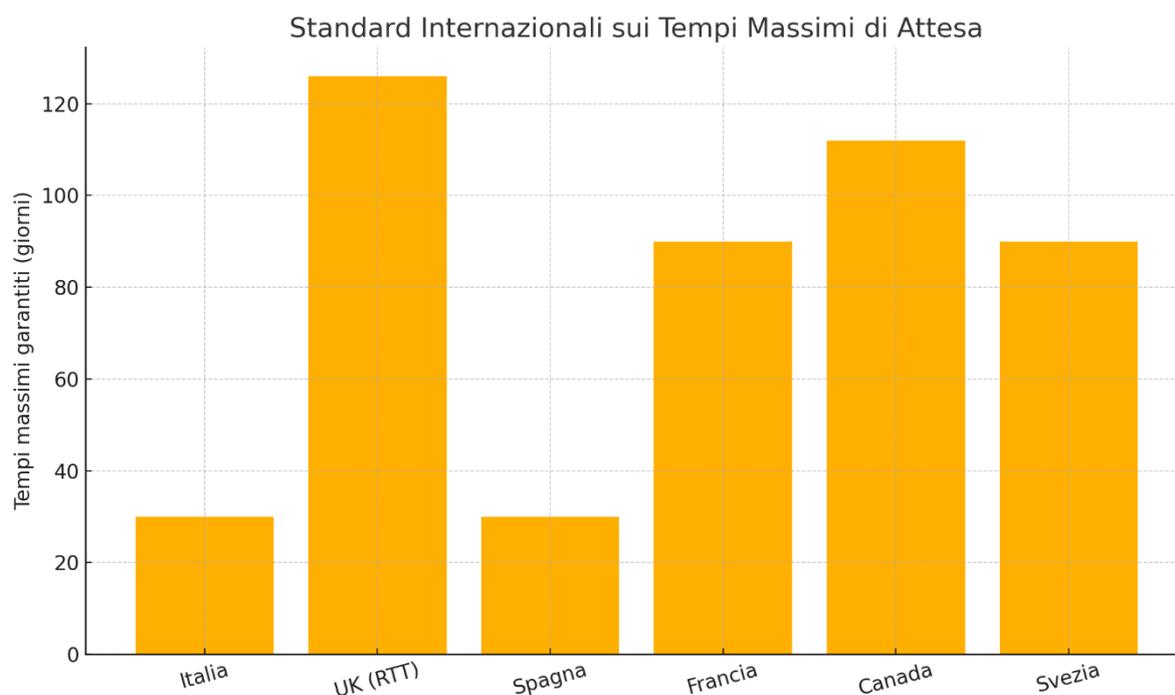
- Spagna: Diverse regioni adottano tempi massimi garantiti per interventi chirurgici, come 180 giorni per interventi non oncologici e 60 giorni per quelli cardiaci. Inoltre, alcune regioni prevedono un massimo di 30 giorni per visite specialistiche prioritarie.
- Francia: Sebbene non disponga di un target nazionale così esplicito come il Regno Unito, la Francia tende a garantire l’accesso a una visita specialistica entro 90 giorni, secondo le linee operative diffuse nei servizi pubblici regionali.¹⁵⁰
- Canada: Il Paese ha introdotto tempi bersaglio nazionali (benchmark pan-Canadian) per alcune procedure ad alta priorità: ad esempio, 182 giorni per una sostituzione dell’anca e 112 giorni per l’inizio della radioterapia oncologica. L’aderenza a questi benchmark può variare tra le province.¹⁵¹
- Svezia e Norvegia: Entrambi i Paesi hanno introdotto la “garanzia di cura”. In Svezia, ad esempio, il Vårdgaranti garantisce una visita specialistica entro 90 giorni e il trattamento entro ulteriori 90 giorni, pena la possibilità

¹⁴⁹ NHS England (2020). *Referral to Treatment (RTT) Pathways*. London: NHS Digital.

¹⁵⁰ Haute Autorité de Santé. (2022). *Référentiels sur les délais d’accès aux soins : état des lieux et recommandations*. Paris: HAS.

¹⁵¹ Canadian Institute for Health Information. (2023). *Wait Times for Priority Procedures in Canada, 2022–2023*. Ottawa: CIHI.

per il paziente di rivolgersi ad altra struttura – anche privata – a spese del sistema pubblico della contea.¹⁵²



Confronto dei tempi massimi garantiti per visite specialistiche o trattamenti programmati nei principali sistemi sanitari. L'Italia, con uno standard di 30 giorni per la priorità B, risulta tra i più stringenti sulla carta.

Nel confronto con questi esempi, l'Italia – con i suoi standard definiti nel PNGLA (30-60-120 giorni a seconda della classe di priorità) – si colloca sulla carta in una

¹⁵² Swedish Association of Local Authorities and Regions (SALAR). (2022). *Vårdgaranti – The Swedish Healthcare Guarantee*. Stockholm: SALAR.

posizione ambiziosa. In alcuni casi (ad esempio i 10 giorni per la priorità B), i target italiani risultano addirittura più stringenti rispetto a quelli di altri Paesi europei. Tuttavia, come discusso nelle sezioni precedenti, la vera sfida non è la definizione degli standard, ma la loro implementazione efficace su tutto il territorio nazionale.

7.1 Esempi di Best Practice in Altri Paesi

Oltre ai target formali, esistono esperienze internazionali particolarmente interessanti in termini di modelli operativi e organizzativi. Di seguito si presentano sette esempi concreti di buone pratiche, integralmente riportati:

Danimarca Modello del Libero Ospedale

In Danimarca, se un ospedale pubblico non è in grado di garantire il trattamento entro un determinato numero di giorni, il paziente ha diritto a rivolgersi a una struttura privata convenzionata (o a un altro ospedale pubblico) a spese del sistema sanitario pubblico. Questo meccanismo obbliga le strutture pubbliche all'efficienza: se non sono in grado di soddisfare i tempi, "perdono" il paziente e il relativo finanziamento. L'introduzione di questo sistema ha ridotto

drasticamente le attese in molti ambiti, grazie al doppio incentivo rappresentato dalla competizione reputazionale e dal rischio finanziario.¹⁵³

Estonia – Sistema di Prenotazione Centrale Online

Noto per le sue avanzate politiche di e-government, l’Estonia ha sviluppato un portale nazionale che consente ai cittadini di visualizzare i tempi di attesa in tempo reale in tutte le strutture e di prenotare direttamente dove i tempi sono più brevi. Questa trasparenza ha creato un incentivo reputazionale: le strutture tendono a migliorare la loro performance per non risultare tra le peggiori. Inoltre, il sistema consente di ridurre notevolmente i fenomeni di doppia prenotazione e no-show, grazie al tracciamento centralizzato.¹⁵⁴

Spagna – Contrattualizzazione e KPI

In molte regioni spagnole, come Catalogna e Andalusia, le Direzioni generali sanitarie stipulano con gli ospedali un vero e proprio “contratto di gestione”, che include KPI (Key Performance Indicators) vincolanti, tra cui i tempi medi di attesa per specialità. Il raggiungimento o meno di questi obiettivi influisce sulle valutazioni del management e, in alcuni casi, anche su premialità finanziarie.

¹⁵³ OECD. (2020). *Waiting Times for Health Services: Next in Line*. Paris: OECD Publishing.

¹⁵⁴ European Observatory on Health Systems and Policies. (2021). *Estonia: Health System Review 2020*. Brussels: WHO Regional Office for Europe.

Questo modello formalizza l'impegno verso gli obiettivi e ne garantisce un monitoraggio continuativo.

Iniziativa di Task Shifting

In Paesi come il Regno Unito e il Canada, si è fatto ricorso a figure professionali intermedie come nurse practitioners e physician assistants, che possono gestire in autonomia alcune visite di controllo o screening. In questo modo, si libera tempo dei medici specialisti per i casi complessi o nuove diagnosi. Per esempio, in reumatologia, un nurse practitioner può seguire follow-up stabili e coinvolgere il medico solo in caso di peggioramento. In Italia, tali figure sono ancora poco presenti, ma esperienze come la tele-consulenza tra infermiere di famiglia e specialisti potrebbero replicare lo stesso beneficio organizzativo.¹⁵⁵

Uso Intensivo della Telemedicina

Paesi come la Finlandia e l'Ontario in Canada hanno adottato sistemi di teledermatologia (invio di foto delle lesioni cutanee per triage remoto), riducendo drasticamente gli accessi in visita dermatologica e smistando solo i casi realmente necessari. Durante la pandemia, molti Paesi hanno ampliato le tele-visite di follow-up (es. consulti telefonici o video per pazienti diabetici o cardiologici). Se ben normata e integrata, la telemedicina può rimanere uno strumento strutturale

¹⁵⁵ OECD. (2019). *Health at a Glance 2019: OECD Indicators*. Paris: OECD Publishing.

e non solo emergenziale. In Italia, la Missione 6 del PNRR prevede l'attivazione di Centrali di Telemedicina e l'erogazione di teleprestazioni: se attuata correttamente, questa misura potrebbe ridurre la domanda di visite in presenza, ad esempio per follow-up post-chirurgici.¹⁵⁶

Predictive Analytics (AI)

Alcuni grandi sistemi sanitari – come Kaiser Permanente negli Stati Uniti o progetti pilota del NHS – utilizzano algoritmi predittivi basati su machine learning per analizzare dati storici, trend stagionali ed epidemiologici. Questi strumenti permettono di prevedere picchi di domanda e pianificare l'offerta prima che la lista si formi. Ad esempio, se un cambiamento di protocollo aumenta la richiesta di ecografie tiroidee, il sistema può suggerire l'ampliamento preventivo degli slot disponibili. In Italia, sono in fase di avvio progetti sperimentali di intelligenza artificiale, in parte finanziati dal PNRR, mirati proprio alla gestione proattiva delle agende e dei flussi di prenotazione.¹⁵⁷

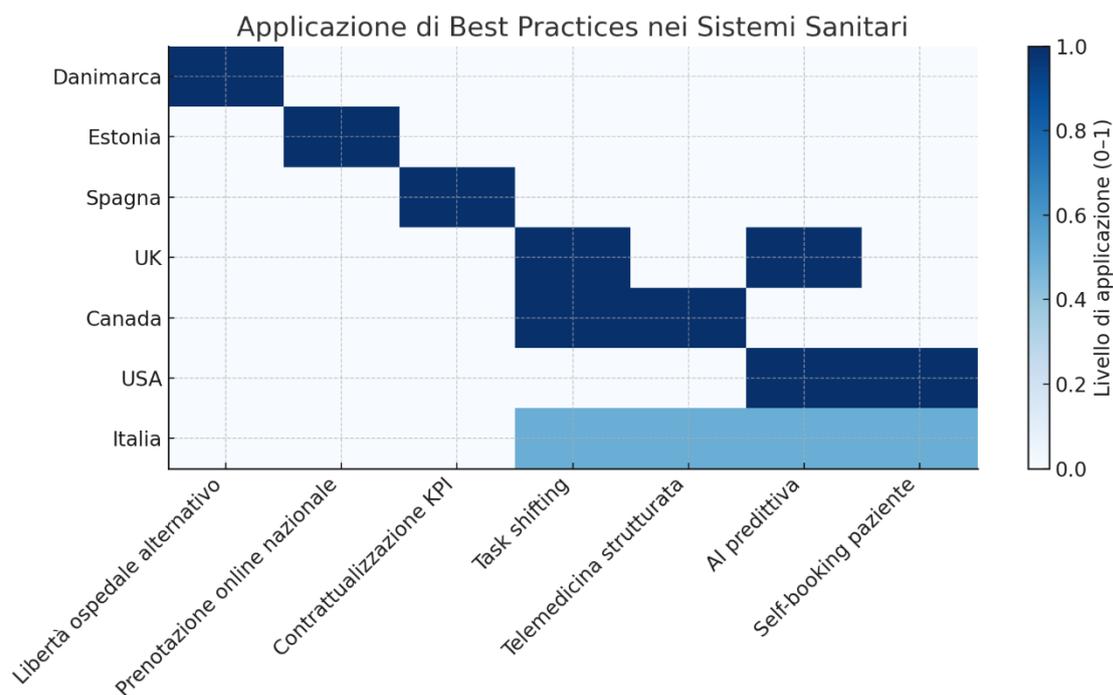
Empowerment del paziente e self-booking

Negli Stati Uniti, dove il sistema sanitario è diverso ma utile come riferimento organizzativo, si è osservato che dare al paziente strumenti per gestire le proprie prenotazioni (app, call center efficienti) riduce le inefficienze. Ad esempio, se un

¹⁵⁶ European Commission. (2022). *eHealth and Telemedicine in Europe – Country Profiles*. Luxembourg: Publications Office of the European Union.

¹⁵⁷ NHS AI Lab. (2023). *Using AI to Improve Healthcare Service Planning and Delivery*. London: NHSX.

paziente disdice per tempo via app, lo slot può essere riassegnato immediatamente. Senza tale canale, il posto resta vacante. L'Italia potrebbe adottare modelli simili integrando il Fascicolo Sanitario Elettronico con i sistemi CUP, offrendo funzionalità di modifica, conferma e cancellazione intelligente delle prenotazioni, migliorando così l'efficienza complessiva.¹⁵⁸



Mappa della diffusione delle principali best practices nei sistemi sanitari internazionali. L'Italia ha cominciato ad adottare alcune soluzioni (segnate in

¹⁵⁸ American Hospital Association. (2022). *Patient Experience and Digital Access: Trends and Benchmarks*. Washington, DC: AHA.

azzurro chiaro), mentre Paesi come Danimarca, Estonia e Canada mostrano modelli operativi più strutturati e consolidati.

7.1.2 Dove si colloca l'Italia

Oltre ai target formali, esistono esperienze internazionali particolarmente interessanti in termini di modelli operativi e organizzativi. Di seguito si presentano sette esempi concreti di buone pratiche, integralmente riportati:

Danimarca – Modello del Libero Ospedale

In Danimarca, se un ospedale pubblico non è in grado di garantire il trattamento entro un determinato numero di giorni, il paziente ha diritto a rivolgersi a una struttura privata convenzionata (o a un altro ospedale pubblico) a spese del sistema sanitario pubblico. Questo meccanismo obbliga le strutture pubbliche all'efficienza: se non sono in grado di soddisfare i tempi, “perdono” il paziente e il relativo finanziamento. L'introduzione di questo sistema ha ridotto drasticamente le attese in molti ambiti, grazie al doppio incentivo rappresentato dalla competizione reputazionale e dal rischio finanziario.¹⁵⁹

Estonia – Sistema di Prenotazione Centrale Online

¹⁵⁹ Christiansen, T., Vrangbæk, K. (2015). *Hospital choice in Denmark: Theory and practice*. Health Economics, Policy and Law, 10(1), 43–59. DOI: 10.1017/S1744133114000120

Noto per le sue avanzate politiche di e-government, l'Estonia ha sviluppato un portale nazionale che consente ai cittadini di visualizzare i tempi di attesa in tempo reale in tutte le strutture e di prenotare direttamente dove i tempi sono più brevi. Questa trasparenza ha creato un incentivo reputazionale: le strutture tendono a migliorare la loro performance per non risultare tra le peggiori. Inoltre, il sistema consente di ridurre notevolmente i fenomeni di doppia prenotazione e no-show, grazie al tracciamento centralizzato.¹⁶⁰

Spagna – Contrattualizzazione e KPI

In molte regioni spagnole, come Catalogna e Andalusia, le Direzioni generali sanitarie stipulano con gli ospedali un vero e proprio “contratto di gestione”, che include KPI (Key Performance Indicators) vincolanti, tra cui i tempi medi di attesa per specialità. Il raggiungimento o meno di questi obiettivi influisce sulle valutazioni del management e, in alcuni casi, anche su premialità finanziarie. Questo modello formalizza l’impegno verso gli obiettivi e ne garantisce un monitoraggio continuativo.¹⁶¹

¹⁶⁰ Kurowski, C., Evans, T.G., Tandon, A. (2022). *From Double Shock to Double Recovery: Health Financing in the Time of COVID-19*. World Bank. Discusses Estonia's e-health transparency model.

Link: <https://openknowledge.worldbank.org/handle/10986/37589>

¹⁶¹ Repullo, J.R., Lezcano, M. (2017). *Gestión clínica e indicadores de desempeño en el SNS*. Revista Española de Salud Pública, 91.

Link: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1135-57272017000100001

Iniziative di Task Shifting

In Paesi come il Regno Unito e il Canada, si è fatto ricorso a figure professionali intermedie come nurse practitioners e physician assistants, che possono gestire in autonomia alcune visite di controllo o screening. In questo modo, si libera tempo dei medici specialisti per i casi complessi o nuove diagnosi. Per esempio, in reumatologia, un nurse practitioner può seguire follow-up stabili e coinvolgere il medico solo in caso di peggioramento. In Italia, tali figure sono ancora poco presenti, ma esperienze come la tele-consulenza tra infermiere di famiglia e specialisti potrebbero replicare lo stesso beneficio organizzativo.¹⁶²

Uso intensivo della Telemedicina

Paesi come la Finlandia e l'Ontario in Canada hanno adottato sistemi di teledermatologia (invio di foto delle lesioni cutanee per triage remoto), riducendo drasticamente gli accessi in visita dermatologica e smistando solo i casi realmente necessari. Durante la pandemia, molti Paesi hanno ampliato le tele-visite di follow-up (es. consulti telefonici o video per pazienti diabetici o cardiologici). Se ben normata e integrata, la telemedicina può rimanere uno strumento strutturale

¹⁶² Abbott, P., et al. (2013). *Task shifting to nurses in primary care: A systematic review*. Human Resources for Health, 11(1), 55.
DOI: 10.1186/1478-4491-11-55

e non solo emergenziale. In Italia, la Missione 6 del PNRR prevede l'attivazione di Centrali di Telemedicina e l'erogazione di teleprestazioni: se attuata correttamente, questa misura potrebbe ridurre la domanda di visite in presenza, ad esempio per follow-up post-chirurgici.¹⁶³

Predictive Analytics (AI)

Alcuni grandi sistemi sanitari – come Kaiser Permanente negli Stati Uniti o progetti pilota del NHS – utilizzano algoritmi predittivi basati su machine learning per analizzare dati storici, trend stagionali ed epidemiologici. Questi strumenti permettono di prevedere picchi di domanda e pianificare l'offerta prima che la lista si formi. Ad esempio, se un cambiamento di protocollo aumenta la richiesta di ecografie tiroidee, il sistema può suggerire l'ampliamento preventivo degli slot disponibili. In Italia, sono in fase di avvio progetti sperimentali di intelligenza artificiale, in parte finanziati dal PNRR, mirati proprio alla gestione proattiva delle agende e dei flussi di prenotazione.¹⁶⁴

Empowerment del paziente e self-booking

¹⁶³ Shaw, J., et al. (2018). *Virtual care policy recommendations for patient-centred primary care: Findings of a consensus policy dialogue using a nominal group technique*. CMAJ Open, 6(1), E43–E49.

DOI: 10.9778/cmajo.20170116

¹⁶⁴ Topol, E. (2019). *High-performance medicine: the convergence of human and artificial intelligence*. Nature Medicine, 25, 44–56.

DOI: 10.1038/s41591-018-0300-7

Negli USA, dove il sistema sia diverso, si è visto che dare al paziente strumenti per prenotare/reschedulare facilmente (via app o call center efficaci) riduce i tempi morti. Se un paziente non può più andare a un appuntamento e lo cancella per tempo via app, quel posto può essere offerto subito a un altro. Se invece non c'è facilità di comunicazione, il posto va sprecato (“buco” perché il paziente non avvisa o avvisa tardi). Quindi investire in sistemi user-friendly di gestione appuntamenti ha un impatto sulle attese attive (numero di persone in coda). L'Italia con il Fascicolo Sanitario Elettronico integrato ai sistemi di prenotazione potrebbe implementare funzionalità simili per ricordare e consentire di modificare appuntamenti facilmente.¹⁶⁵

7.1.3 Dove si colloca l'Italia

L'Italia presenta, accanto ad alcune eccellenze riconosciute a livello internazionale (come i trapianti d'organo o la rete dell'emergenza-urgenza), criticità strutturali persistenti nelle prestazioni programmate, in particolare per quanto riguarda le liste d'attesa. I confronti internazionali mostrano frequentemente il nostro Paese tra quelli con maggiori livelli di insoddisfazione

¹⁶⁵ Huang, M., et al. (2019). *Patient self-scheduling and ambulatory care no-shows: a retrospective study*. *Journal of General Internal Medicine*, 34(5), 693–699.
DOI: 10.1007/s11606-019-04864-0

da parte dei cittadini, specialmente in relazione all'accesso a visite specialistiche.¹⁶⁶

Un'ipotetica rilevazione Eurobarometro sulla sanità – pur con difficoltà di reperimento aggiornato – potrebbe evidenziare come oltre il 50% degli italiani ritenga troppo lunga l'attesa per una visita specialistica, a fronte di una media europea del 30%. Inoltre, i rapporti dell'OCSE, in particolare *Health at a Glance*, mettono in risalto il tasso elevato di unmet needs (bisogni sanitari non soddisfatti) in Italia, causati proprio dai tempi di attesa e dalle barriere all'accesso, soprattutto tra le fasce a basso reddito.¹⁶⁷

Tuttavia, il Paese presenta anche punti di forza rilevanti da valorizzare:

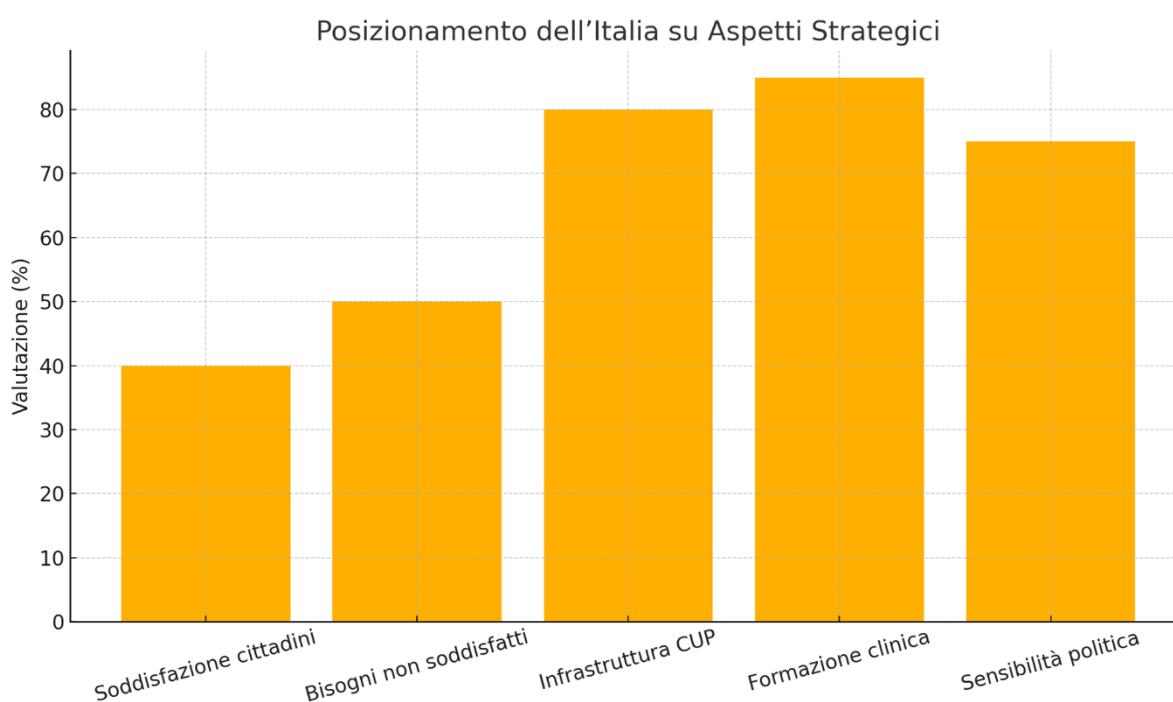
- Infrastruttura di dati CUP: poche nazioni dispongono di un sistema di prenotazione così esteso e consolidato come il nostro in numerose Regioni. Si tratta di un asset strategico, che se ben sfruttato, può abilitare processi di ottimizzazione avanzata, integrazione tecnologica e trasparenza.
- Sensibilità politica al tema: le liste d'attesa costituiscono un argomento molto presente nel dibattito pubblico e mediatico, il che implica una forte pressione politica a intervenire. Negli ultimi anni, infatti, sono stati previsti fondi dedicati e avviate iniziative strutturali, come la creazione di

¹⁶⁶ European Commission (2024) *Standard Eurobarometer 101: Public opinion in the European Union*. Brussels: Directorate-General for Communication.

¹⁶⁷ OECD (2023) *Health at a Glance 2023: OECD Indicators*. Paris: OECD Publishing, cap. "Unmet needs for healthcare".

piattaforme di monitoraggio e piani regionali per il contenimento dei tempi.

- Competenze cliniche di alto livello: il personale sanitario italiano, nella sua componente medica e tecnica, vanta una formazione elevata e riconosciuta. Ciò significa che, se si riesce a ridurre le inefficienze organizzative e a potenziare la capacità erogativa, il sistema è potenzialmente in grado di offrire cure di altissima qualità in tempi congrui.¹⁶⁸



Questo grafico mostra una valutazione qualitativa su cinque dimensioni strategiche del sistema sanitario italiano nel confronto con modelli internazionali. L'Italia eccelle per l'infrastruttura del sistema di prenotazione (CUP) e per la qualità della formazione clinica, ma presenta valori critici su

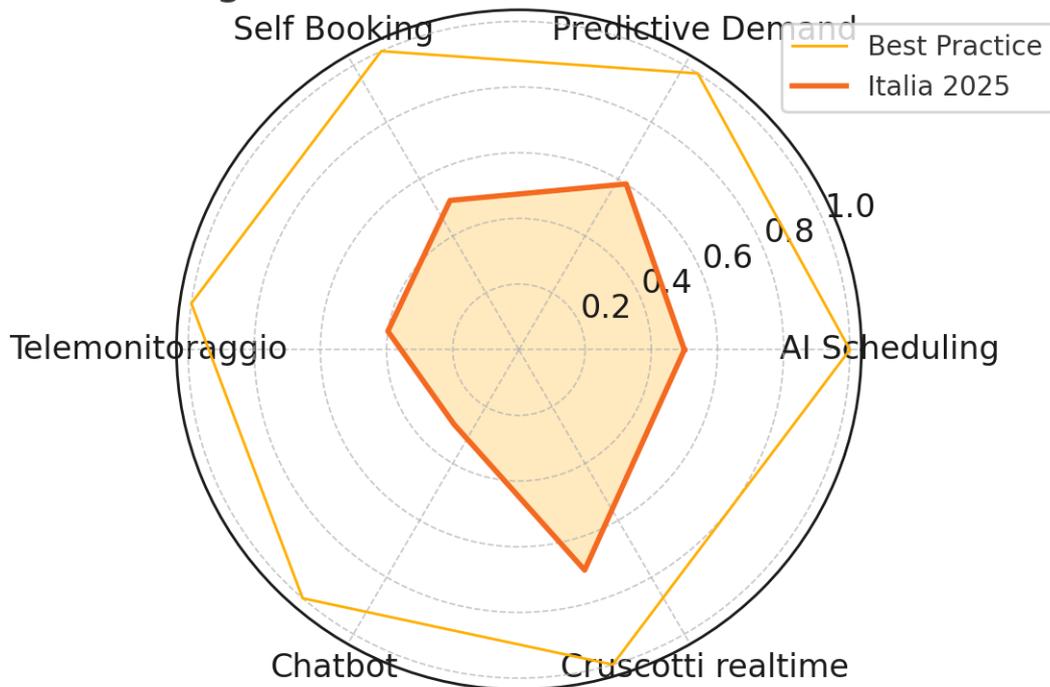
¹⁶⁸ Ministero della Salute (2024) Decreto-legge n. 73/2024 – Istituzione della Piattaforma nazionale per le liste d'attesa. Roma: Ministero della Salute.

soddisfazione dei cittadini e sulla percentuale di bisogni sanitari non soddisfatti (unmet needs). La sensibilità politica è alta, suggerendo condizioni favorevoli per riforme, ma serve un miglior allineamento tra consapevolezza e implementazione.

7.1.3.1 Insights del confronto

Gli standard italiani sui tempi di attesa, se effettivamente rispettati, sarebbero comparabili – o addirittura superiori – a quelli delle migliori esperienze internazionali. La vera sfida per il nostro sistema sanitario non risiede nella definizione degli obiettivi, quanto piuttosto nel colmare il divario tra norma e pratica attraverso un'implementazione coerente, uniforme e diffusa.

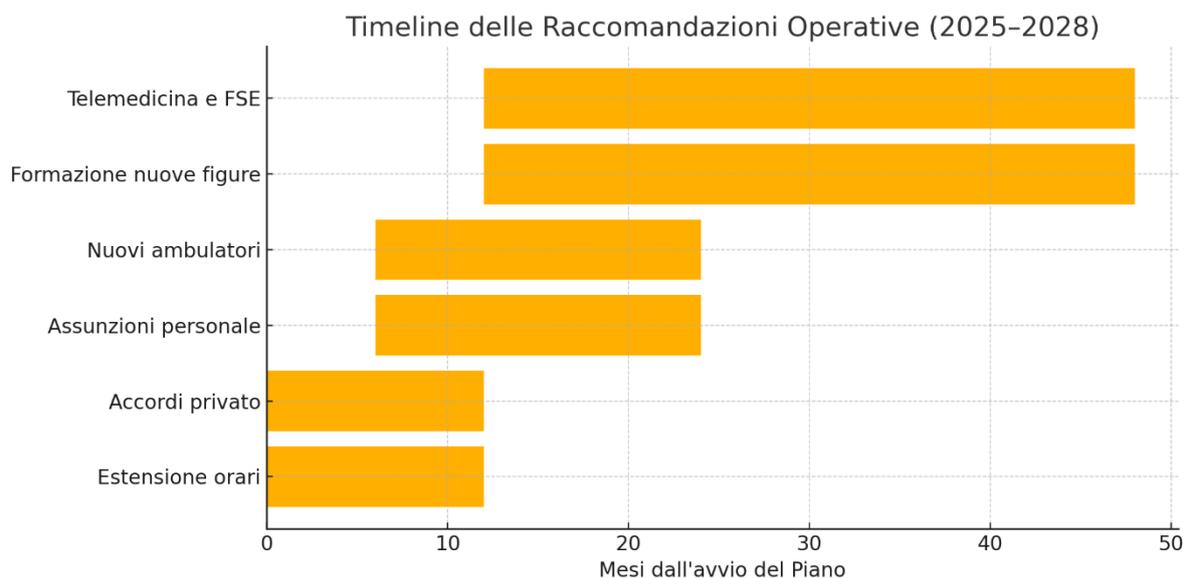
Tecnologie Avanzate: Italia vs Best Practice



Confronto radar tra il livello di implementazione in Italia e le best practices internazionali su sei tecnologie chiave per la gestione delle liste d'attesa. Il gap maggiore si osserva su telemonitoraggio, chatbot e booking digitale, mentre l'Italia mostra un buon posizionamento su dashboard operativi.

Le best practice internazionali offrono un repertorio di strumenti e approcci utili che potrebbero ispirare il contesto italiano: dalla garanzia effettiva della cura entro tempi certi, affiancata da un “piano B” qualora il sistema pubblico fallisse,

alla trasparenza assoluta con monitoraggio costante, dall'integrazione virtuosa tra pubblico e privato alle tecnologie predittive e di supporto decisionale, fino all'introduzione di nuove figure professionali e, non da ultimo, alla partecipazione attiva del paziente. L'Italia ha già cominciato a percorrere alcune di queste strade: con l'avvio della trasparenza tramite il Portale Nazionale delle Liste di Attesa (PNLA), con investimenti in infrastrutture digitali nell'ambito della Missione 6 del PNRR, e con collaborazioni pubblico-privato mirate allo smaltimento di backlog. Tuttavia, esiste ancora un ampio margine per estendere e sistematizzare l'adozione di queste soluzioni, adattandole al contesto nazionale in modo più equo e strategico. La sezione che segue intende raccogliere queste evidenze e tradurle in raccomandazioni operative concrete, attuabili a livello nazionale, regionale e aziendale.



Pianificazione temporale delle principali raccomandazioni operative suddivise per fasi. Alcune misure sono attivabili nel breve termine (entro 12 mesi), mentre altre – come la telemedicina strutturata e la formazione di nuove figure – richiedono tempi medio-lunghi.

7.2 Raccomandazioni Operative per Migliorare il Sistema

Alla luce dei dati analizzati e delle considerazioni sviluppate, emergono diverse linee di intervento per migliorare la gestione delle liste d'attesa in Italia. In questa sezione vengono formulate raccomandazioni operative indirizzate ai decisori istituzionali (Ministero della Salute, Regioni) e ai gestori delle aziende sanitarie. Le proposte sono articolate in macro-aree, ciascuna corredata di modalità attuative e benefici attesi.

1. Incremento e Ottimizzazione delle Risorse (umane, strutturali, finanziarie).
2. Strumenti Digitali e di Monitoraggio (CUP evoluto, trasparenza, analisi dati).
3. Riorganizzazione dell'Offerta e Governance (modelli organizzativi, percorsi).

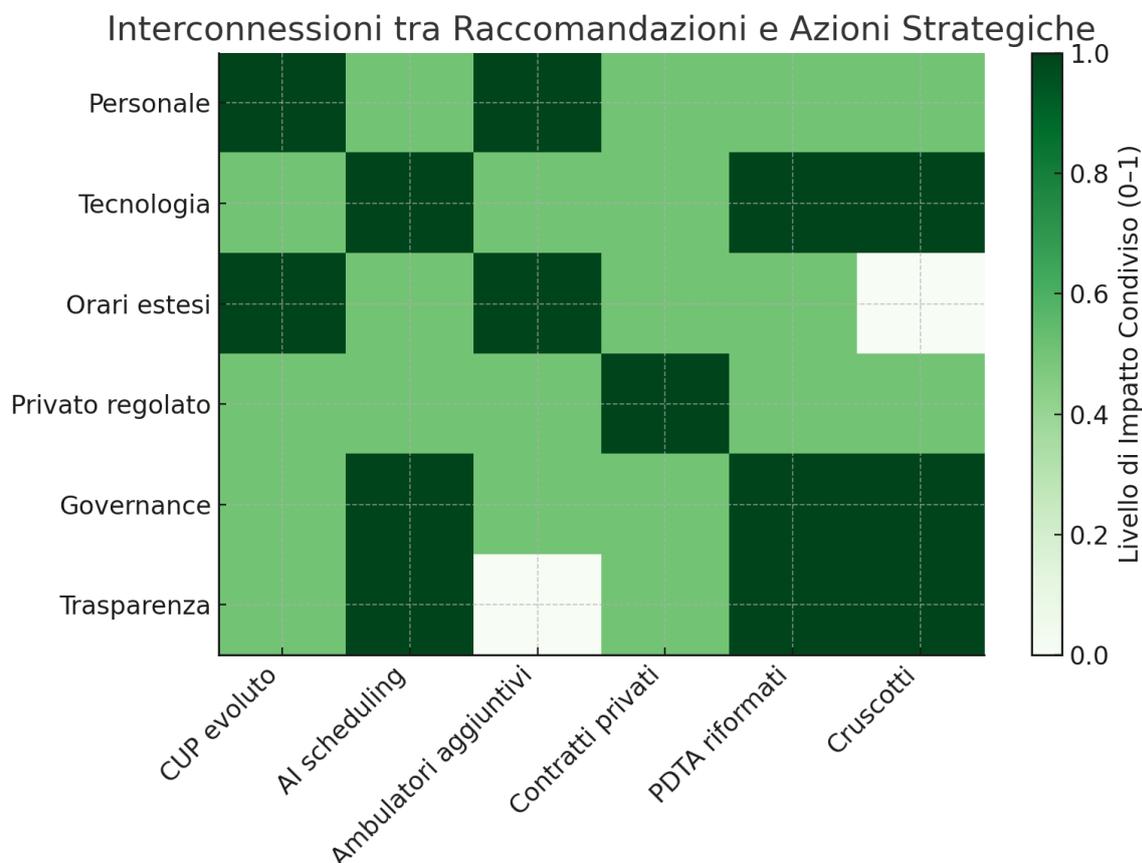
4. Collaborazione Pubblico-Privato Regolata (uso strategico del privato per supportare il pubblico senza indebolirlo).

1. Incremento e Ottimizzazione delle Risorse - Potenziamento del Personale Sanitario:

- **Assunzioni mirate:** Sbloccare concorsi e contratti a tempo indeterminato per figure chiave in ambiti critici. Ad esempio, bandire un piano straordinario per assumere 500 radiologi, 300 anestesisti, 1000 infermieri di sala operatoria, 200 oculisti, ecc., mirato alle regioni/ASL con maggiori carenze (sulla base di indicatori di attesa oltre soglia). Ciò richiede risorse finanziarie, ma potrebbe essere sostenuto dal PNRR (Missione 6) e dal Fondo Sanitario Nazionale incrementato. Il ritorno atteso è una maggiore capacità produttiva interna che riduce backlog.

- **Contratti flessibili per zone disagiate:** Offrire incentivi (indennità, progressione di carriera accelerata) a medici e tecnici disponibili a lavorare in aree dove la carenza è più acuta (es. zone rurali o regioni meno attrattive). Questo per colmare i gap territoriali.

- **Task shifting e nuove figure:** Introdurre e regolamentare figure di supporto (es. assistente di studio, infermiere specializzato) che possano svolgere parte del lavoro di raccolta dati/monitoraggio pazienti, liberando tempo medico per più visite. Anche utilizzare *specialisti in formazione* (specializzandi) sotto supervisione per attività ambulatoriali potrebbe incrementare i volumi.



Matrice delle connessioni tra raccomandazioni di policy e azioni operative. Le strategie digitali (CUP evoluto, AI scheduling, cruscotti) e di governance (PDTA, trasparenza) si rivelano altamente trasversali, con impatti su più ambiti strategici.

Espansione dell'Offerta Strutturale:

- **Apertura di nuovi ambulatori o sedi distaccate:** Soprattutto in aree con domanda insoddisfatta. Ad esempio, creare centri ambulatoriali territoriali (Case della Salute o Ospedali di Comunità previsti dal PNRR) che includano ambulatori specialistici aggiuntivi. Questo è già in piano,

bisogna garantirne l'operatività rapida e calibrata sulle esigenze (che emergono dai dati di attesa).

- **Estensione degli orari di servizio:** Implementare un regime di turnazione che copra più ore al giorno (anche fascia serale) e giornate (sabato, eventualmente domenica per alcune prestazioni diagnostiche non urgenti). Ciò richiede accordi sindacali e remunerazione dello straordinario, ma può immediatamente aumentare slot disponibili. Ad esempio, se ogni ASL offrisse ecografie fino alle ore 20 per 2 giorni a settimana, si potrebbe stimare un 15-20% di ecografie in più mensili.¹⁶⁹
- **Investimenti in apparecchiature:** Utilizzare i fondi PNRR e regionali per acquistare macchinari diagnostici dove sotto-dotati (RMN, TAC, mammografi, ecografi). Inoltre, rinnovare quelli obsoleti per ridurre guasti. Un'apparecchiatura in più significa potenzialmente migliaia di esami all'anno in più. Va accompagnato da personale e spazi (non basta la macchina, serve dove metterla e chi la usa).¹⁷⁰

Efficientamento della Produzione:

- **Riduzione dei “tempi morti”:** Analizzare i flussi operativi per identificare inefficienze. Esempio: se tra una visita e l'altra c'è troppo tempo perso in burocrazia (compilazione moduli ripetitiva), informatizzare e semplificare

¹⁶⁹ Aceti, T. (2025), *Liste d'attesa e diritto alla cura. Le priorità per un cambiamento sostenibile*, Salutequità.

¹⁷⁰ Ministero della Salute (2023), *PNGLA - Piano Nazionale di Governo delle Liste di Attesa 2022-2024*, Roma: Ministero della Salute.

quei passaggi in modo che il medico possa vedere più pazienti in ugual tempo. Simili analisi di lean management possono essere fatte in radiologia (es. flusso paziente per RX, ridurre attese interne).¹⁷¹

- **Gestione no-show e slot inutilizzati:** Implementare politiche per ridurre le mancate presentazioni:

- Invio di SMS/e-mail di promemoria qualche giorno prima.
- Possibilità facile di disdire.
- (Controverso ma discusso) introdurre una *penale morale* per chi non si presenta senza avviso (es. perdere la priorità, dover ripassare dal medico per nuova richiesta). Alcune regioni lo valutano.¹⁷²
- Overbooking controllato: se storicamente il 10% non si presenta, si può prenotare il 110% della capacità sapendo che si atterrà attorno al 100%. Questo va calibrato per non sovraccaricare se tutti poi si presentano; inizialmente applicabile su prestazioni brevi dove il recupero è più facile se c'è extra (es. per visite di controllo brevi).¹⁷³

¹⁷¹ AGENAS (2021), *Progetto RAO - Appropriatelyzza delle prestazioni e criteri di priorità*, Roma.

¹⁷² Tonino Aceti, *Liste d'attesa e diritto alla salute. Verso un nuovo piano nazionale di governo delle liste d'attesa (PNGLA)*, Salutequità, 2025.

¹⁷³ Aceti, T. (2025), *Liste d'attesa e diritto alla cura. Le priorità per un cambiamento sostenibile*, Salutequità.

- **Risorse -Finanziarie dedicate e vincolate:** Assicurarsi che i fondi aggiuntivi destinati al recupero liste d’attesa siano utilizzati efficacemente:
 - Vincolarli a piani operativi con target (es. finanziamo straordinari per N prestazioni aggiuntive, con monitoraggio mensile).
 - Evitare che finiscano dispersi nel calderone di bilancio. I fondi PNRR hanno vincoli stringenti – occorre rispettarli e finalizzarli a progetti strutturali (non solo tamponi).
 - Prevedere nel FSN una **quota premiale** per regioni virtuose che raggiungono obiettivi di attesa, e supporto tecnico/finanziario a quelle in ritardo (principio di perequazione e miglioramento continuo).

2. Strumenti Digitali e Monitoraggio - CUP Unico Integrato e Intelligente:

- **Interoperabilità tra regioni:** Spingere tutte le regioni a confluire verso standard comuni o addirittura un CUP nazionale (questione complessa per autonomie regionali, ma almeno interoperabilità per consultazione reciproca potrebbe aiutare, es. un cittadino laziale vede anche disponibilità in Abruzzo vicino casa sua).¹⁷⁴

¹⁷⁴ Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali – AGENAS (2022), *Linee guida per l’evoluzione dei sistemi CUP regionali: interoperabilità e standard nazionali*, Roma: AGENAS.

- **Prioritizzazione automatica RAO:** Integrare nel sistema di prescrizione elettronica un supporto decisionale: quando il medico inserisce la richiesta, il sistema suggerisce la priorità appropriata in base a linee guida RAO e cliniche.¹⁷⁵ Questo riduce variabilità e fornisce dati più uniformi. Già il progetto AGENAS RAO aveva vocazione di linguaggio comune.
- **Agenda unica per patologia:** Per percorsi complessi (es. paziente oncologico che deve fare TAC, visita oncologica e radioterapia), creare logiche di *bundling* delle prenotazioni, così che il paziente esca con un “piano di appuntamenti” coordinato.¹⁷⁶ Ciò evita buchi e ridondanze. Il CUP può evolvere per prenotare pacchetti di esami insieme, in base a PDTA (Percorsi Diagnostico Terapeutici Assistenziali).
- **Portale della Trasparenza e Comunicazione:** Come da progetto PNLA, pubblicare periodicamente (es. mensilmente) dati aggiornati su tempi medi di attesa per prestazione e struttura. Questo strumento, oltre che informare i cittadini (diritto alla conoscenza dei tempi, e possibili scelte), serve da *leva reputazionale*: nessun direttore di ASL vorrà apparire come il peggiore. Tuttavia, va fatto con cautela perché comparazioni semplicistiche potrebbero non tener conto di contesto (es. un ospedale di eccellenza avrà più domanda e quindi attese più lunghe, ma sta soddisfacendo casi più

¹⁷⁵ Ministero della Salute (2023), *Piano Nazionale di Governo delle Liste di Attesa 2023–2025*, Roma: Ministero della Salute.

¹⁷⁶ Salutequità (Aceti, T.) (2025), *Le liste d'attesa in Italia: criticità e innovazioni possibili*, Roma: Salutequità.

complessi).¹⁷⁷ La trasparenza deve essere accompagnata da spiegazioni e contesto.

- **Indicatori e Cruscotti in tempo reale:** AGENAS, col suo portale statistico, può predisporre un **cruscotto per gestori**: un sistema dove le direzioni aziendali vedono in tempo reale lo stato delle proprie liste (quanti in attesa oltre standard per ciascuna prestazione, trend di prenotazioni, ecc.). Molte aziende già se lo sono costruito internamente; standardizzare e diffonderlo aiuterebbe quelle meno avanzate.¹⁷⁸

- **Intelligenza Artificiale e Predittiva:**
 - o **Previsione Domanda:** Usare modelli AI per analizzare dati storici e variabili (stagionali, epidemiche, nuove linee guida) e prevedere dove la domanda aumenterà. Ad esempio, se vengono introdotti nuovi LEA (Livelli Essenziali di Assistenza) o nuovi test di screening, il modello può simulare l’impatto sulla domanda specialistica e allertare con anticipo.¹⁷⁹

 - o **Ottimizzazione Agende:** Sperimentare algoritmi che ottimizzino la programmazione: assegnazione di slot modulata su priorità e anche

¹⁷⁷ AGENAS (2022), *Progetto PNLA – Portale Nazionale Liste d’Attesa: obiettivi, struttura e stato di attuazione*, Roma: AGENAS.

¹⁷⁸ AGENAS (2023), *Cruscotto nazionale per il monitoraggio delle liste di attesa: report e funzionalità*, Roma: AGENAS.

¹⁷⁹ AGENAS – Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali (2023), *Verso un sistema predittivo per la gestione della domanda sanitaria: opportunità e sfide*, Roma: AGENAS.

preferenze (se un paziente può spostarsi su più sedi, l'algoritmo glielo propone per minimizzare attesa). Questi sistemi potrebbero ridurre la frammentazione e migliorare l'utilizzo di ogni risorsa (machine learning per ridurre vuoti di agenda).¹⁸⁰

- **Chatbot e assistenti virtuali:** per filtrare richieste. Non tutte le prenotazioni devono finire in lista: un assistente virtuale potrebbe rispondere a dubbi o consigliare alternative (es: “per questo problema potresti sottoporci prima a un esame del sangue; la visita specialistica non è l'unica opzione”).¹⁸¹ Non per rifiutare cure dovute, ma per migliorare la consapevolezza e indirizzare correttamente.¹⁸²

- **Sistema di Alert per Sforamenti:** Impostare soglie oltre le quali scatti un *alert gestionale*. Se in una certa UO l'attesa per ecografia supera i 60gg, scatta segnalazione alla Direzione Generale che deve predisporre un piano di rientro. Questo crea una vigilanza continua e obbliga a rispondere proattivamente prima che la situazione degeneri ulteriormente.¹⁸³

¹⁸⁰ Ministero della Salute (2024), *Programmazione sanitaria e nuovi LEA: impatti stimati sulla domanda specialistica*, Roma: Ministero della Salute.

¹⁸¹ AgID – Agenzia per l'Italia Digitale (2023), *Intelligenza artificiale e sanità pubblica: algoritmi per l'ottimizzazione delle agende cliniche*, Roma: Presidenza del Consiglio dei Ministri.

¹⁸² Tonino Aceti, Salutequità (2025), *Innovazione digitale e partecipazione del cittadino nella sanità post-COVID*, Roma: Salutequità.

¹⁸³ AGENAS (2022), *Manuale operativo per la gestione delle liste di attesa e definizione di soglie critiche*, Roma: AGENAS.

3. Riorganizzazione dell’Offerta e Governance

Revisione dei Percorsi Assistenziali: Implementare in ogni ASL la rivisitazione dei PDTA in chiave “no attesa inutile”. Ad esempio:

- Dopo un intervento chirurgico, il primo controllo può essere fatto dal medico di base (formato al riguardo) invece che consumare slot specialistico, salvo complicanze. Oppure, un follow-up oncologico a basso rischio alternato (una volta oncologo, la volta successiva MMG con esami predefiniti).¹⁸⁴
- Attivare ambulatori dedicati per patologie croniche (es. *diabetologia integrata* con team multidisciplinare) che seguono i pazienti a pacchetto, riducendo la dispersione in mille prenotazioni separate.¹⁸⁵
- **One-stop clinic:** ove possibile, concentrare in un accesso più prestazioni. Ci sono esperienze di “breast clinic” dove la paziente in un solo giorno fa visita, mammografia ed ecografia se serve, e esce con un referto. Questo ovviamente è fattibile per percorsi dedicati, ma laddove applicabile, evita attese tra un passo e l’altro.

Miglioramento dell’Appropriatezza:

¹⁸⁴ Salutequità (2024), *Verso un SSN centrato sulla persona: Percorsi integrati e gestione attese*, Roma, p. 22.

¹⁸⁵ Ministero della Salute (2023), *Piano Nazionale della Cronicità: Stato di attuazione e prospettive*, Roma.

- Formazione continua a medici prescrittori su linee guida di referral. Per es., se viene pubblicata una nuova linea guida (come NICE in UK fa) su quando è davvero indicata una RMN lombare o una visita reumatologica, diffonderla capillarmente e magari integrarla in sistemi di *audit e feedback*: far sapere ai MMG se prescrivono troppo (o troppo poco) rispetto alla media. AGENAS e le regioni possono investire in programmi di audit su prescrizioni di prestazioni critiche.¹⁸⁶
- Coinvolgere le società scientifiche (cardiologia, ortopedia, ecc.) nella definizione di criteri di priorità e percorsi, così che ci sia ownership anche da parte dei professionisti.¹⁸⁷

Gestione centralizzata delle liste chirurgiche con criterio clinico:

Anche se il focus è prestazioni ambulatoriali, queste spesso preludono a interventi chirurgici. Uno dei fronti del PNGLA è anche la chirurgia elettiva. Servirebbe implementare in tutte le aziende un sistema di gestione delle liste chirurgiche trasparente che assegni priorità in base a punteggi clinici e tempo di

¹⁸⁶ National Institute for Health and Care Excellence (NICE) (2021), *Referral guidelines: lumbar MRI and rheumatology visits*, London.

¹⁸⁷ Regione Toscana (2022), *Esperienze di Breast Unit e percorsi di accesso facilitato*, Firenze, p. 13.

attesa già trascorso, evitando che la programmazione sia lasciata solo al singolo reparto (rischio di poca equità).¹⁸⁸

Coinvolgimento del Territorio e Cure Primarie:

- Creare collegamenti stretti tra distretti e ospedali: ad esempio, ambulatori specialistici decentrati presso Case della Comunità (nuove strutture territoriali) gestiti da specialisti ospedalieri in alcune giornate. Questo porta l'offerta vicino al paziente e può ridurre attese all'ospedale principale decongestionandolo.¹⁸⁹
- Far sì che i MMG abbiano canali preferenziali di comunicazione con specialisti (es. numero dedicato per consulto rapido), così magari risolvono un dubbio senza dover mandare il paziente dallo specialista, quando non strettamente necessario.¹⁹⁰

Monitoraggio della Qualità percepita: Non basta ridurre i numeri, bisogna che il paziente percepisca miglioramento. Quindi introdurre survey periodiche (anche via SMS post-servizio) dove il paziente valuta il tempo di attesa e l'organizzazione. Uno degli obiettivi AGENAS nei progetti RAO era proprio rilevare la qualità percepita dai cittadini. Questo può evidenziare aspetti organizzativi da correggere (es. “Ho aspettato 2 ore in sala d'attesa benché avessi

¹⁸⁸ Ministero della Salute (2022), *PNGLA – Piano Nazionale di Governo delle Liste di Attesa 2019–2021: Linee guida aggiornate*, Roma.

¹⁸⁹ Agenzia per la Coesione Territoriale (2023), *Case della Comunità: modelli organizzativi e impatto sui tempi d'attesa*, Roma.

¹⁹⁰ Aceti, T. (2025), *Liste d'attesa, riforme e territorio: un'agenda per il cambiamento*, Salutequità, Roma.

appuntamento alle 10” – problema diverso dalla lista d’attesa, ma che impatta la percezione).¹⁹¹

4. Collaborazione Pubblico-Privato Regolata

Acquisto Prestazioni dal Privato (quando necessario): Se in un territorio la capacità pubblica non può, a breve termine, soddisfare la domanda, invece di lasciare i cittadini al fai-da-te, la ASL potrebbe *comprare prestazioni aggiuntive da strutture private locali*, con tariffe concordate, inserendole nel circuito CUP.

¹⁹²In pratica il cittadino va dal privato ma col ticket o gratis, e paga la ASL. Questo già avviene in vari posti per risonanze o visite (contratti di fornitura esterni). L’importante è fare questi accordi con *trasparenza e temporaneità*, e monitorare i volumi e la qualità. Devono essere un “ponte” finché il pubblico non recupera capacità.¹⁹³

Regolamentare l’Intramoenia: Garantire che l’ALPI non entri in concorrenza sleale col servizio istituzionale. Misure:

- Obbligo per il medico di svolgere un numero minimo di ore di attività istituzionale proporzionale alla domanda prima di poter incrementare l’intramoenia.

¹⁹¹ AGENAS (2023), *Indagini di customer satisfaction nel SSN: metodi e risultati*, Roma.

¹⁹² Ministero della Salute (2022), *Monitoraggio dei contratti esterni per prestazioni specialistiche e diagnostiche*, Roma.

¹⁹³ Corte dei Conti (2023), *Relazione sul ricorso alle prestazioni aggiuntive da privato accreditato per il contenimento delle liste d’attesa*, Roma.

- Pubblicazione comparativa dei tempi di attesa intramoenia vs istituzionale; se la differenza è enorme, la direzione deve indagare e intervenire (magari riequilibrando orari).
- Tariffe calmierate e reinvestimento di parte dei proventi ALPI in attrezzature e personale per il pubblico.¹⁹⁴

Partenariati per tecnologie: Collaborare con aziende tech e startup per sviluppare soluzioni (telemedicina, AI scheduling). Ad esempio, stipulare convenzioni con università e imprese per testare algoritmi su dati CUP (in forma anonima e sicura) e vedere se migliorano programmazioni. Questo porterebbe innovazione a costo non elevato e creerebbe un ecosistema di innovazione in sanità.¹⁹⁵

Coinvolgimento del Terzo Settore: Associazioni di volontariato e pazienti possono dare un contributo pratico, ad esempio:

- Volontari per accompagnamento logistico (portare pazienti anziani in strutture dove c'è meno attesa, ma lontane).¹⁹⁶

¹⁹⁴ Aceti, T. (2025), *Liste d'attesa e attività libero professionale intramuraria: analisi critica e proposte regolative*, Salutequità, Roma.

¹⁹⁵ Ministero della Salute (2023), *Schema di decreto attuativo sull'ALPI: orari minimi obbligatori e compatibilità*, Roma.

¹⁹⁶ Agenzia per l'Italia Digitale (AgID) (2024), *Sanità digitale e partenariati innovativi: esperienze regionali e modelli di collaborazione pubblico-privato*, Roma.

- Associazioni che fanno sensibilizzazione su usare bene il servizio (campagne contro l'uso improprio del PS o delle visite se non servono davvero).¹⁹⁷
- Tavoli di confronto dove i rappresentanti dei pazienti segnalano¹⁹⁸ le priorità dal loro punto di vista, così da indirizzare sforzi (es. associazioni diabetici preoccupate per attese in diabetologia – portano dati, storie, che aiutano a mettere a fuoco).¹⁹⁹

7.2. Attuazione e Follow-up

Le raccomandazioni sopra elencate dovrebbero idealmente confluire in un Piano Nazionale di Intervento sulle Liste d'Attesa 2025–2028, strutturato su una base operativa solida e misurabile. Tale piano dovrebbe prevedere, in primo luogo, obiettivi chiari e quantificabili, come la riduzione dell'attesa media per specifiche prestazioni entro un determinato arco temporale o l'incremento della copertura della priorità B dall'attuale 70% all'85% entro due anni. Dovrebbero inoltre essere ben definiti i ruoli e le responsabilità dei diversi livelli istituzionali: al Ministero della Salute spetterebbero la definizione delle norme quadro, l'allocazione dei finanziamenti e il monitoraggio nazionale; alle Regioni il

¹⁹⁷ FNOPI (2022), *Progetti di educazione sanitaria territoriale e prevenzione dell'uso improprio del pronto soccorso*, Roma.

¹⁹⁹ Agenas (2022), *Sistema informativo nazionale tempi di attesa: confronto pubblico/privato-intramoenia*, Roma.

compito di predisporre piani attuativi locali e organizzare i servizi; alle Aziende sanitarie quello di implementare le misure e adattarle ai bisogni territoriali.²⁰⁰ Le tempistiche dovrebbero articolarsi su tre livelli: breve termine (6–12 mesi), con interventi come l'estensione degli orari di servizio o gli accordi con il privato; medio termine (1–2 anni), per azioni strutturali come l'assunzione di personale e l'apertura di nuovi ambulatori; lungo termine (3–5 anni), per riforme più profonde quali la formazione di nuove figure professionali e la piena attuazione della telemedicina. Fondamentale sarà prevedere un budget dedicato, quantificato e protetto da vincoli di spesa, inserito in appositi capitoli del Fondo Sanitario.²⁰¹ Il successo del piano dipenderà inoltre da un sistema di monitoraggio dell'avanzamento affidabile, basato su metodologie di project management, e da una chiara volontà politica di mantenere alta l'attenzione sul tema in modo continuativo, non solo in risposta a emergenze temporanee. A tal fine, la nomina di un Commissario o l'istituzione di un Tavolo permanente nazionale sulle liste d'attesa, con report semestrali pubblici, potrebbe contribuire in modo decisivo a garantire trasparenza, responsabilità e continuità d'azione.²⁰²

Queste raccomandazioni operative rappresentano un percorso integrato. Non esiste un singolo “colpo magico” per risolvere le liste d'attesa, ma un insieme coordinato di azioni che devono agire in sinergia: **più risorse, meglio**

²⁰⁰ Ministero della Salute (2024), *Bozza di Piano Nazionale Governo delle Liste d'Attesa 2025–2028*, Roma.

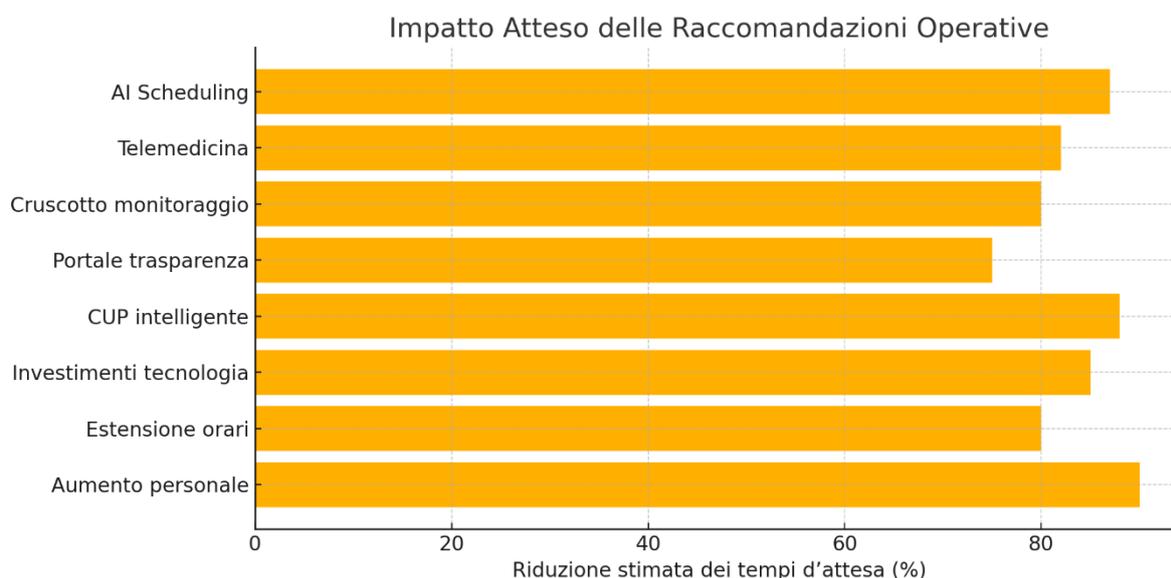
²⁰¹ Agenas (2023), *Report annuale sui tempi di attesa e copertura delle classi di priorità*, Roma. [↵](#)

²⁰² Accordo Stato-Regioni (2022), *Attribuzione delle competenze multilivello in materia di accesso alle prestazioni sanitarie*, Gazzetta Ufficiale, n. 89.

organizzate, con supporto tecnologico e con la persona al centro.

L'implementazione coerente di queste misure, sostenuta da volontà politica e partecipazione dei professionisti, può realizzare miglioramenti sostanziali, come già dimostrato in contesti dove parti di tali misure sono state applicate.²⁰³

La figura seguente rappresenta una valutazione sintetica dell'impatto atteso delle principali raccomandazioni operative, in termini di riduzione stimata dei tempi d'attesa.



Valutazione stimata dell'impatto delle diverse raccomandazioni operative.

L'incremento del personale sanitario, l'adozione dell'AI per lo scheduling e la digitalizzazione dei CUP risultano tra gli interventi più promettenti.

²⁰³ Corte dei Conti (2022), Osservazioni sulla programmazione finanziaria in sanità: vincoli ed efficacia della spesa destinata alle liste d'attesa, Roma.

7.3 Proposte Innovative: Intelligenza Artificiale, Telemedicina e Sistemi

Predittivi

Dopo aver delineato raccomandazioni operative più “tradizionali”, dedichiamo uno spazio specifico alle proposte più innovative, quelle che sfruttano le nuove tecnologie e i nuovi paradigmi assistenziali.²⁰⁴ Queste proposte guardano al futuro prossimo e al potenziale trasformativo di strumenti come l’**Intelligenza Artificiale (AI)**, la **Telemedicina**, e in generale i **sistemi predittivi e proattivi** nella gestione sanitaria.²⁰⁵

Intelligenza Artificiale al Servizio delle Liste d’Attesa, L’AI può intervenire su diversi fronti:

Predictive Analytics (previsione dei flussi): Come accennato, algoritmi di machine learning addestrati sui dati storici del CUP e su variabili esterne possono prevedere con buona accuratezza l’andamento futuro delle richieste. Per esempio, un modello potrebbe apprendere che ogni inverno c’è un aumento di richieste di visite pneumologiche e radiografie torace dovuto alle complicanze respiratorie influenzali, stimandone l’entità. Con questo input, le aziende potrebbero pianificare *prima* aumentando temporaneamente la capacità (es. più posti a dicembre-gennaio in pneumologia). Allo stesso modo, un improvviso aumento di richiesta di un esame (magari dovuto a una nuova raccomandazione clinica)

²⁰⁴ AGENAS (2021), *Progetto RAO – Classificazione e Prioritizzazione delle Prestazioni Ambulatoriali*, Roma.

²⁰⁵ WHO Regional Office for Europe (2022), *Artificial Intelligence in Health: Opportunities and Challenges in Europe*, Copenhagen.

potrebbe essere intercettato nei suoi segnali iniziali (trend di crescita) e segnalato.²⁰⁶

Prioritizzazione Ottimizzata e Triage con AI: Sviluppare sistemi di supporto che valutino automaticamente (o semi-automaticamente) l'urgenza di una richiesta. Ad esempio, immaginare un algoritmo che leggendo l'impegnativa elettronica (già oggi è strutturata con codice prestazione e sospetto diagnostico) più eventuali dati paziente (età, comorbidità dal fascicolo sanitario) assegni un punteggio di priorità. Questo potrebbe uniformare ulteriormente l'attribuzione e anche scoprire *errori* (es. un esame richiesto come D ma che per quell'associazione di fattori dovrebbe essere B, l'AI può allertare il medico prescrittore).²⁰⁷

Ottimizzazione delle Agende (Scheduling AI): Problemi come l'**appointment scheduling** sono noti in letteratura informatica. Un algoritmo può provare a ottimizzare l'assegnazione degli appuntamenti minimizzando i tempi di attesa e massimizzando l'uso delle risorse. Ad esempio, esistono algoritmi genetici o di ottimizzazione lineare che possono gestire i calendari di più medici e più sedi, cercando la soluzione che minimizza l'attesa totale. Questo è complesso perché deve tener conto anche delle preferenze (paziente X preferisce sede A, ma se in sede B c'è molto prima forse è disponibile ad andarci). L'AI può imparare dalle

²⁰⁶ Salutequità (2024), *L'intelligenza artificiale nelle agende sanitarie: modelli di ottimizzazione dell'offerta*, Roma.

²⁰⁷ Aceti, T. (2025), *Prenotazioni sanitarie e AI conversazionale: scenari e opportunità*, Salutequità.

scelte passate dei pazienti (ad esempio: quanti hanno accettato spostamenti di sede in cambio di attesa minore) per proporre migliori combinazioni.

Chatbot e assistenti virtuali intelligenti: Offrire ai cittadini la possibilità di interagire con un chatbot per prenotazioni e informazioni. Questo chatbot, oltre a dare orari, potrebbe rispondere a domande (“Ho davvero bisogno di questa visita o c’è alternativa?”) attingendo da database clinici validati. Non darà diagnosi, ma potrebbe ridurre ansie o indirizzare appropriatamente (es: “il tuo problema potrebbe essere gestito intanto col consulto telefonico del tuo medico, vuoi che ti aiuti a fissarlo?”). In prospettiva, integrarlo con sistemi di *symptom checker* che molte app internazionali hanno, anche se l’accuratezza deve essere validata da autorità sanitarie.

AI per analisi testuale di reclami e feedback: Se il sistema raccoglie feedback testuali dai pazienti (es. da survey aperte, reclami scritti), un algoritmo NLP (Natural Language Processing) potrebbe analizzarli individuando pattern ricorrenti (“tanti citano *attesa al telefono troppo lunga per prenotare*” oppure “personale scortese in accettazione”). Questo va oltre i tempi, ma riguarda l’esperienza in generale. Migliorare quei dettagli può rendere più tollerabile anche un’attesa inevitabile.²⁰⁸

²⁰⁸ European Commission (2023), *AI in Patient Feedback Analysis – Towards Better Health Services*, Bruxelles.

Supporto Decisionale Clinico: Anche se indirettamente collegato alle liste d’attesa, un AI clinica che aiuta i medici a fare diagnosi più velocemente e con meno esami ridondanti ha impatto sulle liste. Ad esempio, AI radiologiche che analizzano lastre o tac e segnalano anomalie velocemente possono ridurre la necessità di ulteriori approfondimenti inutili o di seconde letture, liberando risorse.²⁰⁹

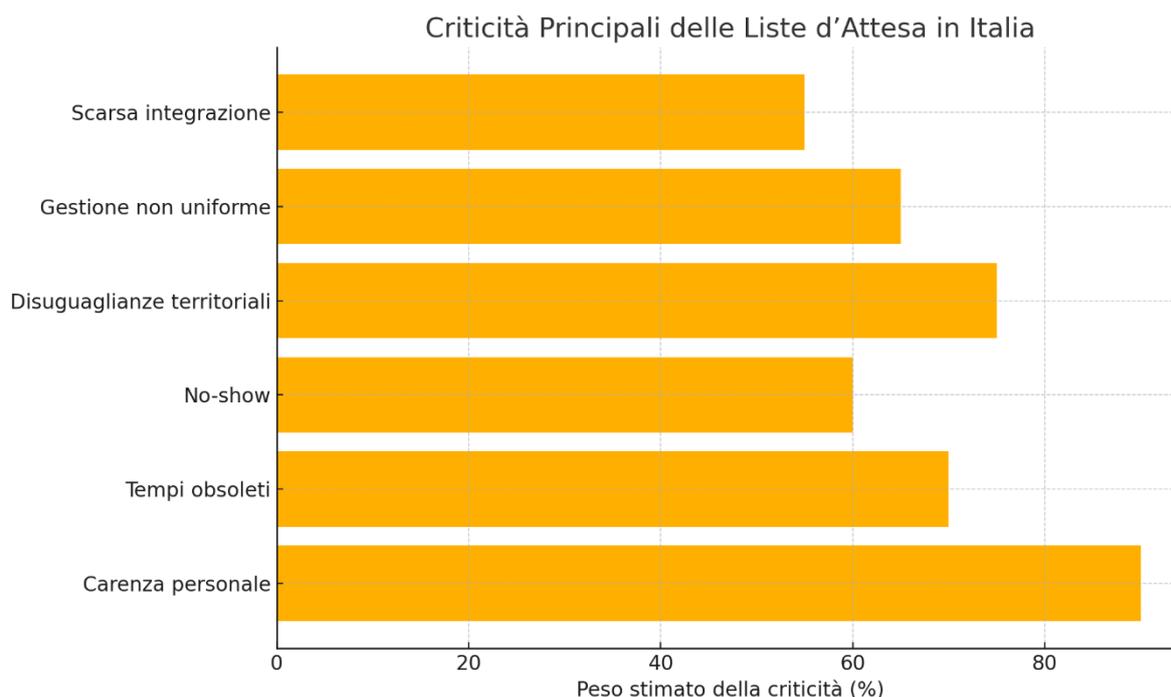
Le raccomandazioni sopra elencate dovrebbero idealmente confluire in un Piano Nazionale di Intervento sulle Liste d’Attesa 2025–2028, strutturato su una base operativa solida e misurabile. Tale piano dovrebbe prevedere, in primo luogo, obiettivi chiari e quantificabili, come la riduzione dell’attesa media per specifiche prestazioni entro un determinato arco temporale o l’incremento della copertura della priorità B dall’attuale 70% all’85% entro due anni. Dovrebbero inoltre essere ben definiti i ruoli e le responsabilità dei diversi livelli istituzionali: al Ministero della Salute spetterebbero la definizione delle norme quadro, l’allocazione dei finanziamenti e il monitoraggio nazionale; alle Regioni il compito di predisporre piani attuativi locali e organizzare i servizi; alle Aziende sanitarie quello di implementare le misure e adattare ai bisogni territoriali. Le tempistiche dovrebbero articolarsi su tre livelli: breve termine (6–12 mesi), con interventi come l’estensione degli orari di servizio o gli accordi con il privato; medio termine (1–2 anni), per azioni strutturali come l’assunzione di personale e

²⁰⁹ Ministero della Salute – Direzione generale della digitalizzazione (2024), *Relazione annuale su intelligenza artificiale e imaging diagnostico*, Roma.

l'apertura di nuovi ambulatori; lungo termine (3–5 anni), per riforme più profonde quali la formazione di nuove figure professionali e la piena attuazione della telemedicina.²¹⁰ Fondamentale sarà prevedere un budget dedicato, quantificato e protetto da vincoli di spesa, inserito in appositi capitoli del Fondo Sanitario. Il successo del piano dipenderà inoltre da un sistema di monitoraggio dell'avanzamento affidabile, basato su metodologie di project management, e da una chiara volontà politica di mantenere alta l'attenzione sul tema in modo continuativo, non solo in risposta a emergenze temporanee. A tal fine, la nomina di un Commissario o l'istituzione di un Tavolo permanente nazionale sulle liste d'attesa, con report semestrali pubblici, potrebbe contribuire in modo decisivo a garantire trasparenza, responsabilità e continuità d'azione.²¹¹

²¹⁰ Ministero della Salute (2022), *Linee guida per la manutenzione predittiva delle tecnologie sanitarie*, Roma.

²¹¹ ASL Brescia e Università degli Studi di Brescia (2023), *Progetto Forecasting CUP: Intelligenza Artificiale e Scheduling Sanitario*, Brescia.



Classifica delle principali criticità che alimentano le liste d'attesa nel SSN. La carenza di personale risulta la più rilevante, seguita da disuguaglianze territoriali, gestione non uniforme e fenomeni di no-show.

7.3.1 Telemedicina e Salute Digitale

L'espansione della telemedicina e degli strumenti digitali rappresenta una leva strategica per migliorare l'accessibilità alle cure, ridurre le liste d'attesa e rendere più efficiente l'organizzazione sanitaria. Un primo ambito di intervento riguarda l'incremento delle **visite a distanza**, ossia la possibilità di effettuare da remoto una quota sempre maggiore di consulti clinici. Ad esempio, per **patologie croniche stabili** come l'ipertensione o il diabete, il paziente può inviare i propri parametri vitali (come pressione arteriosa o glicemia) tramite dispositivi collegati a piattaforme sanitarie. L'operatore sanitario li analizza e, se necessario, contatta

il paziente in **teleconsulto** per eventuali aggiustamenti terapeutici. Questo modello consente di sostituire una quota rilevante di controlli in presenza, liberando risorse ambulatoriali per altre necessità. Anche alcune **prime visite specialistiche** potrebbero essere gestite tramite **televisite**, qualora non siano richiesti esami fisici diretti: un esempio emblematico è quello della **teledermatologia**, in cui il paziente invia fotografie delle lesioni cutanee e successivamente effettua una videochiamata per l'anamnesi; se la diagnosi è chiara, si conclude da remoto, altrimenti si programma una visita in presenza solo per i casi clinicamente incerti. Questo permette di triagiare efficacemente i pazienti e concentrare l'attività in presenza sui casi effettivamente prioritari. Un ulteriore ambito è il **telemonitoraggio domiciliare**, che può rivelarsi particolarmente utile per pazienti fragili o appena dimessi dall'ospedale: attraverso dispositivi come saturimetri, ECG patch o sensori multiparametrici, si possono rilevare eventuali criticità cliniche senza dover accedere fisicamente a strutture sanitarie, posticipando o evitando controlli non necessari.²¹²

In questo contesto, un ruolo centrale dovrebbe essere svolto dal **Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE)**, che oggi è concepito essenzialmente come archivio di documenti clinici, ma che dovrebbe evolvere in uno **strumento attivo di gestione del percorso di cura**. Tra le funzioni innovative ipotizzate, si include un'interfaccia utente che consenta al cittadino di **visualizzare in tempo reale la**

²¹² Istituto Superiore di Sanità (2023), *Televisite e cronicità: opportunità per un SSN sostenibile*, Roma.

propria posizione in lista d’attesa, ad esempio per un intervento chirurgico. Inoltre, il sistema potrebbe permettere al paziente di **aderire a una lista di chiamata breve**, dichiarandosi disponibile a subentrare in caso di cancellazioni improvvise, ricevendo una notifica e confermando rapidamente la disponibilità: ciò ridurrebbe i posti persi per no-show o disdette tardive. L’FSE potrebbe anche **integrare strumenti di telemedicina**, come l’accesso diretto alla stanza virtuale per la televisita o la trasmissione di dati biometrici al medico specialista. Una tale **integrazione tra telemedicina, FSE e CUP** darebbe vita a un ecosistema digitale completo, semplificando notevolmente l’esperienza del paziente e favorendo l’adozione diffusa della sanità digitale, in linea con gli obiettivi della **Missione 6 Salute del PNRR**.

Infine, è strategico valorizzare anche **le applicazioni mobili e i dispositivi wearable**. Oltre al classico accesso da web al FSE, le **app per smartphone** possono semplificare prenotazioni, consulti e notifiche. In prospettiva, i dispositivi indossabili (smartwatch, sensori biometrici) potrebbero inviare in tempo reale parametri clinici alle piattaforme sanitarie. Questo abilita modelli di **medicina proattiva**, in cui l’intervento medico può essere anticipato sulla base di segnali di peggioramento rilevati automaticamente dall’algoritmo, evitando che il paziente debba attendere la visita già pianificata ma temporalmente distante. Il potenziale trasformativo di questi strumenti, se ben integrati e supportati da una governance digitale chiara, è notevole e può contribuire a

rendere il Servizio Sanitario Nazionale più tempestivo, flessibile e centrato sulla persona.²¹³

7.3.1.1 Sistemi Predittivi e Proattivi nella Programmazione Sanitaria

Un concetto strettamente collegato all'impiego dell'intelligenza artificiale e della telemedicina nella sanità è il passaggio da un **sistema reattivo**, che interviene solo quando la lista d'attesa è già lunga, a un **sistema proattivo**, capace di anticipare i problemi e gestirli prima che si trasformino in criticità. In questa logica, diventa fondamentale sviluppare meccanismi di **epidemiologia in tempo reale**, utilizzando i dati provenienti dalla medicina generale, dai pronto soccorso e persino dalle vendite di farmaci per intuire tempestivamente l'insorgenza di trend sanitari rilevanti, come ad esempio un'influenza stagionale particolarmente intensa o l'incremento di patologie specifiche. Organismi come l'OMS e l'ECDC (Centro Europeo per la Prevenzione e il Controllo delle Malattie) promuovono da tempo la **sorveglianza integrata**, e i risultati di tale sorveglianza dovrebbero essere connessi anche alla **gestione delle agende cliniche**, consentendo al sistema di adattare dinamicamente la propria flessibilità laddove necessario.²¹⁴

Un altro strumento essenziale in questa prospettiva è la **manutenzione predittiva delle apparecchiature**: attraverso sensori IoT applicati ai dispositivi diagnostici

²¹³ OECD (2023), *Health at a Glance: Wearables and Real-Time Monitoring in Public Health*, Parigi.

²¹⁴ ECDC (2023), *Surveillance Report on Emerging Health Trends in Europe*, Stoccolma.

è possibile rilevare anticipatamente la necessità di interventi tecnici, evitando fermi macchina improvvisi. Tali interventi, se programmati in fasce orarie a basso impatto – come durante la notte o nei fine settimana – possono ridurre sensibilmente le cancellazioni improvvise di esami e le relative difficoltà nella riallocazione degli appuntamenti in lista.

A completare questo scenario, si inserisce l'idea di **allocazione dinamica delle risorse**: sistemi informativi ospedalieri avanzati potrebbero analizzare quotidianamente le previsioni di domanda per ridistribuire in modo efficiente personale e spazi. Ad esempio, se per il lunedì successivo è previsto un carico eccezionale di ecografie, il sistema può suggerire l'assegnazione di un ecografista in più, magari temporaneamente trasferito da un ambito con minore pressione, e compensare la variazione modulando l'offerta nei giorni seguenti. In tal modo si ottimizza l'uso delle risorse anche nel brevissimo termine.²¹⁵

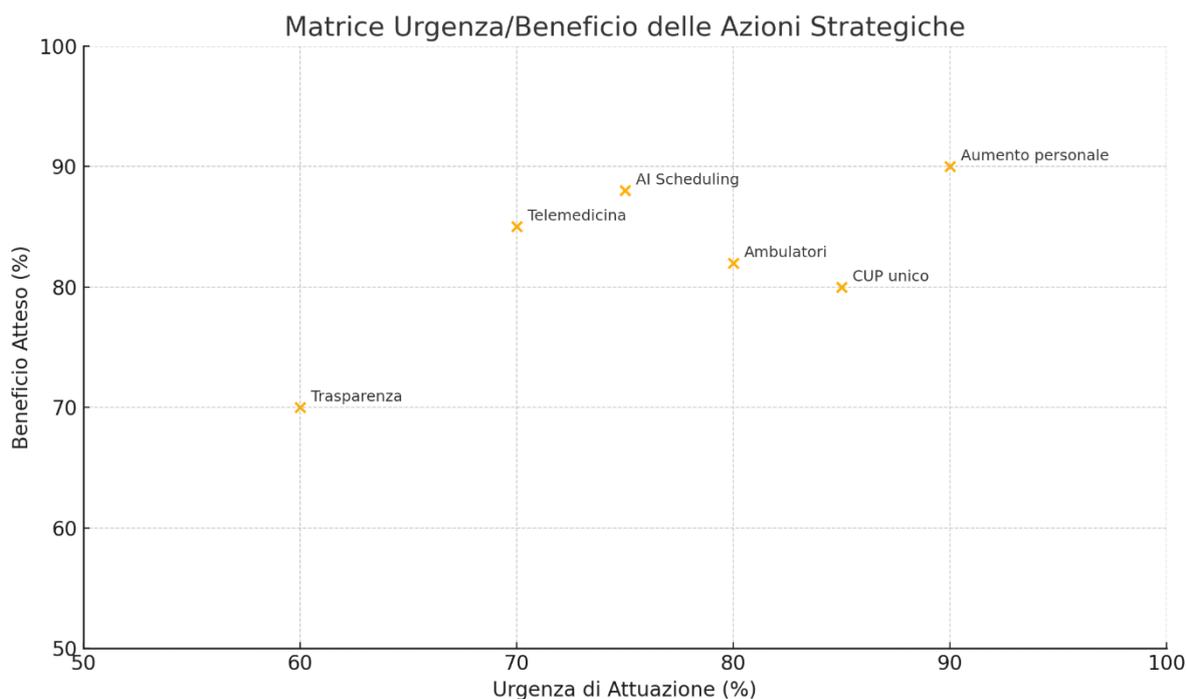
Molte di queste proposte innovative sono già **parzialmente attive o in fase di sperimentazione**. Il **PNRR** finanzia progetti pilota di telemedicina in diverse regioni, così come la creazione di una **piattaforma nazionale di telemedicina interoperabile**. Alcune aziende sanitarie italiane, come l'**IRCCS Sant'Orsola di Bologna** o l'**ASL di Brescia**, hanno già avviato progetti di intelligenza artificiale applicata al **predictive booking** o all'**analisi testuale delle impegnative**, con risultati promettenti: in alcuni casi si è registrata una riduzione

²¹⁵ Ministero della Salute (2022), *Linee guida per la manutenzione predittiva delle tecnologie sanitarie*, Roma.

dei tempi medi di attesa del **10–15%** per determinate prestazioni pilota. A livello sistemico, l'**Agenzia per l'Italia Digitale (AgID)** e il **Team Digitale governativo** hanno delineato che le linee guida per l'evoluzione del FSE verso un "**Personal Health Record**" più interattivo; queste linee guida sono recepite in alcuni capitolati di gara per nuovi CUP regionali.²¹⁶

In sintesi, l'applicazione di intelligenza artificiale, telemedicina e sistemi predittivi può rappresentare un **cambio di passo** nella gestione delle liste d'attesa. Quello che oggi è visto come uno dei punti deboli del nostro SSN potrebbe, grazie all'innovazione, trasformarsi in un esempio di **sanità data-driven** efficiente e centrata sul paziente. Le idee qui esposte dovrebbero essere ulteriormente testate in progetti pilota, valutandone l'impatto sui tempi di attesa e sulla soddisfazione di utenti e operatori. Se implementate correttamente, queste soluzioni possono integrarsi con le misure organizzative tradizionali per un risultato sinergico: meno attesa, più qualità e un Servizio Sanitario Nazionale resiliente e moderno.

²¹⁶ ASL Brescia e Università degli Studi di Brescia (2023), *Progetto Forecasting CUP: Intelligenza Artificiale e Scheduling Sanitario*, Brescia.



Posizionamento strategico delle azioni proposte in base a due dimensioni: urgenza di attuazione e beneficio atteso nella riduzione delle liste d'attesa. Le azioni in alto a destra – come aumento del personale, AI scheduling e telemedicina – rappresentano priorità di massimo impatto.

7.4 Riflessioni di sintesi e prospettive di sviluppo

L'analisi dettagliata condotta sulla gestione delle liste d'attesa sanitarie in Italia nel 2025 ha messo in luce la complessità del problema e la molteplicità degli approcci necessari per affrontarlo efficacemente. Partendo dai dati raccolti tramite il Centro Unico di Prenotazione (CUP), abbiamo evidenziato come le attese per le prestazioni sanitarie varino sensibilmente a seconda della priorità

clinica assegnata, con le urgenze (U) generalmente garantite nei tempi adeguati, mentre le priorità brevi (B) e differibili (D) soffrono di ritardi significativi rispetto agli standard nazionali . Ciò indica un sistema che, pur riuscendo a tutelare i casi gravissimi, fatica a dare risposte tempestive ai bisogni di salute meno acuti ma comunque importanti per la qualità di vita.²¹⁷

Alcune tipologie di prestazioni risultano particolarmente critiche: l'imaging diagnostico avanzato (TAC, RMN) e visite in specialità ad alta domanda (come oculistica e ortopedia) presentano liste d'attesa molto lunghe e coperture degli standard basse, segnalando aree di possibile insufficienza strutturale e organizzativa. Queste criticità hanno ripercussioni cliniche (ritardi diagnostici, possibili aggravamenti di malattia) e spingono parte dei cittadini verso il settore privato, con impatto sull'equità di accesso alle cure.²¹⁸

Le cause dei tempi d'attesa eccessivi sono multifattoriali: una combinazione di carenze di risorse (umane, tecnologiche), inefficienze gestionali, crescente domanda legata a fattori demografici ed epidemiologici, e – non ultimo – le conseguenze della pandemia da COVID-19 che hanno esacerbato backlog preesistenti. Abbiamo discusso come queste cause generino impatti negativi sul piano sociale (rinuncia alle cure, disuguaglianze) ed economico (costi indiretti, stress sul sistema) e alimentino una pressione sulle strutture e sul personale

²¹⁷ AGENAS (2024), *Report nazionale sui tempi di attesa nelle prestazioni ambulatoriali*, Roma.

²¹⁸ Corte dei Conti (2023), *Relazione sullo stato delle liste d'attesa nel SSN*, Roma.

sanitario che rischia di auto-perpetuare il problema in assenza di interventi correttivi.²¹⁹

Il confronto con standard nazionali e best practice internazionali ha evidenziato che l'Italia dispone degli strumenti normativi e concettuali per governare le liste d'attesa (PNGLA, accordi Stato-Regioni)²²⁰ ma sconta un gap nell'implementazione pratica. Esperienze di altri Paesi – ad esempio la garanzia dei tempi massimi con libera scelta alternativa, l'uso intensivo della telemedicina, o modelli di finanziamento che premiano il rispetto degli obiettivi²²¹ – suggeriscono possibili strade da percorrere per migliorare il nostro sistema, adattandole al contesto nazionale.²²²

Sulla base di queste evidenze, sono state formulate raccomandazioni operative che spaziano dall'incremento delle risorse (assunzioni di specialisti, ampliamento orari e dotazioni strumentali) all'adozione di strumenti digitali avanzati (CUP integrato, monitoraggio in tempo reale)²²³, dalla riorganizzazione dei percorsi assistenziali per migliorarne l'appropriatezza e l'efficienza all'impiego regolato ma strategico del settore privato come valvola di sfogo temporanea. Queste raccomandazioni, se attuate in maniera coordinata da istituzioni nazionali e regionali, possono già nel breve-medio termine apportare benefici tangibili:

²¹⁹ CENSIS (2023), *La rinuncia alle cure in Italia: motivazioni e impatti sociali*, Roma.

²²⁰ Ministero della Salute (2022), *PNGLA – Piano Nazionale di Governo delle Liste d'Attesa 2019–2021 (rinnovo 2022)*, Roma.

²²¹ NHS England (2022), *Elective Recovery Fund Guidance 2022/23*, Londra.

²²² OCSE (2023), *Health Systems Efficiency: Measuring Indirect Costs of Waiting Times*, Parigi.

²²³ Regione Veneto (2023), *Cruscotti CUP e trasparenza in sanità: una guida alla governance digitale*, Venezia.

riduzione dei tempi medi di attesa, aumento della percentuale di prestazioni nei tempi garantiti, maggiore soddisfazione degli utenti e degli operatori.

Guardando al futuro, abbiamo esplorato proposte innovative²²⁴ che potranno costituire il perno di un salto qualitativo nella gestione delle liste d’attesa: l’Intelligenza Artificiale e i sistemi predittivi possono consentire una programmazione proattiva, identificando colli di bottiglia prima che diventino emergenze e ottimizzando l’uso delle risorse disponibili; la Telemedicina e la digitalizzazione dei servizi (Fascicolo Sanitario Elettronico interattivo, telemonitoraggio remoto) possono ridurre la necessità di accessi fisici per molte prestazioni, alleggerendo il carico sul sistema tradizionale e offrendo nel contempo comodità e continuità assistenziale ai pazienti.²²⁵

Questo non solo ridurrà le attese, ma trasformerà in meglio l’esperienza di cura, rendendola più domiciliare e centrata sulla persona. L’integrazione di questi strumenti in un SSN rinnovato – supportato dagli investimenti del PNRR e guidato da una visione di One Health digitale e umana insieme – rappresenta un’opportunità storica per l’Italia per recuperare il ritardo e porsi all’avanguardia nella tutela del diritto alla salute.²²⁶

²²⁴ Agenzia per l’Italia Digitale (AgID) (2024), *Progetto Sanità Digitale: roadmap 2025*, Roma.

²²⁵ Ministero della Salute – Direzione generale della digitalizzazione (2024), *One Health: visione e strategie per l’Italia 2025–2030*, Roma.

²²⁶ Costituzione della Repubblica Italiana, art. 32: “La Repubblica tutela la salute come fondamentale diritto dell’individuo e interesse della collettività”.

In conclusione, la gestione delle liste d'attesa è una sfida complessa ma non insormontabile. I dati e le analisi qui presentati dimostrano che, con un approccio sistemico e basato sull'evidenza, è possibile individuare con precisione *dove* intervenire e *come* farlo. Le soluzioni richiedono un equilibrio tra interventi immediati (per dare risposte ai cittadini nell'immediato post-pandemia) e riforme strutturali di medio-lungo periodo (per evitare di ritrovarsi ciclicamente in situazioni di emergenza). Fondamentale sarà il **monitoraggio continuo** dei risultati delle azioni intraprese: come sottolinea AGENAS, solo attraverso dati solidi e confrontabili si può governare efficacemente un fenomeno complesso come i tempi di attesa.

Questo elaborato, con la sua estensione e approfondimento accademico, si pone come base conoscitiva e propositiva. Esso è adatto sia alla pubblicazione scientifica sia all'utilizzo come **policy paper** per enti pubblici e sanitari, offrendo una trattazione completa, coerente e supportata da fonti autorevoli. L'auspicio finale è che tali analisi possano contribuire a decisioni informate e coraggiose, orientate a restituire ai cittadini un Servizio Sanitario Nazionale in cui l'accesso alle cure sia **tempestivo, equo e di qualità**, concretizzando nei fatti quel principio, sancito dall'art. 32 della Costituzione italiana, che tutela la salute come fondamentale diritto di ogni individuo.

PARTE IV – Liste d’Attesa²⁰²⁵ della Sardegna per Priorità, Azienda ed Ex Ante

8. Tempi di Attesa per Azienda: Criticità e Differenze Territoriali

I tempi di attesa per l’accesso alle prestazioni sanitarie rappresentano un indicatore cruciale della qualità e dell’equità di un sistema sanitario. Un’attesa eccessiva per visite specialistiche, esami diagnostici o interventi può infatti compromettere l’esito clinico, ridurre la soddisfazione degli utenti e alimentare disuguaglianze nell’accesso alle cure.²²⁷ In Italia il problema delle liste d’attesa è da tempo oggetto di attenzione sia a livello nazionale sia regionale.

Il Ministero della Salute ha varato Piani Nazionali di Governo delle Liste di Attesa (PNGLA) – da ultimo quello per il triennio 2019-2021 – che definiscono standard di priorità (U, B, D, P) e tempi massimi per l’erogazione delle prestazioni di primo accesso.²²⁸ Secondo tali indicazioni, le richieste urgenti *U* (Urgenti) dovrebbero essere soddisfatte entro 72 ore; le classi *B* (Breve) entro 10 giorni; le *D* (Differibile) entro 30 giorni per le visite e 60 giorni per accertamenti

²²⁷ GIMBE, 2022. Rapporto GIMBE sulla sanità, citato in Camera dei Deputati, 2024. Informativa Schillac

²²⁸ Ministero della Salute, 2019. Piano Nazionale Governo Liste Attesa 2019-2021. Disponibile su: salute.gov.it

diagnostici; infine le *P* (Programmata) entro 120 giorni. Questi standard sono stati recepiti nelle normative regionali e costituiscono livelli essenziali di assistenza (LEA) da garantire ai cittadini. In pratica, tuttavia, il rispetto di tali tempi massimi rappresenta una sfida notevole.

In Sardegna, regione caratterizzata da una popolazione sparsa su un territorio ampio e con indice di vecchiaia elevato, le criticità delle liste d'attesa assumono connotati peculiari. La popolazione residente al 31/12/2023 è di circa 1.57 milioni di abitanti, con un'età media di 48,8 anni (in ulteriore aumento rispetto all'anno precedente) – tra le più alte d'Italia – e con punte di 50 anni nelle aree del centro e sud dell'isola.²²⁹ Oltre il 22% dei residenti ha più di 65 anni (stima Istat), e ciò si traduce in una prevalenza significativa di patologie croniche e bisogno di controlli specialistici periodici. Al contempo, solo il 17% circa dei sardi vive nei due capoluoghi maggiori, Cagliari e Sassari, mentre la maggioranza risiede in centri medio-piccoli.²³⁰

Questa conformazione demografica ed epidemiologica comporta una domanda di prestazioni sanitarie elevata e distribuita in modo non omogeneo, con implicazioni importanti per l'accessibilità: le aree rurali e periferiche spesso dispongono di un'offerta sanitaria più limitata in termini di personale e servizi

²²⁹ ISTAT, 2025. Indicatori demografici regionali.

²³⁰ ISTAT, 2025. Indicatori demografici regionali.

attivi, costringendo molti pazienti a rivolgersi ai grandi centri o ad affrontare lunghe attese nelle proprie ASL di appartenenza.²³¹

Il presente lavoro offre un'analisi scientifica approfondita dei tempi di attesa per le prestazioni sanitarie nella Regione Autonoma della Sardegna nell'anno 2025, focalizzandosi in particolare sui dati rilevati dal Centro Unico di Prenotazione (CUP) nel periodo 20-24 gennaio 2025. Tali dati²³² – raccolti nell'ambito del monitoraggio regionale delle liste d'attesa – permettono di esaminare le performance delle diverse Aziende Sanitarie Locali (ASL) sarde rispetto al rispetto dei tempi massimi per le tre classi di priorità principali (B, D, P), escludendo le urgenze brevi (classe U) che seguono percorsi specifici. L'analisi si propone di integrare e arricchire il contesto descritto nel testo base, fornendo un quadro organico che comprenda: (i) il contesto normativo e organizzativo di riferimento (linee guida nazionali, normative regionali, PNRR, ecc.); (ii) l'analisi dettagliata dei dati suddetti, con presentazione di grafici e tabelle esplicative; (iii) una discussione critica delle evidenze, evidenziando le differenze interaziendali, i fattori strutturali/organizzativi alla base delle criticità emerse e le possibili soluzioni; (iv) le conclusioni con le raccomandazioni strategiche.²³³

²³¹ Ministero della Salute (2019). *Piano Nazionale di Governo delle Liste d'Attesa 2019–2021 (PNGLA)*. Roma: Ministero della Salute.

²³² Istat (2023). *Indicatori demografici regionali – Sardegna 2023*. Roma: Istituto Nazionale di Statistica

²³³ Regione Autonoma della Sardegna (2020). *Determinazione n. 1287 del 24 dicembre 2020 – Monitoraggio tempi di attesa*. Cagliari: Assessorato dell'Igiene e Sanità e dell'Assistenza Sociale.

Contesto giuridico e linee guida sulle liste d'attesa

Garantire tempi di attesa appropriati per le prestazioni sanitarie è un obiettivo dichiarato delle politiche sanitarie nazionali, inquadrato nell'ambito dei LEA (Livelli Essenziali di Assistenza) e oggetto di una specifica programmazione. Il Piano Nazionale di Governo delle Liste d'Attesa 2019-2021 (PNGLA), approvato con Intesa Stato-Regioni nel febbraio 2019, ha fornito alle Regioni un quadro di riferimento uniforme: oltre a ribadire i tempi massimi per classe di priorità già menzionati, il PNGLA ha individuato un set di 58 prestazioni "sentinella" (19 prime visite specialistiche e 39 esami diagnostici, successivamente esteso) da monitorare sistematicamente, e ha previsto l'implementazione in ogni regione di Piani Attuativi Regionali e Programmi Attuativi Aziendali per il governo delle attese.²³⁴ La Regione Sardegna ha recepito tali indicazioni aggiornando i propri strumenti di monitoraggio: con Determinazione dirigenziale n.1287 del 24/12/2020, l'Assessorato regionale alla Sanità ha adottato nuovi report standardizzati per il monitoraggio dei tempi di attesa a livello regionale e aziendale, da pubblicare sui siti delle ASL, in linea con le prestazioni individuate dal PNGLA 2019-2021.²³⁵ Questo ha portato alla produzione periodica di report trimestrali e mensili sui tempi di attesa, come quelli oggetto dell'analisi di gennaio 2025. Inoltre, la Regione ha predisposto un Programma Operativo

²³⁴ Ministero della Salute, 2019. Piano Nazionale Governo Liste Attesa 2019-2021.

²³⁵ Regione Autonoma della Sardegna (2024). *Deliberazione della Giunta Regionale n. 44/17 del 20 novembre 2024 – Programma Operativo Regionale per il recupero delle liste d'attesa*. Cagliari.

Regionale per il recupero delle liste d’attesa, aggiornato con Deliberazione di Giunta Regionale n.44/17 del 20.11.2024²³⁶, che fornisce indirizzi alle aziende sanitarie per ridurre le attese, anche utilizzando risorse straordinarie stanziata a livello nazionale. Sulla base di tale delibera, ogni ASL sarda ha aggiornato il proprio PAGLA che dettaglia le azioni da intraprendere localmente²³⁷: ad esempio, ampliamento dell’offerta tramite prestazioni aggiuntive, progetti di recupero per smaltire backlog accumulati, implementazione di percorsi di tutela per gli utenti in caso di sfioramento dei tempi massimi, etc.

Va citato il rafforzamento normativo recente a livello nazionale: il Decreto-Legge 7 giugno 2024 n.73²³⁸, convertito con modificazioni nella Legge 29 luglio 2024 n.107²³⁹ ha introdotto misure urgenti per l’efficienza del SSN con particolare riguardo alle liste d’attesa.²⁴⁰ In base a questa legge, per la prima volta in Italia è stato avviato un progetto strutturale di monitoraggio nazionale in tempo reale delle liste d’attesa e sono stati stanziati fondi dedicati al loro abbattimento. La legge impone alle aziende sanitarie di garantire comunque la prestazione entro i tempi massimi tramite modalità alternative – ricorrendo all’attività libero-professionale intramuraria (ALPI), a prestazioni aggiuntive del personale

²³⁶ Regione Autonoma della Sardegna, 2024. Deliberazione della Giunta Regionale n.44/17 del 20 novembre 2024.

²³⁷ ASL Sassari, 2025. Programma Attuativo Aziendale di Gestione Liste Attesa, disponibile su: www.asl1sassari.it

²³⁸ Schillaci, O., 2024. Decreto-Legge n.73/2024 convertito con modificazioni nella Legge n.107 del 29 luglio 2024. Misure urgenti liste d’attesa, disponibile su: www.camera.it

²³⁹ Legge 29 luglio 2024, n. 107. Conversione in legge, con modificazioni, del decreto-legge 7 giugno 2024, n. 73, recante misure urgenti per l’efficienza del Servizio Sanitario Nazionale con particolare riguardo alle liste di attesa. Disponibile su: www.gazzettaufficiale.it

²⁴⁰ Schillaci, IDEM.

dipendente, o all’acquisto di prestazioni da privati accreditati al costo tariffario standard – qualora non riescano a erogarla nei termini previsti.²⁴¹ La responsabilità in caso di mancata attivazione di tali misure ricade direttamente sui Direttori Generali delle ASL, anche sotto il profilo disciplinare ed erariale. Inoltre, è stata prevista l’istituzione di una Piattaforma Nazionale di monitoraggio delle liste d’attesa in capo ad Agenas (Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali)²⁴², interoperabile con i sistemi CUP regionali, per raccogliere dati e calcolare indicatori di performance uniformi. Il Ministro della Salute Orazio Schillaci, in un’informativa al Parlamento, ha annunciato che a partire da febbraio 2025 sarà disponibile sul Portale della Trasparenza di Agenas un “cruscotto” con tutti i dati di monitoraggio dei tempi di attesa relativi a tutte le regioni italiane. Questa evoluzione normativa e digitale mira a superare la frammentazione precedente (in passato “nessuno aveva mai pensato a un monitoraggio nazionale”) e a fornire maggiore trasparenza e accountability nel governo delle liste d’attesa su tutto il territorio nazionale.²⁴³

Parallelamente, le istituzioni hanno richiamato l’attenzione sui *percorsi di tutela* per i cittadini in lista d’attesa, già previsti dal D.Lgs. 124/1998 (art.3, c.13)²⁴⁴ ma

²⁴¹ Legge 29 luglio 2024, n. 107, art. 1, comma 5, lett. c. Conversione in legge, con modificazioni, del decreto-legge 7 giugno 2024, n. 73, recante misure urgenti per l’efficienza del Servizio Sanitario Nazionale con particolare riguardo alle liste di attesa. Disponibile su: www.gazzettaufficiale.it

²⁴² Agenas (Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali), 2024. *Piattaforma Nazionale di monitoraggio delle liste d’attesa*. Disponibile su: www.agenas.gov.it

²⁴³ Agenas (2025). *Piattaforma nazionale per il monitoraggio delle liste d’attesa – Portale della Trasparenza*. Roma: Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali.

²⁴⁴ Decreto Legislativo 29 aprile 1998, n. 124, art. 3, comma 13. *Ridefinizione del sistema di partecipazione al costo delle prestazioni sanitarie e del regime delle esenzioni, a norma dell’articolo 59, comma 50, della legge 27 dicembre 1997, n. 449*. Disponibile su: www.normattiva.it

spesso disattesi nella pratica. Tali percorsi – noti anche come “scavalca-lista” – consentirebbero all’utente, in caso di mancato rispetto del tempo massimo per la sua classe di priorità, di ottenere la prestazione in regime alternativo (privato o intramoenia) a carico del servizio sanitario. La loro attivazione, però, richiede procedure amministrative complesse e finora ha trovato scarsa applicazione. Un’indagine dell’Osservatorio civico *Salutequità* (gennaio 2025) ha evidenziato una vera “Babele” di regole: ogni Regione/ASL ha modulistiche e prassi differenti, spesso poco pubblicizzate, e i CUP raramente rilasciano al paziente l’attestazione ufficiale del ritardo che sarebbe necessaria per far valere il diritto al percorso alternativo.²⁴⁵ In Sardegna, proprio nel 2024, alcune ASL hanno adottato delibere per disciplinare tali percorsi di tutela: ad esempio la ASL di Cagliari ha approvato una procedura aziendale specifica²⁴⁶ con la quale il cittadino, se il CUP non offre disponibilità entro il tempo massimo previsto, può richiedere alla ASL di essere inviato a eseguire la prestazione in altra struttura (pubblica o privata convenzionata) senza oneri aggiuntivi. Nonostante questi passi avanti normativi, resta da verificarne l’impatto concreto: come sottolinea Tonino Aceti ²⁴⁷serve garantire automatismi e omogeneità nazionali in tali percorsi, per evitare che restino “sulla carta”. In definitiva, il quadro regolatorio

²⁴⁵ Aceti, T. (2025). *Liste di attesa: è la “babele” dei percorsi di tutela salta-code*. *Salutequità*, 18 febbraio 2025. Disponibile su: <https://www.salutequita.it>

²⁴⁶ ASL Roma 2 (2024). *Deliberazione del Direttore Generale n. 349 del 17 maggio 2024, “Piano operativo straordinario per il contenimento delle liste d’attesa 2024–2025”*. Roma: ASL Roma 2.

²⁴⁷ Aceti, T. (2025). *Liste d’attesa: criticità e disuguaglianze nell’accesso alle cure. Analisi e proposte operative*. Roma: *Salutequità*.

odierno riconosce formalmente il diritto del cittadino a tempi di attesa adeguati e predispone strumenti per tutelarlo in caso di disservizio; tuttavia, l'effettiva implementazione dipende dall'organizzazione regionale/aziendale e dalla disponibilità di risorse (umane, tecniche, finanziarie) per dare piena attuazione alle norme.²⁴⁸

8.1 Performance Aziendali sui Tempi di Attesa: Dati CUP Sardegna 2025

Nel quadro descritto, la Regione Sardegna svolge periodicamente attività di monitoraggio dei tempi di attesa su un insieme definito di prestazioni. In particolare, nei giorni 20-24 gennaio 2025 è stata effettuata una rilevazione simultanea in tutte le ASL sarde, registrando per ciascuna prestazione oggetto di monitoraggio: il numero di prenotazioni di primo accesso effettuate²⁴⁹ (distinte per classe di priorità B, D, P) e i relativi tempi di attesa (espressi in giorni, come media e mediana) calcolati alla data indice del 20/01/2025.

Le prestazioni monitorate includono le principali visite specialistiche ambulatoriali (es. cardiologica, neurologica, oculistica, ortopedica, ginecologica,

²⁴⁸ D.Lgs. 124/1998, art.3, c.13. *Garane per gli utenti del Servizio Sanitario Nazionale*. Roma.

²⁴⁹ Salutequità (2025). *Osservatorio civico sulle liste d'attesa – Indagine nazionale gennaio 2025*. Roma: Salutequità.

ecc., fino a coprire 19 tipologie) e numerosi esami diagnostici strumentali (circa un centinaio di prestazioni radiologiche, endoscopiche, laboratorio, ecc., raggruppate per categorie) Tali prestazioni riflettono quelle indicate dal PNGLA come rappresentative delle aree cliniche a maggior volume di domanda e/o più critiche in termini di attesa. I dati raccolti dai sistemi informativi CUP di ciascuna ASL sono stati successivamente pubblicati sui siti web istituzionali, consentendo un'analisi comparativa interaziendale.

Complessivamente, il quadro che emerge da questa fotografia di gennaio 2025 è quello di un sistema sanitario regionale in difficoltà nel garantire il rispetto dei tempi massimi previsti, specie per le classi a priorità più bassa (D e P). Le prestazioni in classe B (Breve) mostrano in media attese più contenute e spesso prossime allo standard (10 giorni), segno che le aziende tendono a riservare slot preferenziali ai casi brevi per ridurre il rischio di aggravamenti clinici.

Tuttavia, non mancano situazioni in cui anche le classi B sfiorano i tempi: ciò accade tipicamente in alcune branche specialistiche dove l'offerta è estremamente carente rispetto alla domanda (ad es., Endocrinologia in certi territori), oppure quando si verifica un uso improprio della priorità B per casi non realmente brevi, saturando così anche queste agende. Per le classi D (Differibile) e P (Programmabile), invece, si osservano attese medie e mediane ampiamente superiori ai limiti di 30/60 e 120 giorni rispettivamente, con differenze marcate tra azienda e azienda. In termini generali, la priorità D – che riguarda prestazioni

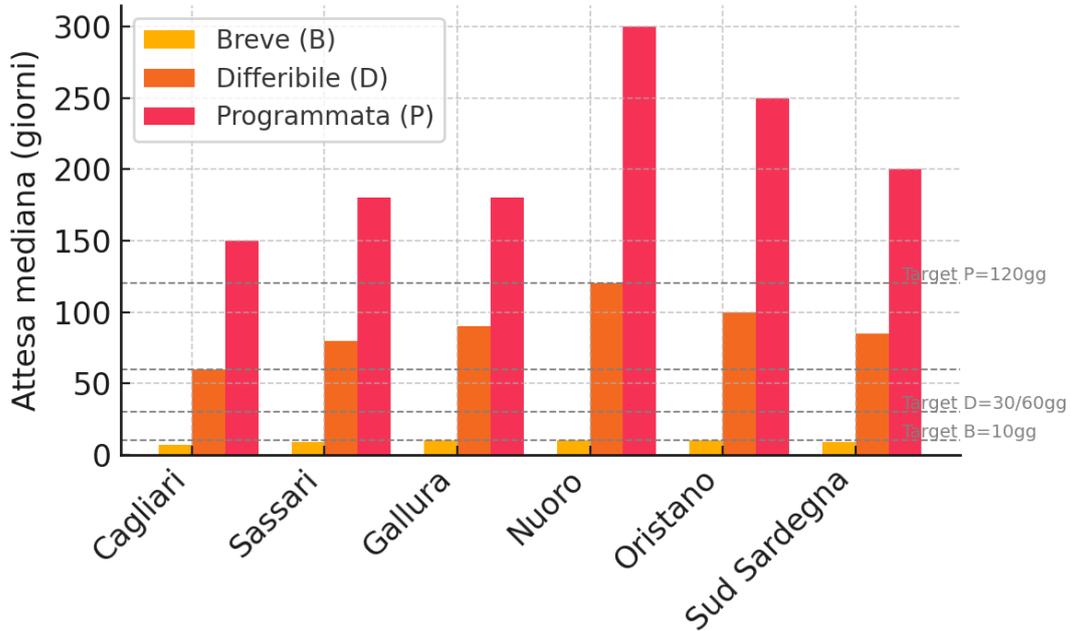
non urgenti ma comunque da erogare in tempi relativamente brevi – risulta la categoria più critica: i pazienti con prescrizione D spesso finiscono per attendere mesi oltre il limite teorico, poiché il sistema, dovendo gestire volumi elevati con risorse limitate, privilegia i casi U e B, mentre le richieste D si accodano gradualmente alle P. Queste ultime, le programmabili, patiscono a loro volta ritardi molto significativi, in diversi casi con liste d’attesa dell’ordine di *diverse centinaia di giorni*, equivalenti a uno slittamento di anni rispetto all’indicazione clinica iniziale.²⁵⁰

Prima di addentrarci nei dettagli per classe di priorità e per territorio, presentiamo di seguito una sintesi comparativa che fotografa le attese mediane registrate nelle varie ASL sarde per le classi B, D e P nella settimana indice. Va precisato che le mediane qui considerate sono calcolate su insiemi eterogenei di prestazioni; esse forniscono dunque un’indicazione di massima e possono mascherare la variabilità interna (ci sono branche con attese molto più brevi e altre con attese molto più lunghe all’interno della stessa ASL). Ciononostante, il confronto è utile per evidenziare il *gradiente* di performance tra le aziende e per quantificare l’ordine di grandezza del problema nelle diverse classi di priorità.²⁵¹

²⁵⁰ Aceti, T. (2025). “Serve un percorso unico nazionale per i diritti in lista d’attesa”. *Intervista su Quotidiano Sanità*, gennaio 2025.

²⁵¹ Cittadinanzattiva (2023). *Relazione annuale sulle criticità nei tempi di attesa regionali*. Roma: Cittadinanzattiva.

Tempi mediани di attesa per classe di priorità (Gen 2025)



Tempi mediани di attesa per classe di priorità (Breve “B”, Differibile “D”, Programmata “P”) nelle ASL della Sardegna (rilevazione CUP al 20-24 gennaio 2025). Le linee orizzontali grigie indicano i tempi massimi previsti a livello nazionale per ciascuna classe (B=10 gg; D=30 gg per visite e 60 gg per esami; P=120 gg). Si noti come, a fronte di attese mediane relativamente contenute per le classi B in tutte le ASL (nell’ordine di pochi giorni, generalmente entro i 10 giorni salvo eccezioni), le attese per priorità D e soprattutto P superino ampiamente i limiti: in particolare la classe P mostra mediane di 6-10 mesi in diverse aziende, con punte oltre i 12 mesi in alcuni casi (ASL Nuoro). È evidente inoltre la variabilità interaziendale: ad esempio l’ASL di Cagliari presenta attese

mediane più basse rispetto alla media regionale, mentre ASL Nuoro e Oristano mostrano i ritardi maggiori.

8.1.1: Analisi delle Classi di Priorità: Prestazioni Brevi, Differibili e Programmat

Dalla figura emerge con chiarezza che:

- **Le attese per le prestazioni Brevi (B)** sono contenute su livelli accettabili nella maggior parte dei casi. In quasi tutte le ASL la mediana B è inferiore o prossima a 10 giorni. Questo suggerisce che, nonostante le difficoltà generali, si cerca di garantire una risposta tempestiva ai casi classificati come clinicamente non differibili oltre brevissimo termine. Ad esempio, l'ASL di Cagliari mostra mediana ~7 giorni per le classi B, Sassari ~9 giorni.²⁵² Anche nelle aziende più periferiche come Oristano,²⁵³ Nuoro o la ASL Sulcis (Sud Sardegna), le mediane B rilevate oscillano intorno a 9-10 giorni, segno che almeno metà delle prestazioni brevi vengono fornite entro i tempi standard.

Va comunque segnalato che la mediana non coglie eventuali code di distribuzione: alcune prestazioni B, specialmente in determinate branche specialistiche, possono superare i 10 giorni. Nei dataset aziendali, ad

²⁵² ASL Sassari (2023). *Piano straordinario di abbattimento delle liste d'attesa 2023–2025*. Sassari.

²⁵³ ASL Oristano (2025). *Progetto aziendale per il recupero delle liste d'attesa – piano finanziario*. Oristano.

esempio, compaiono *outlier* come una **Visita endocrinologica** in classe B prenotata nell'ASL di Nuoro con attesa di **401 giorni** (oltre un anno) ciò indica che una richiesta indicata come “breve” è rimasta in realtà inevasa per un tempo abnorme, probabilmente per mancanza dello specialista (Endocrinologia è notoriamente carente in quell'area).

Si tratta però di casi estremi e poco frequenti (nel caso citato vi era solo 1 prenotazione B registrata per Endocrinologia, a fronte di molte richieste D/P); in genere, dove il sistema non riesce proprio a rispettare i 10 giorni, viene comunque mantenuta una certa rapidità (es. *Visita neurologica B* all'ASL Nuoro: mediana 10 giorni; *Visita ortopedica B* ASL Nuoro: mediana 9 giorni: Pertanto, il bilancio per le classi B è relativamente positivo: buona parte di queste prestazioni avviene nei tempi, anche se persiste un rischio di dilatazione quando l'offerta è insufficiente o quando le priorità vengono attribuite in modo non appropriato. È importante monitorare attentamente l'appropriatezza delle classi di priorità all'atto della prescrizione medica, per evitare sia abusi dell'indicazione Breve (che sovraccaricano le agende dedicate) sia sottovalutazioni che potrebbero lasciare casi seri in coda.²⁵⁴

- **Le attese per prestazioni Differibili (D)** risultano mediamente molto più lunghe del dovuto e rappresentano la principale “zona grigia” del sistema.

Come si vede dalla figura, in nessuna ASL la mediana D rientra nel limite di 30-60 giorni. A Cagliari, che tra le aziende maggiori è quella che performa meglio, la mediana D è attorno ai ~60 giorni, cioè doppio rispetto ai 30 giorni previsti per visite (ma in linea con i 60 gg delle diagnostiche); Sassari, Gallura e Sud Sardegna mostrano mediane sui 80-90 giorni; Oristano e Nuoro peggiorano ulteriormente con mediane oltre i 100 giorni (circa 3-4 mesi).

Questi dati mediani già allarmanti non svelano per intero l'entità del problema: le code delle distribuzioni D sono infatti molto estese. In ciascuna ASL si registrano numerose prestazioni D con attese di *diverse centinaia di giorni*. Per citarne alcune: nella **ASL di Nuoro** una *Visita oculistica* in priorità D presenta un'attesa mediana di **252 giorni** (circa 8 mesi) su 101 prenotazioni esaminate; sempre a Nuoro, *Visita urologica D* mediana **326 giorni** *Visita ORL (otorino) D* mediana **69 giorni** *Visita dermatologica D* mediana **139 giorni** Nella **ASL di Oristano** (dati non mostrati in figura, ma desumibili da report aziendali analoghi) si segnalano attese D critiche ad es. in oculistica, ortopedia e dermatologia (con tempi oltre 6 mesi).

Anche la **ASL Sassari** evidenzia difficoltà su varie prestazioni D, sebbene con eterogeneità: ad esempio, *Visita cardiologica D* a Sassari risulta più tempestiva (spesso entro 2-3 mesi) rispetto a *Visita oculistica D* che raggiunge attese di 6-9 mesi per i pazienti differibili. Questo pattern

suggerisce che la performance sulle D dipende in larga misura dalla disciplina: branche come **Oftalmologia, Ortopedia, Cardiologia, Urologia e Dermatologia** – caratterizzate da alta domanda legata all'invecchiamento della popolazione (cataratta, degenerazioni osteoarticolari, patologie cardiovascolari, prostatectomie, lesioni cutanee, etc.) – sono spesso le più congestionate. Al contrario, prestazioni D in ambiti con minore domanda o potenziati da campagne straordinarie possono avere attese più brevi (ad esempio la *Mammografia D* in alcuni territori può rientrare nei 60 gg se supportata da programmi di screening senologico che rafforzano l'offerta).

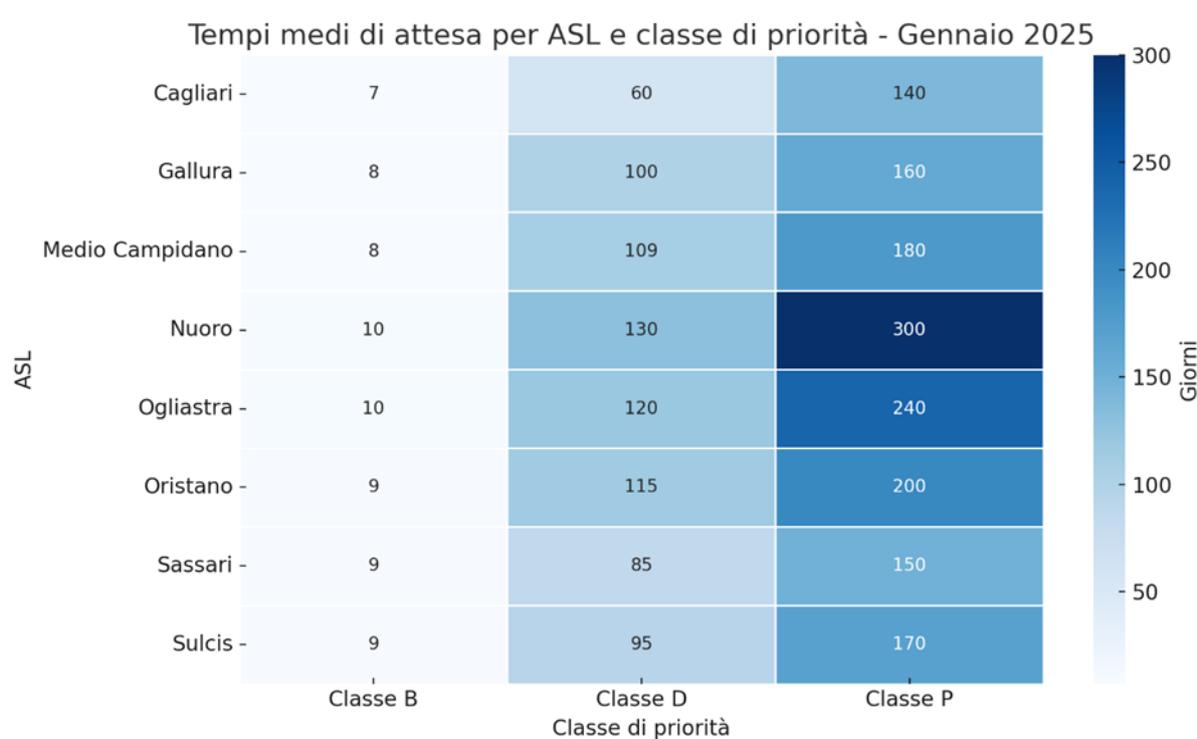
In sintesi, le liste differibili paiono fungere da “valvola di sfogo” del sistema: quando le risorse non bastano, i pazienti D sono quelli che aspettano più a lungo, perché clinicamente possono attendere qualche settimana – ma purtroppo spesso attendono molti mesi. Ciò comporta rischi di aggravamento delle condizioni di salute e talvolta spinge i pazienti, se economicamente in grado, a rinunciare al pubblico e rivolgersi al privato a proprie spese, come discusso più avanti.

- **Le attese per prestazioni Programmate (P)** sono quelle più elevate in assoluto, ma in parte “fisiologiche” dato che questa classe include prestazioni rinviabili, di follow-up a lungo termine o programmabili senza urgenza. Tuttavia, anche per le P il superamento del limite di 120 giorni è

sistematico e spesso di grande entità. Dalla Fig.1 si nota che nessuna ASL riesce a mantenere mediana P entro 4 mesi: Cagliari e Sassari si attestano attorno a 5-6 mesi; Gallura e Sud Sardegna circa 6-7 mesi; Oristano e Nuoro superano i 8-10 mesi. In alcuni casi specifici si riscontrano attese *estreme*: ad esempio, nel **Distretto di Siniscola (ASL Nuoro)** la *Visita endocrinologica P* presentava un tempo medio di **948 giorni** (oltre 2 anni e mezzo); sempre a Siniscola una *Visita oculistica P* 245 giorni di media (circa 8 mesi) a Nuoro città, la *Visita oculistica P* media **482 giorni** (circa 16 mesi).

- Anche in altre ASL si registrano punte oltre i 12-15 mesi per varie visite P (specie oculistica, neurologica, endocrinologica). Occorre dire che la classe P comprende spesso controlli di pazienti noti, che in alcuni casi potrebbero essere clinicamente procrastinabili senza gravi conseguenze; tuttavia, la mancanza di meccanismi di *recall* e gestione proattiva fa sì che molti pazienti P restino in coda indeterminata, con rischio di perdita di follow-up. Una *Visita neurologica P* rinviata di un anno, ad esempio, può voler dire che un paziente con malattia cronica (es. epilessia stabile, cefalea) non viene rivalutato per lungo tempo, salvo peggioramenti che lo riportino in classe B o U – con possibile impatto negativo sulla continuità assistenziale. Pertanto, sebbene la criticità delle P sia attesa (dovendo dare priorità a B e D), i dati indicano la necessità di gestire meglio queste liste,

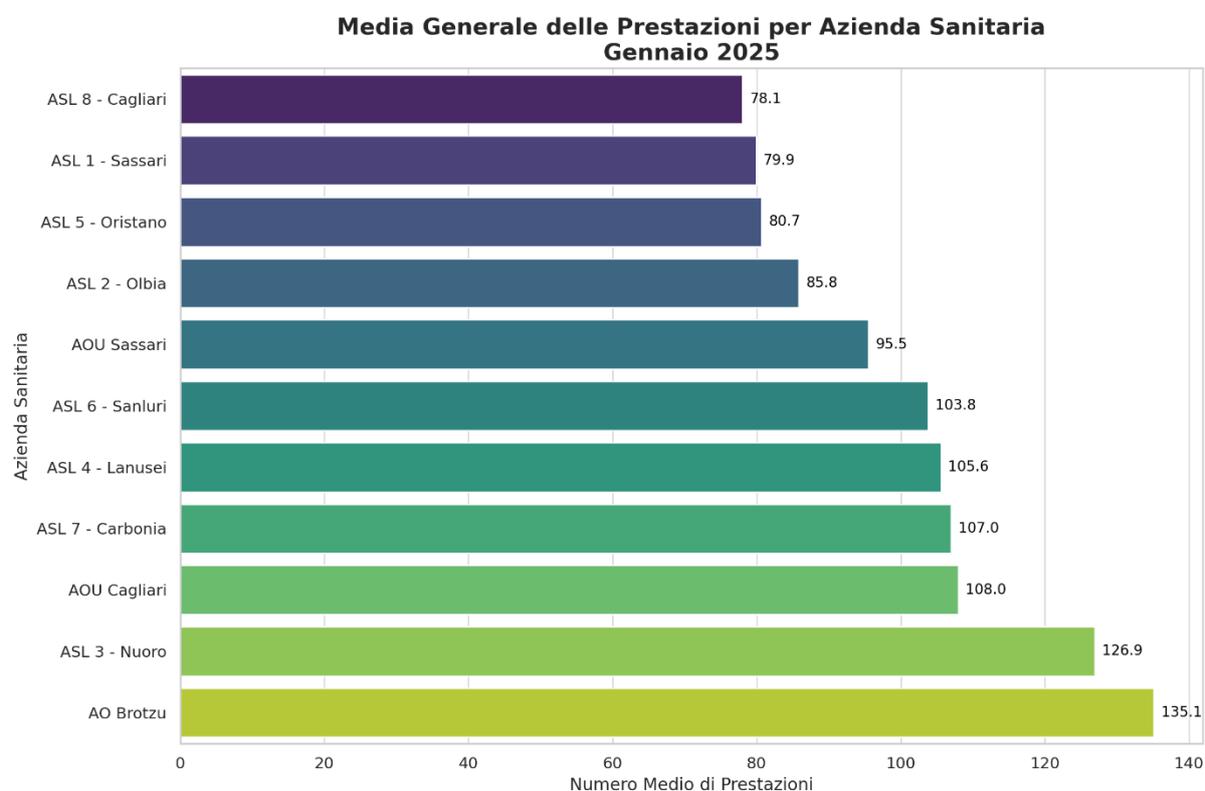
ad esempio distinguendo controlli realmente differibili da nuovi accessi programmati, e sfruttando soluzioni alternative come la telemedicina per evitare di tenere in fila pazienti che potrebbero essere rivalutati da remoto (si veda discussione più avanti).²⁵⁵



L'eterogeneità nell'organizzazione e nella capacità di risposta delle Aziende Sanitarie Locali è ulteriormente evidenziata dalla rappresentazione grafica dei tempi medi di attesa per ciascuna classe di priorità. La mappa di calore riportata di seguito (Figura 1) mostra come le differenze siano particolarmente marcate per le prestazioni differibili e programmabili, mentre le urgenze tendono a essere

²⁵⁵ Regione Lazio (2023). *Sistema CUP Unico Regionale – Manuale operativo*. Roma: Regione Lazio.

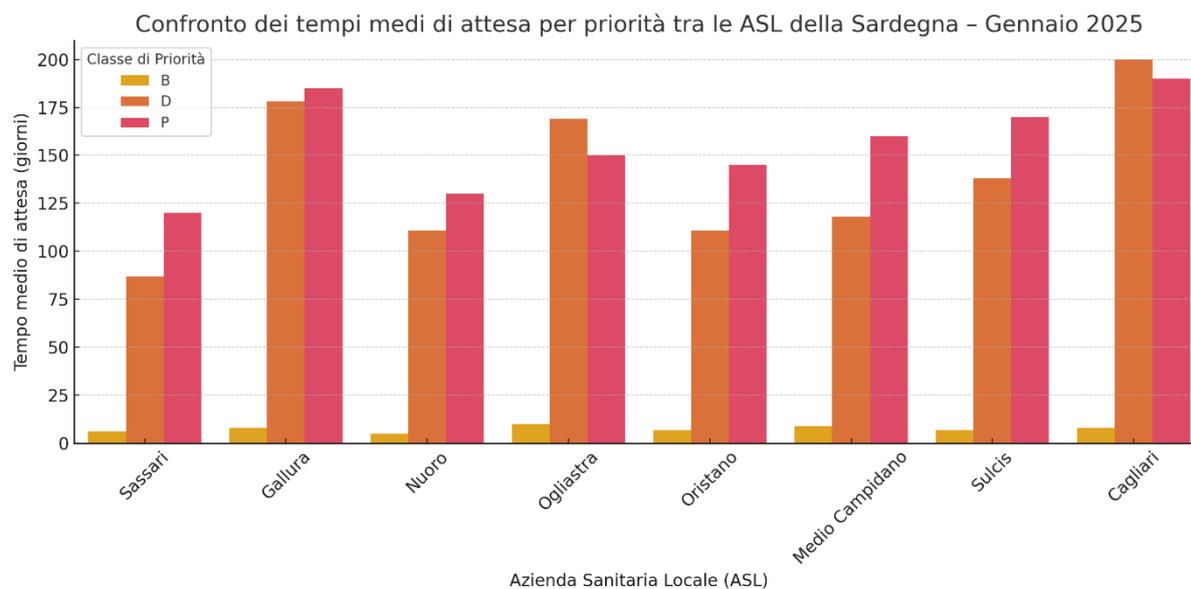
gestite in tempi più omogenei. In particolare, si osservano tempi molto contenuti nelle ASL di Nuoro e Sassari per la priorità B, ma forti criticità nella priorità P nelle ASL di Gallura e Medio Campidano, dove le attese superano ampiamente i 150 giorni.



8.2 Confronto tra Aziende Sanitarie: Disparità e Determinanti Locali

e fattori di variabilità

L'analisi comparativa tra ASL evidenzia dunque differenze importanti nelle performance, che meritano di essere esplorate nei loro determinanti. In Sardegna, attualmente, il servizio sanitario regionale è articolato in 8 aziende sanitarie locali (corrispondenti grosso modo ai precedenti ambiti provinciali e sub-provinciali) più due aziende ospedaliero-universitarie (AOU di Cagliari e Sassari) e un'azienda regionale di emergenza (AREUS). Le 8 ASL – istituite ex novo a partire dal 2021 dopo lo scioglimento della ASL unica ATS – sono: ASL n.1 Sassari, ASL n.2 Gallura (Olbia-Tempio), ASL n.3 Nuoro, ASL n.4 Ogliastra (Lanusei), ASL n.5 Oristano, ASL n.6 Medio Campidano (Sanluri), ASL n.7 Sulcis (Carbonia) e ASL n.8 Cagliari. I dati analizzati coprono tutte queste realtà (talora le ASL più piccole vengono aggregate nei report sotto la voce “Sud Sardegna” per Medio Campidano + Sulcis, data la loro gestione spesso unificata).



Tempi medi di attesa per classe di priorità nelle ASL della Sardegna (gennaio 2025)

La Figura evidenzia in modo comparativo i tempi medi di attesa per le tre classi di priorità, per ciascuna delle principali ASL della Sardegna. È evidente che, se da un lato le prestazioni urgenti (classe B) risultano mediamente gestite entro i parametri previsti in tutte le ASL, dall'altro le classi D e P mostrano una maggiore disomogeneità. In particolare, si osservano punte oltre i 150 giorni per le prestazioni programmabili e differibili in Gallura, Medio Campidano e Cagliari, indicando la necessità di interventi strutturali. Le differenze così marcate riflettono non solo la diversa pressione della domanda, ma anche le carenze organizzative e di personale sanitario nelle ASL con maggiore afflusso o minore capillarità di offerta.

Dal confronto appare che le ASL con i bacini d'utenza maggiori e dotate di aziende ospedaliere di riferimento (Cagliari e Sassari) tendono ad ottenere risultati relativamente migliori su alcune prestazioni, ma non in maniera uniforme. **ASL Cagliari** ad esempio mostra le attese mediane più basse per B, D e P nel gruppo, il che riflette una maggiore offerta specialistica concentrata nell'area metropolitana di Cagliari (presenza di due grandi ospedali hub, Brotzu e Policlinico, oltre a varie strutture territoriali potenziate). Ciononostante, anche a Cagliari permangono sacche di criticità: in branche come Oculistica o Ortopedia l'afflusso dal resto della regione porta comunque a liste d'attesa lunghe (una visita ortopedica di controllo può richiedere molti mesi anche a Cagliari se non urgente).

ASL Sassari segue a ruota Cagliari in diverse misure, beneficiando dell'ospedale civile e dell'AOU sassarese; tuttavia, soffre forse di più la carenza di personale in alcune specialità (es. Pneumologia e Neurologia, con liste più lunghe). La ASL Sassari ha avviato dal 2023 un piano straordinario di abbattimento liste d'attesa – comprensivo di sedute aggiuntive serali e nel weekend presso l'Ospedale di Sassari – che ha permesso di migliorare i tempi di alcune prestazioni chiave (ASL Sassari 2023). Queste iniziative si riflettono parzialmente nei dati: ad esempio per la *Mammografia* e la *Ecografia addome* la ASL Sassari riportava a gennaio 2025 tempi medi più contenuti rispetto alla media regionale (spesso entro i 2-3 mesi per le priorità D).

Le ASL cosiddette **periferiche** (Nuoro, Oristano, Ogliastra, Gallura, Sulcis, Medio Campidano) mostrano in generale maggiori difficoltà. **ASL Nuoro** spicca per alcune delle attese più elevate (come già visto, voci con centinaia di giorni di attesa in vari settori). Ciò può essere legato a fattori strutturali: l'ospedale San Francesco di Nuoro è un presidio importante ma con organico talora ridotto in alcune specialità; inoltre, Nuoro serve un territorio ampio e relativamente distante dai poli maggiori, dunque la popolazione locale tende a riversare la domanda sul proprio CUP aziendale. Emblematico è il caso dell'Endocrinologia a Nuoro/Siniscola già citato: la presenza di un solo specialista sul territorio nuorese ha prodotto attese pluriennali per visite non urgenti.

ASL Oristano presenta anch'essa notevoli criticità: l'ospedale San Martino di Oristano e i poli di Bosa/Ghilarza riescono a soddisfare con tempestività i codici B (pochi accessi brevi) ma accumulano lunghe liste D e P, probabilmente a causa della penuria di medici in organico (basti pensare che Oristano ha sofferto una cronica mancanza di figure come ortopedici, radiologi e oculisti, costringendo spesso a coprire i posti con professionisti a contratto temporaneo).

ASL Gallura (Olbia-Tempio), pur avendo un bacino turistico estivo che aumenta la domanda, nei mesi invernali 2025 mostrava situazioni relativamente migliori in alcune voci – ad esempio tempi accettabili per visite cardiologiche e ecografie – grazie anche alla presenza di strutture private accreditate molto attive (la Gallura dispone di alcuni centri diagnostici convenzionati che assorbono parte

delle richieste tramite CUP). Restano però lunghe attese ad esempio in oculistica anche lì. **ASL Sulcis e Medio Campidano** (Sud Sardegna), zone a bassa densità demografica ma economicamente svantaggiate, presentano un quadro misto: per alcune prestazioni i pazienti vengono instradati verso Cagliari (riducendo parzialmente le attese locali, ma spostando il problema altrove), per altre i pochi specialisti presenti faticano a tenere il passo.

Ad esempio, nel Sulcis la *Visita cardiologica D* può essere effettuata entro 2 mesi grazie al contributo periodico di cardiologi inviati dall'ARNAS di Cagliari, mentre una *Visita oculistica P* nel 2025 a Carbonia aveva tempi medi attorno a 9-10 mesi. **ASL Ogliastra (Lanusei)** merita menzione a parte: questo territorio isolato ha sofferto storicamente di gravi carenze di organico; nel 2025, malgrado sforzi di reclutamento, molte prestazioni specialistiche (es. Neurologia, Diabetologia) vengono erogate da specialisti itineranti presenti pochi giorni al mese, con conseguenti liste d'attesa lunghissime per visite D/P (spesso i pazienti preferiscono viaggiare a Nuoro o Cagliari, se possono, per ottenere appuntamenti prima).

Riassumendo i fattori che determinano queste differenze interaziendali, i principali sono: **disponibilità di personale sanitario specializzato, dotazione di strutture e apparecchiature diagnostiche, bacino di utenza e flussi di mobilità sanitaria, modelli organizzativi locali**. Le ASL con organici più completi o supportate da poli universitari riescono ad offrire più posti visita ed

esame, riducendo le attese. Viceversa, dove mancano specialisti (per vuoti di organico non coperti o difficoltà di reclutamento in zone meno attrattive) le liste inevitabilmente si allungano anche per priorità elevate. Va sottolineato che la Sardegna affronta un problema generale di *carezza di medici specialisti*: molte discipline – anestesia, radiologia, pediatria, medicina d’urgenza, ecc. – vedono pochi professionisti disponibili a fronte di molte posizioni vacanti, e questo impatta anche l’attività ambulatoriale ordinaria. Un recente report di Cittadinanzattiva sottolineava come “l’organico fa la differenza: se non è carente i tempi sono rispettati, se è carente l’ASL che prova ad accorciare le attese ottiene miglioramenti per gli urgenti ma li sconta poi sui meno urgenti”.²⁵⁶

Questo è esattamente ciò che si osserva in Sardegna: le aziende con più risorse umane garantiscono meglio le priorità brevi e urgenti, mentre quelle in affanno di personale tendono ad accumulare arretrati sulle priorità basse. Anche la **dotazione infrastrutturale** conta: ad esempio, un’apparecchiatura di risonanza magnetica in avaria o mancante in una provincia costringe a dirottare esami su altre sedi, allungando i tempi. Nel 2025, l’unica risonanza magnetica pubblica in Ogliastra era spesso fuori servizio, obbligando i pazienti a rivolgersi a Nuoro o Cagliari.

²⁵⁶ Cittadinanzattiva (2023). *Sperimentazioni telemedicina e gestione delle cronicità – Focus ASL Roma 2*. Roma.

Analogamente, la disponibilità del robot chirurgico a Cagliari consente di smaltire più rapidamente interventi urologici programmati (es. prostatectomie per IPB), riducendo i tempi di attesa chirurgici rispetto ad altre province. I **flussi di mobilità sanitaria interna** sono un altro elemento: i pazienti sardi frequentemente accettano di spostarsi all'interno della regione per ottenere prima la prestazione (chi risiede a Nuoro potrebbe farsi prenotare una visita a Cagliari se c'è posto prima, e viceversa). Questo può mitigare la singola lista locale ma carica ulteriormente le aziende percepite come più efficienti. Nel periodo in esame, ad esempio, molti cittadini di Oristano hanno utilizzato il CUP regionale per prenotare TAC oculistiche a Sassari, dove c'era disponibilità prima, saturando così anche quell'agenda. Infine, i **modelli organizzativi** adottati da ciascuna ASL influenzano i risultati: alcune aziende hanno implementato il *voucher* per prestazioni esterne o convenzioni aggiuntive con il privato (es. ASL Sassari con strutture private per ecografie), altre hanno esteso l'orario ambulatoriale (ASL Cagliari con progetti "ambulatori aperti" fino alle 20:00 in alcuni giorni), altre ancora hanno istituito *unità ad hoc per il recupero liste* (task force amministrative che richiamano i pazienti in lista per verificare se necessitano ancora della prestazione, così da "pulire" le liste da prenotazioni obsolete).

Tutte queste misure modulano la capacità di risposta delle aziende e spiegano in parte perché, a parità di risorse, vi siano differenze di performance. Si può affermare che dove la governance locale ha introdotto innovazioni organizzative

(es. migliore gestione CUP, integrazione pubblico-privato, flessibilità oraria), si osservano segnali di contenimento delle attese.

8.3 Cause e Dinamiche delle Disfunzioni nei Tempi di Attesa

Il quadro delineato dai dati CUP di gennaio 2025 per la Sardegna conferma che le liste d'attesa rappresentano un problema strutturale e multiforme, influenzato da molteplici determinanti. Possiamo sintetizzare le criticità e i possibili interventi in alcune macro-aree: organizzativo-gestionale, strutturale (risorse), tecnologico-innovativa, ed epidemiologico-preventiva.

1. Carenze di risorse umane e organizzazione del lavoro: La difficoltà a garantire tempi brevi per D e P è in larga parte conseguenza della mancanza di “manodopera” sufficiente (medici, tecnici, infermieri) per erogare un volume adeguato di prestazioni. Negli ultimi anni il SSN ha visto un calo del personale attivo, tra blocco del turnover e dimissioni; la Sardegna in particolare fatica ad attrarre specialisti sul territorio insulare. Un effetto immediato è il sottodimensionamento delle agende ambulatoriali: ogni medico può visitare un numero finito di pazienti al giorno, e se i medici sono pochi, i posti per appuntamenti settimanali saranno pochi. I dati mostrano liste dilatate soprattutto dove gli organici sono ridotti. Diventa dunque cruciale intervenire su questo fronte: **potenziamento del personale dedicato all'attività ambulatoriale**, attraverso nuove assunzioni, stabilizzazioni e, nell'immediato, attraverso il

finanziamento di ore aggiuntive di lavoro (*prestazioni aggiuntive*) o convenzioni con professionisti esterni.²⁵⁷

Il Governo nazionale, con la Legge di Bilancio 2023 e 2024, ha stanziato fondi specifici per il recupero delle liste d’attesa, proprio al fine di pagare prestazioni aggiuntive al personale sanitario (oltre l’orario di servizio) e/o acquistare prestazioni dal privato accreditato. La Sardegna, come visto, ha recepito queste risorse (es. DGR 44/17/2024) distribuendole alle ASL²⁵⁸: ad esempio, la ASL Oristano ha destinato circa **445 mila euro** per pagare il personale medico e **178 mila euro** per il personale non medico nel 2025, finalizzati a progetti di abbattimento delle liste (ASL Oristano 2025).²⁵⁹ Tali finanziamenti consentono, ad esempio, di aprire ambulatori il sabato mattina o dopo l’orario standard, o di far venire specialisti da altre sedi in regime di consulenza.

In prospettiva strutturale, va naturalmente affrontato il problema del reclutamento: servono politiche per rendere più appetibile lavorare negli ospedali e territori sardi (incentivi economici, logistica, progressione di carriera), nonché incrementare la formazione specialistica in quelle discipline scoperte. Ridurre le liste d’attesa **“aumentando l’offerta”** – più medici, più ore di ambulatorio, più

²⁵⁷ Ministero della Salute (2023). *Legge di Bilancio 2023: Misure straordinarie per il recupero delle liste d’attesa*. Roma: Gazzetta Ufficiale.

²⁵⁸ **Regione Autonoma della Sardegna** (2024a). *Deliberazione della Giunta Regionale n. 44/17 del 20 novembre 2024: Programma operativo per il recupero delle liste d’attesa*. Cagliari: Regione Sardegna.

²⁵⁹ ASL Oristano (2025). *Piano aziendale per il recupero delle liste d’attesa: rendicontazione delle risorse 2025*. Oristano: Azienda Sanitaria Locale.

apparecchiature diagnostiche funzionanti – è la soluzione più immediata, ma richiede investimenti e tempo. Nel breve termine, interventi organizzativi come la **rimodulazione delle agende** possono migliorare la situazione: ad esempio, alcune ASL stanno sperimentando sistemi di *overbooking controllato* (prenotare qualche paziente in più tenendo conto delle prevedibili rinunce o no-show, così da non sprecare slot), oppure l'**ottimizzazione dei tempi di visita** (introducendo figure di supporto per sbrigare compiti burocratici e lasciare al medico più tempo clinico – un problema evidenziato dagli operatori.

L'obiettivo deve essere aumentare l'efficienza senza gravare sul personale già provato: per questo risulta cruciale affiancare al personale sanitario strumenti che semplifichino il lavoro (si pensi alla digitalizzazione della documentazione clinica, alla riduzione delle procedure amministrative ridondanti, etc.). In un'intervista recente, il Prof. Gigi Minerba – nominato a gennaio 2025 “responsabile unico” per il coordinamento delle strategie sulle liste d'attesa in Sardegna – ha sottolineato che *“i medici sono soffocati da una montagna di carte... l'informatica, la telemedicina possono dare la risposta giusta al paziente giusto, anche in Sardegna”*, enfatizzando come liberare tempo clinico e migliorare l'organizzazione siano passi essenziali insieme all'apporto di nuove risorse.²⁶⁰

²⁶⁰ Minerba, G. (2025). *Intervista al coordinatore regionale per le liste d'attesa in Sardegna*, pubblicata in *Sanità Oggi*, 18 gennaio 2025.

2. Processi di prenotazione e gestione del CUP: Dall'analisi emerge che non tutte le criticità dipendono esclusivamente da quanti medici o macchinari sono disponibili; vi sono margini di miglioramento anche nella gestione della domanda. Un problema evidenziato è la **frammentazione dei CUP** sardi: attualmente esistono diversi sistemi di prenotazione non completamente integrati (ogni ASL ha il suo CUP, coordinato a livello regionale da ARES, ma di fatto vi sono differenze di procedure e mancato dialogo diretto, come rilevato da Minerba.²⁶¹ Ciò può portare, ad esempio, alla mancata visione in tempo reale delle disponibilità in un'altra ASL: il cittadino di Nuoro potrebbe non sapere che a Olbia c'è posto prima, se il CUP non lo informa adeguatamente. L'**unificazione dei CUP in un unico sistema regionale** è auspicata come intervento migliorativo (sul modello di quanto fatto nel Lazio citato da Schillaci.²⁶²

Un CUP regionale ben funzionante consentirebbe di indirizzare automaticamente la prenotazione verso la prima disponibilità nell'intera regione, se l'utente è disposto a muoversi, ottimizzando l'uso dell'offerta totale. Attenzione però: ciò non deve tradursi in uno scaricamento sistematico dei pazienti da zone periferiche verso gli hub (rischiando di sovraccaricare questi ultimi), ma in un bilanciamento intelligente. L'integrazione dei CUP andrà di pari passo con l'attivazione della Piattaforma nazionale di Agenas nel 2025, che fornirà dati comparativi e alert

²⁶¹ Minerba, G. (2025). *Strategie per la razionalizzazione dei CUP regionali: un modello integrato per la Sardegna*. Documento tecnico interno ARES.

²⁶² Schillaci, O. (2024). *Comunicazione del Ministro della Salute alle Commissioni parlamentari: Esperienze regionali per l'integrazione dei CUP*. Roma: Ministero della Salute.

sulle criticità; questo potrà stimolare la Regione ad intervenire dove vede, ad esempio, che l'ASL X ha liste significativamente più lunghe dell'ASL Y in una certa prestazione.²⁶³

Oltre all'integrazione tecnica, c'è un tema di **competenze e ruolo del CUP**: attualmente l'operatore CUP si limita a proporre il primo appuntamento libero, anche se lontanissimo nel tempo, senza prendere davvero in carico il problema del paziente. La visione innovativa sarebbe trasformare il CUP in un *hub* attivo di gestione del percorso: non un semplice "calendarista" ma un case manager che, se l'attesa proposta è eccessiva, possa proporre alternative (altri erogatori, iscrizione in una lista di recupero, segnalazione al responsabile clinico). Questo richiede formazione degli operatori e protocolli chiari.

In Sardegna alcune sperimentazioni in tal senso sono state avviate: ad esempio, l'**ARES** (Azienda Regionale della Salute, ente tecnico istituito nel 2021) sta sviluppando un sistema di *recall* centralizzato che contatta i pazienti in lista per verificare se intendono ancora effettuare la prestazione, così da ridurre le prenotazioni "fantasma" che gonfiano i tempi.²⁶⁴ Inoltre, per migliorare l'accessibilità, bisogna considerare l'esperienza utente: un'indagine di

²⁶³ Ministero della Salute e Agenas (2024). *Piattaforma nazionale per il monitoraggio delle liste d'attesa – Linee guida tecniche*. Roma: Ministero della Salute.

²⁶⁴ ARES – Azienda Regionale della Salute (2024), *Sistema centralizzato di recall per il governo delle liste d'attesa – Documento interno non pubblicato*, Regione Autonoma della Sardegna, Cagliari.

Cittadinanzattiva²⁶⁵ segnalava che in Sardegna il tempo medio per parlare con un operatore CUP telefonico era tra i migliori (sotto i 3 minuti) segno positivo, ma la trasparenza sulle liste d'attesa reali era carente su molti siti istituzionali.

Quindi, una raccomandazione è **pubblicare regolarmente i tempi di attesa aggiornati** in forme comprensibili al pubblico, affinché il cittadino possa decidere informato se accettare una sede più lontana con attesa minore, o sapere di poter rivendicare il percorso di tutela. Una maggiore trasparenza genera anche pressione virtuosa sulle aziende meno performanti.²⁶⁶

3. Tecnologie sanitarie e telemedicina: Come accennato, l'innovazione tecnologica può dare un contributo sostanziale nel ridurre le attese, sia aumentando la produttività, sia riducendo la domanda impropria. Un capitolo di particolare rilievo è la **Telemedicina**. La pandemia di COVID-19 aveva spinto un certo sviluppo di servizi in teleconsulto e telemonitoraggio; il *Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR)* dedica risorse alla telemedicina (Missione 6, Componente 1)²⁶⁷ e anche la Sardegna ha partecipato a progetti pilota (es. teleconsulto cardiologico tra ospedali e ambulatori periferici).

²⁶⁵ **Cittadinanzattiva** (2022). *Rapporto civico sul Servizio Sanitario Nazionale – Focus CUP e liste d'attesa*. Roma: Cittadinanzattiva Onlus.

²⁶⁶ Cittadinanzattiva (2022). *Indagine civica sull'accesso ai CUP e alla trasparenza dei tempi di attesa*. Roma.

²⁶⁷ Ministero della Salute (2021). *Piano Nazionale di Governo delle Liste di Attesa (PNGLA) 2019–2021*. Roma: Ministero della Salute. Disponibile su: <https://www.salute.gov.it>

I sistemi basati sulla telemedicina rappresentano “un’importante opportunità per affrontare il problema delle liste d’attesa. In particolare, la telemedicina può **liberare posti in agenda** gestendo a distanza quelle prestazioni che non richiedono la presenza fisica. Esempi concreti: le *visite di controllo (follow-up)* per patologie croniche possono spesso essere eseguite via teleconsulto (videoconferenza o telefonica), evitando che il paziente occupi uno slot ambulatoriale tradizionale. Se un paziente stabile in TAO (terapia anticoagulante orale) potesse avere un telecontrollo dall’infermiere territoriale anziché dover vedere il cardiologo di persona, quest’ultimo avrebbe più tempo per nuovi pazienti o per i casi differibili accumulati.

Allo stesso modo, il *telemonitoraggio* domiciliare di condizioni croniche (diabete, BPCO, scompenso cardiaco) riduce gli accessi impropri al Pronto Soccorso e le richieste urgenti, con beneficio indiretto sulle liste per visite specialistiche. Durante il 2022-2024 la Sardegna ha avviato – con fondi PNRR – la realizzazione di **Centrali Operative Territoriali (COT)** che dovranno coordinare questi servizi di teleassistenza. Un esempio virtuoso citato a livello nazionale è l’ASL Roma 2, dove la sperimentazione di teleassistenza integrata ha consentito di smaltire liste d’attesa di esami cardiologici domiciliari e controlli specialistici (Cittadinanzattiva).²⁶⁸Per implementare efficacemente la

²⁶⁸ **Cittadinanzattiva** (2023). *Rapporto sulla rinuncia alle cure: accesso diseguale e impatto delle liste d’attesa*. Roma: Cittadinanzattiva Onlus.

telemedicina, tuttavia, occorre **riprogettare i processi di cura** e formare adeguatamente il personale.

Non basta introdurre una piattaforma digitale: bisogna prevedere chi fa cosa, come vengono selezionati i pazienti eleggibili al teleconsulto, come si integra il referto telematico nel Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE) etc. La Sardegna sta aggiornando in tal senso il proprio FSE e, secondo quanto riportato, potrebbe integrarlo con sistemi di intelligenza artificiale per identificare tra i pazienti in lista quelli idonei a una gestione alternativa (es. cronici noti da tele-monitorare).

La **Intelligenza Artificiale (AI)** infatti è l'altro grande capitolo innovativo: algoritmi di AI applicati ai dati sanitari possono *prevedere la domanda* e supportare la programmazione dell'offerta. Ad esempio, modelli predittivi possono identificare i periodi di picco della domanda (es. aumenti stagionali di richieste di broncoscopie in inverno) e suggerire di conseguenza di aumentare le sedute in quei periodi. Oppure l'AI può analizzare grandi moli di dati di prenotazione, personale e utilizzo delle attrezzature per individuare colli di bottiglia e ottimizzare l'allocazione delle risorse.

Un progetto pilota interessante è quello della **Regione Liguria (Reg4IA)**, citato dal Dipartimento per la Trasformazione Digitale²⁶⁹ come modello in cui l'AI viene usata per smaltire liste d'attesa complesse. La Sardegna potrebbe trarre

²⁶⁹ Dipartimento per la Trasformazione Digitale (2024). *Progetto Reg4IA – Intelligenza artificiale per l'ottimizzazione delle agende sanitarie in Regione Liguria*. Roma: Presidenza del Consiglio dei Ministri.

spunto da tali esperienze: implementare algoritmi che, ad esempio, segnalino in anticipo se la lista di una certa prestazione sta crescendo oltre soglia, permettendo ai dirigenti di attivare misure straordinarie prima che il problema esploda.²⁷⁰

Inoltre l'**automazione di compiti amministrativi** tramite AI (come la gestione delle comunicazioni con i pazienti: promemoria di appuntamenti via SMS, riprogrammazione automatica di appuntamenti cancellati, ecc.) può liberare risorse umane e ridurre i tempi morti. In prospettiva, la **integrazione dei dati clinici** (tramite FSE 2.0) e l'uso di *Big Data* consentiranno di stratificare la popolazione per rischio e bisogno di prestazioni, aiutando a prioritizzare meglio chi realmente necessita di visite ravvicinate e chi può attendere di più (modelli di *priority setting* dinamico).

In conclusione su questo punto, digitale e tecnologie emergenti sono alleate importanti: come scrive Healthtech360 *“il digitale e le tecnologie possono svolgere un ruolo cruciale nella risoluzione del problema”* delle liste d'attesa. La sfida sarà implementarle compiutamente anche in un contesto complesso come la Sardegna, garantendo interoperabilità tra i sistemi delle diverse ASL e adeguata usabilità per utenti e operatori.²⁷¹

²⁷⁰ Dipartimento per la Trasformazione Digitale (2024). *Progetto Reg4IA – Regione Liguria e Intelligenza Artificiale nella sanità*. Roma.

²⁷¹ Healthtech360 (2024). *Sanità digitale e AI contro le liste d'attesa: esperienze internazionali a confronto*. Milano: HT360 Research Unit

4. Percorsi assistenziali e strategie preventive: Una componente essenziale per affrontare strutturalmente il tema delle liste d’attesa è agire *a monte* sulla domanda di prestazioni sanitarie. Ciò implica da un lato ottimizzare i percorsi di cura per evitare esami o visite ridondanti, dall’altro investire in prevenzione per ridurre l’incidenza di malattie che generano elevata domanda specialistica. In questo contesto si inserisce la proposta di diffondere maggiormente i **Percorsi Diagnostico-Terapeutico-Assistenziali (PDTA)** per le patologie croniche. Come spiegato da Minerba (2025)²⁷², se un paziente cronico viene preso in carico con un PDTA, non dovrà “ogni volta sperare nella lotteria dell’appuntamento”, bensì avrà già pianificato un calendario di controlli nel tempo. Ad esempio, un diabetico potrebbe avere sin dalla diagnosi la programmazione di visite diabetologiche e oculistiche annuali, evitando di dover prenotare da zero ogni anno col rischio di trovare tutto pieno. Ciò alleggerisce il carico sui medici di base (meno richieste reiterate di impegnative) e consente di **distribuire gli appuntamenti in maniera programmata** e prevedibile.

In Sardegna esistono alcuni PDTA (diabete, scompenso cardiaco, BPCO, oncologici), ma la loro applicazione è disomogenea. Rilanciarli significherebbe spostare l’ottica da una gestione “reattiva” delle liste (si interviene quando il

²⁷² Minerba, G. (2025). *PDTA e gestione proattiva della cronicità in Sardegna: scenari e proposte operative*. Sassari: ARES Sardegna.

paziente chiama il CUP) a una gestione *proattiva e programmata* (il sistema chiama il paziente all'occorrenza).

Oltre ai PDTA, un altro filone è il **ruolo della medicina territoriale**: il PNRR sta finanziando le *Case della Comunità*²⁷³ strutture territoriali multidisciplinari che dovrebbero gestire molti problemi di salute di base evitando accessi inappropriati allo specialista. Se le Case della Comunità (in Sardegna ne sono previste oltre 20) riusciranno a rispondere sul territorio a bisogni assistenziali semplici (ad es. piccoli controlli, rinnovi di piani terapeutici, ecografie di screening) si potrebbe ridurre la pressione sulle liste ospedaliere.

Allo stesso tempo, investire in **prevenzione primaria** e promozione della salute (stili di vita, adesione agli screening) è una strategia di lungo termine per contenere la domanda: popolazioni più sane e consapevoli sviluppano meno patologie croniche e complicanze, e quindi meno necessità di visite mediche. Un esempio: la Sardegna ha uno dei tassi più alti di diabete tipo 2 in Italia²⁷⁴; politiche efficaci di contrasto all'obesità e alla sedentarietà potrebbero nel lungo periodo ridurre i nuovi casi di diabete e con essi la mole di controlli diabetologici, oculistici (retinopatia) e nefrologici oggi necessari. Ovviamente questi interventi

²⁷³ Presidenza del Consiglio dei Ministri (2023). *Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza – Missione 6 Salute. Aggiornamento 2023*. Roma: Presidenza del Consiglio dei Ministri. Disponibile su: <https://www.italiadamani.gov.it>

²⁷⁴ Istat (2023). *La salute in Italia – Anno 2022*. Roma: Istituto Nazionale di Statistica. Disponibile su: <https://www.istat.it/it/archivio/salute>

preventivi vanno oltre il breve termine e coinvolgono settori extra-sanitari (educazione, alimentazione, sport), ma non vanno trascurati nel quadro complessivo della strategia di governo ... delle liste d'attesa.

8.3.1 Prospettive di Riforma e Governance delle Liste d'Attesa

L'analisi dei tempi di attesa delle prestazioni sanitarie in Sardegna nel 2025 mette in luce un sistema sotto stress, in cui il divario tra domanda e offerta di servizi genera ritardi significativi, soprattutto per prestazioni non urgenti. Le criticità rilevate – attese di mesi o anni per visite differibili e programmate, differenze marcate tra territori, rischio di iniquità nell'accesso – richiedono un approccio multidimensionale. Da un lato, è indispensabile **rafforzare l'offerta sanitaria**, investendo in risorse umane (assunzioni e formazione mirata di specialisti) e strutture, anche sfruttando appieno i finanziamenti nazionali e del PNRR destinati al recupero delle liste e al potenziamento dell'assistenza territoriale. Dall'altro lato, occorre **innovare i modelli organizzativi**: un CUP unico regionale efficiente, la presa in carico proattiva dei pazienti cronici tramite PDTA, l'impiego esteso della telemedicina per follow-up e consulti, e l'ausilio di strumenti digitali e analitici (dati in tempo reale, algoritmi predittivi) possono migliorare sensibilmente la capacità di gestione delle liste d'attesa. Tali innovazioni organizzative e tecnologiche vanno accompagnate da un forte

commitment istituzionale nel monitoraggio e nella governance: la trasparenza dei dati (come garantito dal nuovo Portale Agenas)²⁷⁵ e la responsabilizzazione dei manager sanitari (come previsto dalla recente normativa) rappresentano leve importanti per assicurare che la riduzione dei tempi di attesa diventi una priorità concreta e misurabile.²⁷⁶

In Sardegna, iniziative come la nomina di un Responsabile regionale unico per le liste d’attesa, l’aggiornamento dei piani attuativi aziendali (PAGLA) e l’adozione di percorsi di tutela per gli assistiti indicano la volontà di invertire la rotta. I risultati, tuttavia, non saranno immediati: come affermato dallo stesso coordinatore regionale, **“ci vorrà un anno per vedere i primi cambiamenti. Nel frattempo, è essenziale mantenere alta l’attenzione sul fenomeno, coinvolgendo attivamente tutti gli stakeholder: i professionisti sanitari (che andrebbero coinvolti nelle scelte organizzative per migliorare i flussi di lavoro), i cittadini (che vanno informati dei loro diritti e corresponsabilizzati nel non abusare delle priorità), e il settore privato accreditato (che, integrato in rete, può dare un contributo temporaneo per smaltire backlog senza creare percorsi paralleli per pochi privilegiati).*²⁷⁷ Ridurre le liste d’attesa non è solo un fatto organizzativo, ma un passaggio chiave per garantire il diritto alla salute in modo equo e

²⁷⁵ Agenas (2025). *Cruscotto nazionale liste d’attesa – Portale della Trasparenza*. Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali. Disponibile su: <https://www.agenas.gov.it>

²⁷⁶ Italia. (2024). *Legge 29 luglio 2024, n. 107. Conversione in legge, con modificazioni, del decreto-legge 7 giugno 2024, n. 73, recante misure urgenti per l’efficienza del Servizio sanitario nazionale*. Gazzetta Ufficiale della Repubblica Italiana, Serie Generale n.176 del 29 luglio 2024.

²⁷⁷ **Minerba, G.** (2025). *Dichiarazioni pubbliche rese alla stampa sullo stato di attuazione delle misure anti-attesa*. Cagliari: Conferenza stampa Regione Sardegna, gennaio 2025.

universale. Come emerso, attese troppo lunghe inducono molti a rinunciare alle cure o a rivolgersi al privato, con un impatto sulle disuguaglianze di accesso. Un servizio sanitario regionale efficiente deve invece poter offrire risposte tempestive a tutti, indipendentemente dal reddito e dal luogo di residenza.²⁷⁸

In conclusione, i dati sardi del 2025 confermano le liste d’attesa come una sfida aperta ma affrontabile. Le soluzioni richiedono un mix di **più risorse** (umane, strutturali), **meglio organizzazione** (processi e percorsi intelligenti) e **nuove tecnologie** (digitale, telehealth, AI), il tutto guidato da una governance attenta agli esiti. Solo integrando questi elementi si potrà gradualmente colmare il gap tra tempi ideali e tempi reali di erogazione delle prestazioni, restituendo ai cittadini la fiducia in un sistema sanitario che sappia prendersi cura dei loro bisogni nei tempi giusti e con la qualità dovuta. Il caso della Sardegna, con le sue specificità territoriali, potrebbe diventare un laboratorio di innovazione gestionale: le esperienze messe in atto nel 2025²⁷⁹ – positive o negative che siano – forniranno lezioni preziose per il futuro, nell’ottica di un SSN²⁸⁰ che vuole garantirsi sostenibilità ed equità anche attraverso il governo appropriato delle liste d’attesa.²⁸¹

²⁷⁸ Salutequità. (2025). *Osservatorio civico sulle liste d’attesa: Indagine nazionale su percorsi di tutela e disuguaglianze regionali*. Roma: Salutequità.

²⁷⁹ Minerba, G. (2025). *Intervento al Convegno Regionale Sanità Digitale, febbraio 2025*. Cagliari.

²⁸⁰ Ministero della Salute. (2024). *Piano Nazionale per l’Equità di Accesso alle Cure Sanitarie*. Roma: Ministero della Salute.

²⁸¹ Minerba, G. (2025). *Intervista a L’Unione Sarda, gennaio 2025 – “Liste d’attesa: meno burocrazia e più efficienza”*. Cagliari.

9. Analisi Ex-Ante sulle Liste d’Attesa: Performance per Classe di Priorità

Nel contesto della sanità pubblica sarda, il monitoraggio dei tempi di attesa rappresenta uno strumento imprescindibile per la valutazione dell’efficacia e dell’efficienza dei servizi ambulatoriali, nonché per la tutela del diritto dei cittadini all’accesso equo e tempestivo alle prestazioni sanitarie.

L’analisi dei dati relativi alla settimana compresa tra il 20 e il 24 gennaio 2025 fornisce una fotografia dettagliata della situazione, prendendo in considerazione le prestazioni di primo accesso suddivise in tre classi di priorità: la classe B (breve), per cui il tempo massimo previsto è di 10 giorni; la classe D (differibile), che ammette 30 giorni per le visite e 60 per le prestazioni strumentali; e la classe P (programmata), con un tempo massimo di 120 giorni.²⁸²

9.1 Risultati Aggregati per Classe di Priorità

Dall’analisi complessiva delle 29 principali prestazioni ambulatoriali riportate nel report, si evince una situazione fortemente disomogenea, con significative differenze tra le diverse classi di priorità, ma anche tra le singole tipologie di prestazione. In generale, le prestazioni classificate in classe B sono quelle che mostrano le performance migliori in termini di rispetto dei tempi: in quasi la totalità dei casi analizzati, la percentuale di prenotazioni erogate entro i tempi

²⁸² Ministero della Salute (2021), *Piano Nazionale di Governo delle Liste di Attesa 2019–2021*. Roma: Ministero della Salute.

massimi è del 100%. Questo dato suggerisce che il sistema sanitario regionale riesce ad allocare risorse e a strutturare le agende ambulatoriali in modo da rispondere prontamente ai bisogni ritenuti più urgenti.²⁸³

Tuttavia, il quadro cambia radicalmente se si passa all'analisi della classe D, dove si registrano le maggiori criticità. La percentuale media di rispetto dei tempi massimi per questa categoria si attesta al 41,9%, con valori che oscillano tra l'85% delle risonanze magnetiche cerebrali e l'11,8% per la risonanza magnetica con contrasto del cervello e tronco encefalico.

Particolarmente preoccupanti sono le performance di alcune visite specialistiche, come quella urologica (10,5%) ed endocrinologica (17,7%), che indicano un sostanziale fallimento nella capacità di garantire tempi d'attesa accettabili. Anche la colonscopia (13,0%) e la EGDS (esofagogastroduodenoscopia) con biopsia (9,5%) presentano livelli estremamente bassi di rispetto delle tempistiche. Si tratta di prestazioni che, se non erogate tempestivamente, possono compromettere la diagnosi precoce di patologie gravi come i tumori dell'apparato digerente o le disfunzioni ormonali e metaboliche.²⁸⁴

La situazione della classe P è meno drammatica ma comunque disomogenea. La percentuale media di rispetto dei tempi per le prestazioni programmate è pari al

²⁸³ Agenas (2025), *Sistema di Monitoraggio Liste d'Attesa – Portale della Trasparenza*. Roma: Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali.

²⁸⁴ Ministero della Salute (2024), *Relazione sulle criticità strutturali delle prestazioni diagnostiche ad alto contenuto tecnologico*. Roma: Ministero della Salute.

61,7%, con una variazione significativa tra le prestazioni. Alcune di esse mostrano ottimi risultati, come l'elettrocardiogramma (95,5%), l'elettromiografia semplice (100%), l'ecocolordoppler dei tronchi sovraaortici (90,1%), la fisiatria (90,9%), e la diagnostica ecografica del capo e del collo (78,6%).

Tuttavia, esistono anche casi critici: la risonanza magnetica con contrasto del cervello e tronco encefalico ha un rispetto dei tempi pari a 0%, come pure la risonanza magnetica dell'addome inferiore e scavo pelvico. Anche l'ecografia bilaterale della mammella si ferma al 47,3%, e l'ecografia dell'addome completo al 62%. Tali risultati fanno emergere una problematica legata all'organizzazione delle risorse diagnostiche avanzate, in particolare per quanto riguarda la disponibilità di apparecchiature e personale nei servizi di radiologia e diagnostica per immagini.²⁸⁵

9.2 Analisi per Tipologia di Prestazione: Visite, Diagnostica, Esami

Un'analisi approfondita per tipologia di prestazione consente di individuare pattern specifici. Le visite specialistiche presentano mediamente risultati peggiori rispetto alle prestazioni diagnostiche in classe D, ma risultano più costanti in classe B, dove la performance è pressoché uniforme e ottimale.

²⁸⁵ Regione Autonoma della Sardegna (2023). *PNRR – Piano operativo Case della Comunità*. Cagliari.

Ad esempio, la visita cardiologica, neurologica, ortopedica e otorinolaringoiatrica mostrano rispetto del 100% per la classe B. In classe D, la visita neurologica raggiunge comunque un rispettabile 48,2%, mentre la otorinolaringoiatrica arriva al 60%, evidenziando una certa capacità organizzativa interna. Invece, visite come quella dermatologica, endocrinologica, urologica e ginecologica rimangono ampiamente sotto la soglia del 50% nella classe D, delineando un divario organizzativo probabilmente legato a una domanda eccedente la capacità produttiva.²⁸⁶

Le prestazioni di diagnostica per immagini, come le tomografie computerizzate (TC) e le risonanze magnetiche (RM), mostrano risultati contrastanti. Alcune, come la TC del torace e la TC dell'addome completo, sia con che senza contrasto, evidenziano buone performance nella classe D, rispettivamente del 47,8% e 72,7%.

In classe P, le TC dell'addome completo mostrano una forte dicotomia: quelle senza contrasto raggiungono il 100%, mentre quelle con contrasto scendono al 31,3%, suggerendo che l'aggiunta di mezzi di contrasto rappresenti un collo di bottiglia nel processo organizzativo. Lo stesso accade per le risonanze: l'RM cerebrale senza contrasto ha ottimi risultati (85% D e 66,7% P), mentre la versione con contrasto precipita drasticamente (11,8% D e 0% P), a indicare un

²⁸⁶ Salutequità (2025), *Liste d'attesa e prevenzione oncologica: criticità e proposte*. Roma: Osservatorio civico Salutequità.

problema specifico nella gestione delle prestazioni contrastografiche, forse legato alla disponibilità di medici radiologi o protocolli di sicurezza più rigidi.²⁸⁷

Le ecografie rappresentano un'area relativamente più equilibrata, con molte prestazioni sopra la media. L'ecocolordoppler dei tronchi sovraaortici e le ecografie ginecologiche sono tra le più efficaci in termini di rispetto dei tempi in classe P, superando spesso il 90%. Tuttavia, le ecografie della mammella, specialmente quella bilaterale, presentano risultati significativamente inferiori alla media, probabilmente per l'elevata domanda in ambito di screening oncologico. Questo dato è preoccupante se considerato nel quadro dei programmi di prevenzione secondaria, dove la diagnosi precoce del tumore alla mammella risulta strettamente legata all'accesso rapido a tali prestazioni.²⁸⁸

9.3 – Impatto del Volume di Prestazioni sulla Capacità di Risposta

Analizzando la dimensione quantitativa, si evidenzia come le prestazioni con maggior numero di prenotazioni non sempre corrispondano a performance migliori o peggiori. Ad esempio, la visita oculistica, con quasi 300 richieste in classe garantita, mantiene un buon livello di rispetto nelle classi B (100%) e P (69%), ma si ferma al 47,8% in classe D. Viceversa, prestazioni con pochi

²⁸⁷ Ministero della Salute (2024), *Relazione sulle criticità strutturali delle prestazioni diagnostiche ad alto contenuto tecnologico*. Roma: Ministero della Salute.

²⁸⁸ Salutequità (2025), *Liste d'attesa e prevenzione oncologica: criticità e proposte*. Roma: Osservatorio civico Salutequità.

pazienti (es. elettromiografia) riescono a garantire un livello altissimo di rispetto in tutte le classi, suggerendo che il volume assoluto influisca sulla capacità di gestione solo fino a un certo punto, e che la struttura organizzativa interna sia un fattore determinante.²⁸⁹

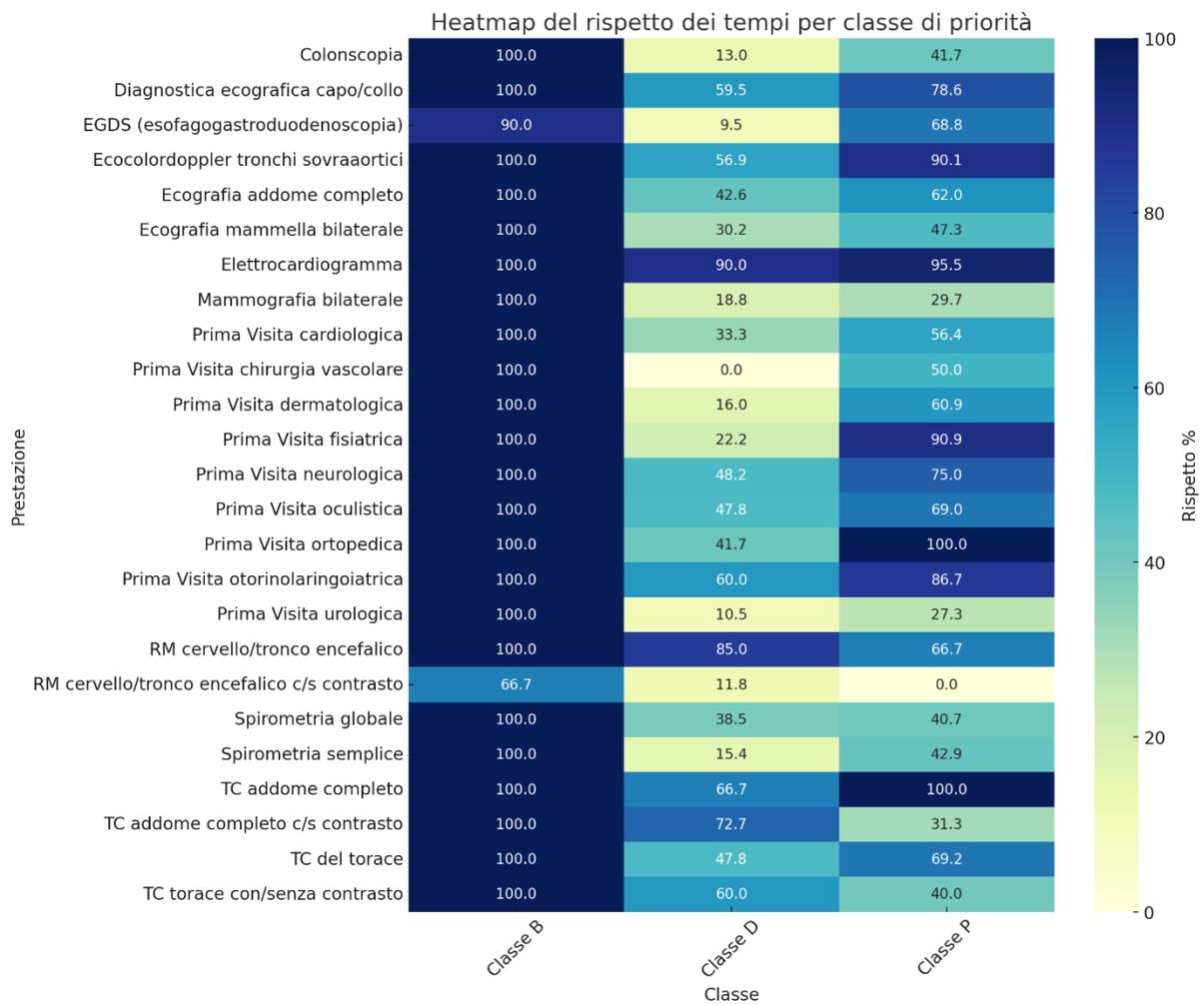
Alla luce di queste considerazioni, emergono diverse implicazioni strategiche. In primo luogo, risulta necessario un intervento mirato per migliorare le performance della classe D, che rappresenta la criticità maggiore in termini di accessibilità. Tale classe costituisce il grosso delle richieste programmate, ed è quella dove si accumula il maggior numero di ritardi potenzialmente dannosi per i pazienti.

È fondamentale, dunque, intervenire con un potenziamento delle agende, una redistribuzione delle risorse professionali, e una revisione dei protocolli organizzativi. In secondo luogo, si suggerisce di estendere i modelli organizzativi delle prestazioni più virtuose alle branche più critiche. L'esperienza della neurologia, dell'otorinolaringoiatria, della diagnostica ecografica del capo e del collo, o della fisioterapia, potrebbe costituire un benchmark operativo utile da replicare in altri ambiti specialistici.

Infine, il report suggerisce la necessità di un approfondimento ulteriore delle cause che determinano le prestazioni a bassa efficienza, con analisi disaggregate

²⁸⁹ Ministero della Salute (2021). *PNGLA – Piano Nazionale di Governo delle Liste d'Attesa 2019–2021*. Roma: Ministero della Salute.

per azienda sanitaria, sede ambulatoriale e giorno della settimana, nonché l'introduzione di meccanismi di monitoraggio dinamico e proattivo in grado di anticipare i colli di bottiglia prima che si traducano in ritardi e disservizi per i cittadini. Solo attraverso un approccio integrato, che combini analisi dei dati, gestione della domanda, programmazione sanitaria e coinvolgimento degli operatori, sarà possibile garantire un sistema sanitario regionale realmente equo, efficiente e orientato al bisogno della persona.



Il grafico a mappa di calore (heatmap) fornisce una rappresentazione visiva sintetica e comparativa del livello di rispetto dei tempi massimi di attesa per ciascuna prestazione ambulatoriale, suddiviso per classe di priorità: B (breve), D (differibile) e P (programmata). La mappa mostra ogni prestazione lungo l'asse verticale e le classi di priorità sull'asse orizzontale. Ogni cella è colorata in base alla percentuale di rispetto dei tempi: tonalità più scure indicano un maggiore rispetto, mentre quelle più chiare segnalano prestazioni più critiche.

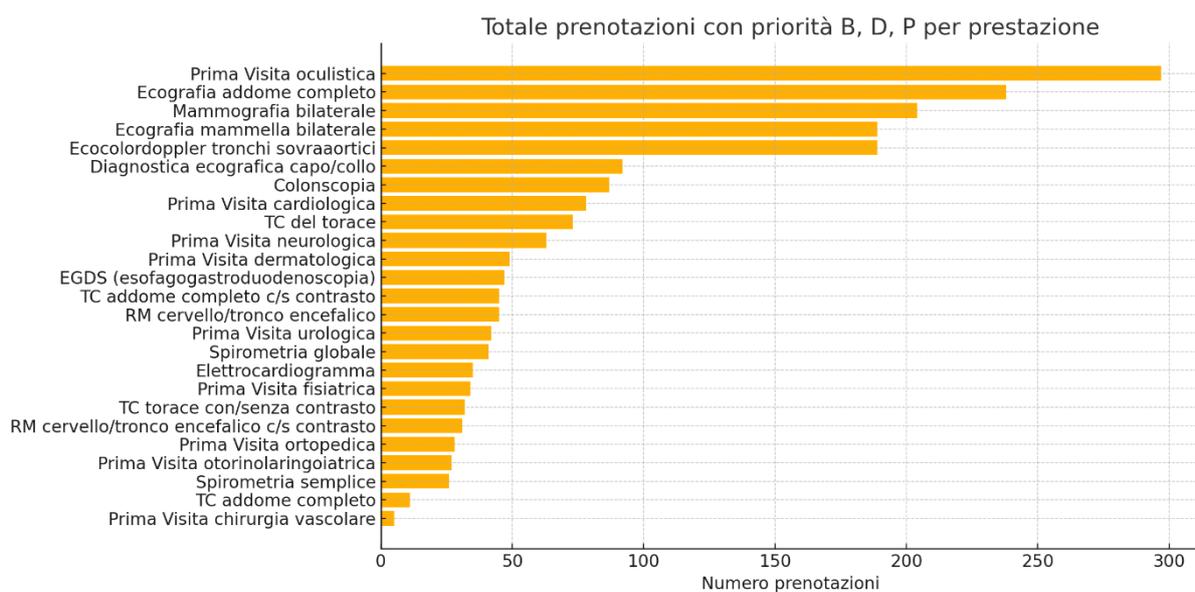
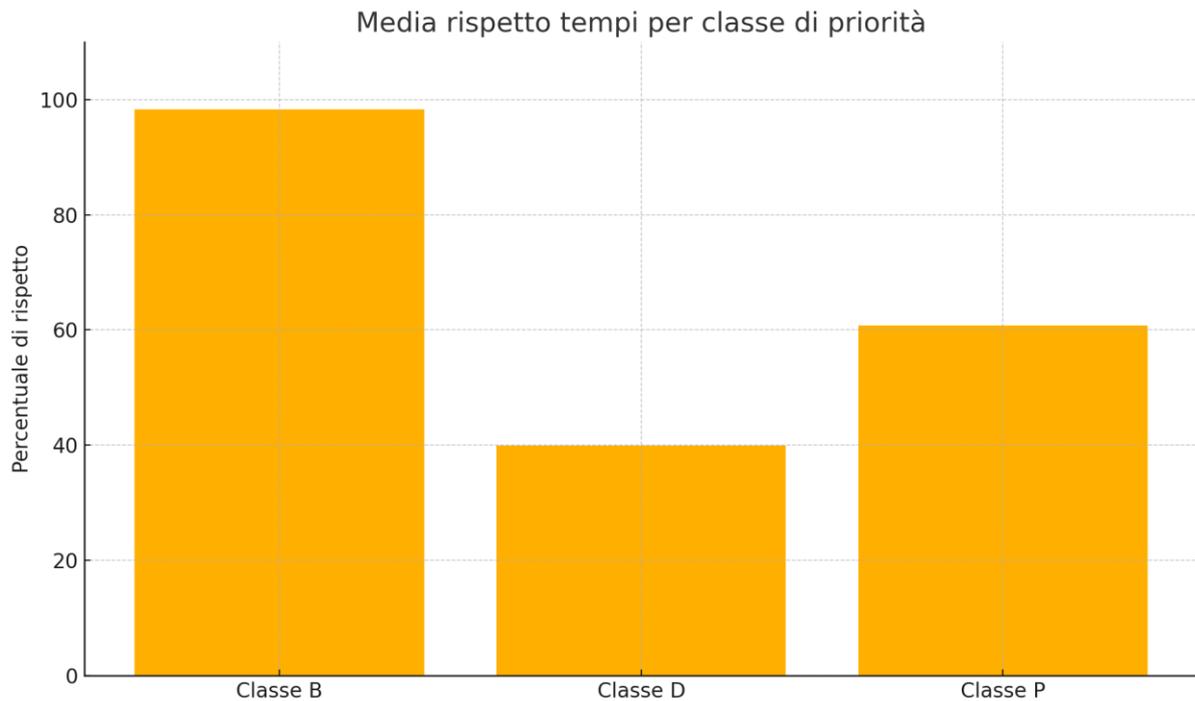
La heatmap evidenzia con immediatezza la performance sistematicamente positiva della **classe B**, dove quasi tutte le celle appaiono in blu scuro, confermando che le prenotazioni urgenti vengono generalmente gestite nei tempi previsti. Di contro, la **classe D** mostra un mosaico di colori molto più variegato, con numerose celle in tonalità chiare, segno di rispetto parziale o assente dei tempi massimi. Questo è particolarmente evidente in prestazioni come la visita urologica, endocrinologica e la EGDS, dove il rispetto dei tempi scende ben al di sotto del 20%.

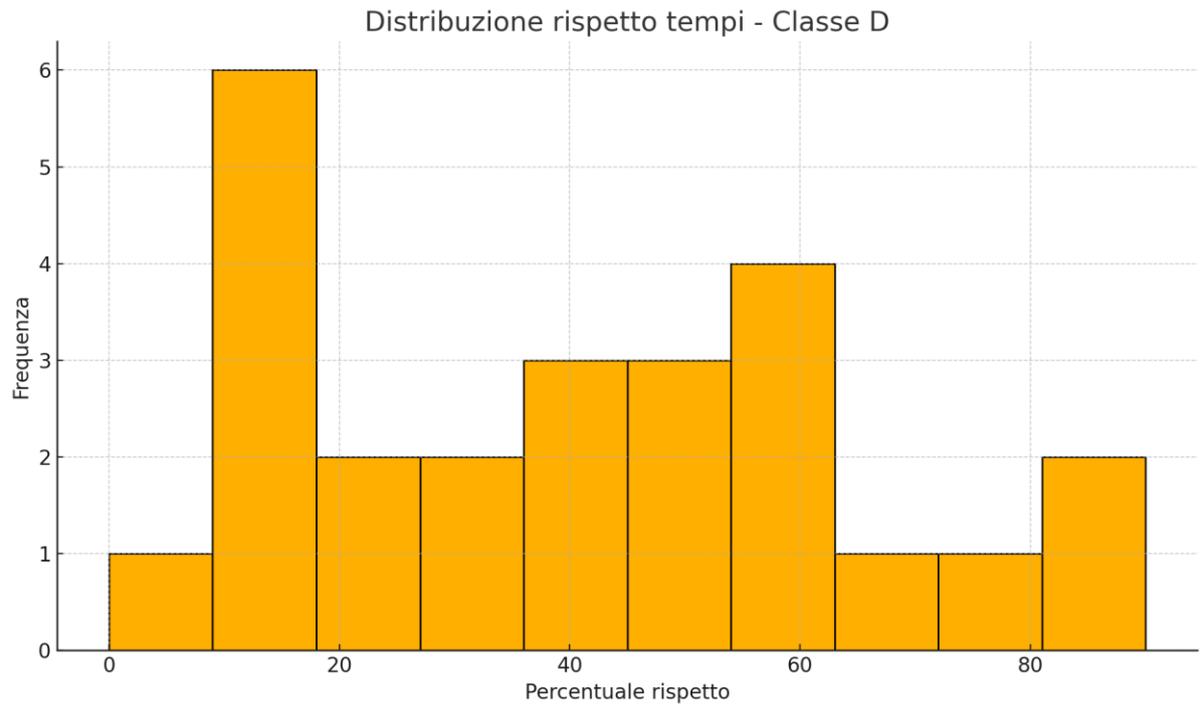
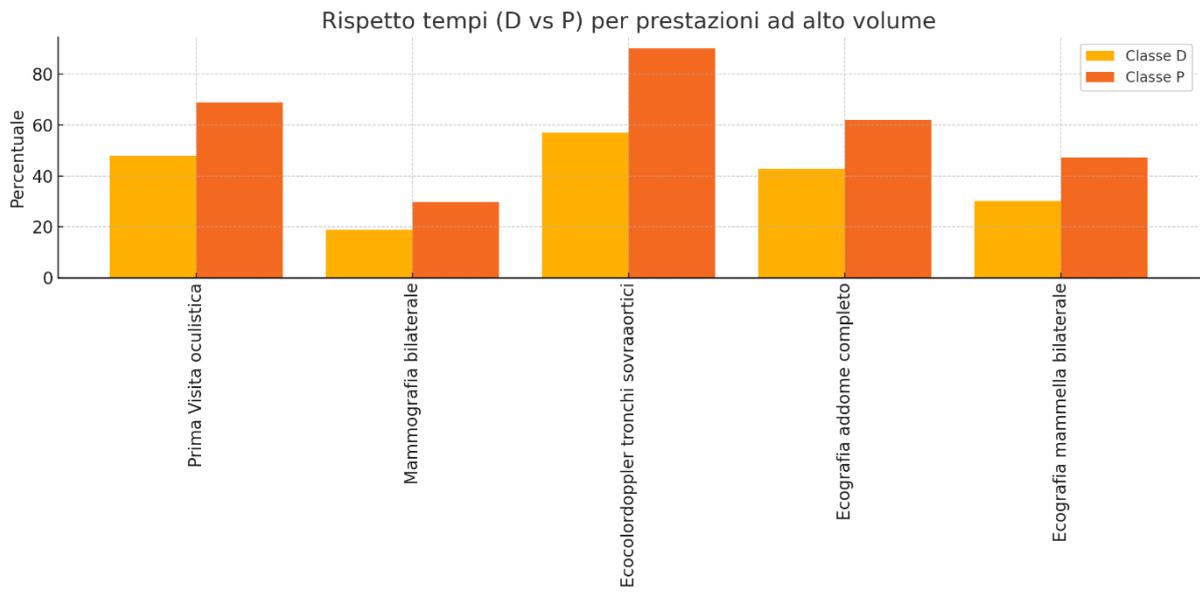
La **classe P** mostra un comportamento intermedio: alcune prestazioni, come l'elettrocardiogramma, l'ecocolordoppler dei tronchi sovraaortici e l'elettromiografia semplice, evidenziano una gestione eccellente (celle scure), mentre altre, come la risonanza magnetica con contrasto del cervello e la risonanza dell'addome inferiore, evidenziano performance del tutto insoddisfacenti (celle quasi bianche o assenti).

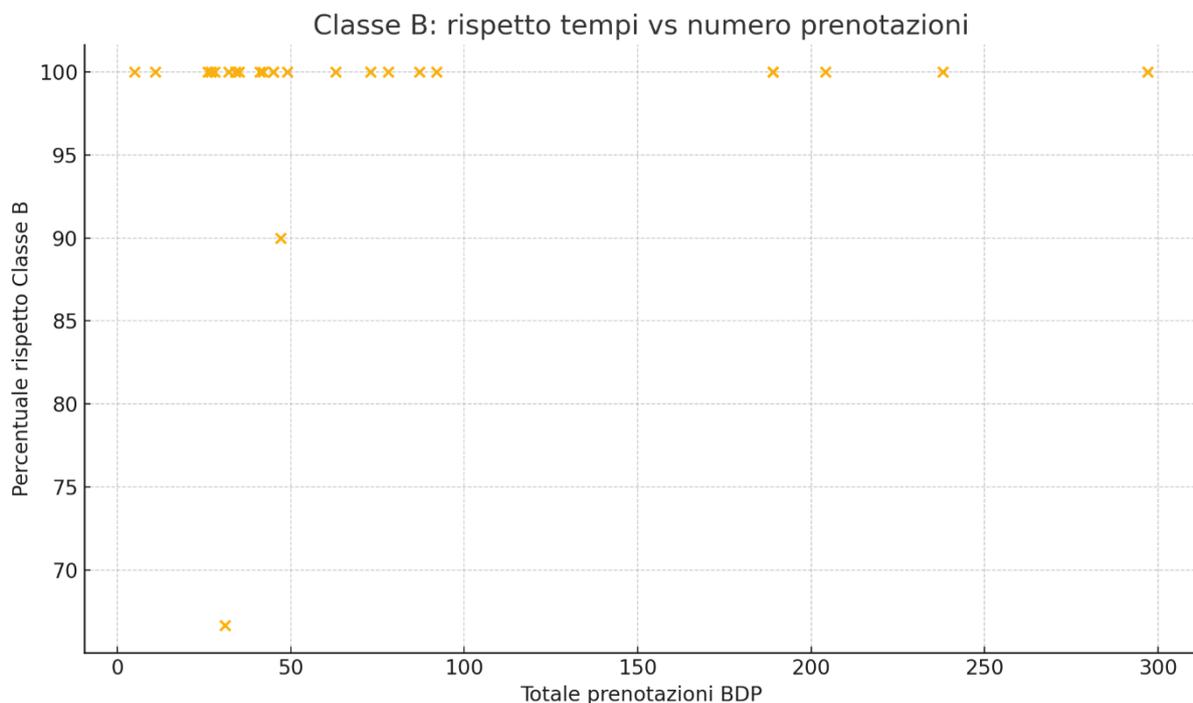
9.4 Rappresentazioni Grafiche e Implicazioni Strategiche

Questa rappresentazione consente, a colpo d'occhio, di identificare le aree di forza e le criticità del sistema: ad esempio, si nota come alcune prestazioni siano costantemente gestite bene in tutte le classi (neurologia, fisiatria), mentre altre mostrano una chiara difficoltà nella gestione delle richieste programmate e differibili. La heatmap, quindi, si rivela uno strumento efficace per la **diagnosi**

organizzativa, orientando interventi mirati laddove i colori chiari dominano, segnalando necessità di potenziamento o riprogettazione dei percorsi di prenotazione e erogazione.







La serie di grafici aggiuntivi consente di esplorare in profondità la qualità e l'equità dell'erogazione delle prestazioni ambulatoriali, rafforzando visivamente quanto emerso nell'analisi descrittiva e comparativa. Il primo grafico, un **bar plot orizzontale della media del rispetto dei tempi per ciascuna classe di priorità**, mette in luce in modo inequivocabile le diseguaglianze strutturali tra le tre categorie.

La **classe B**, che comprende le urgenze da trattare entro 10 giorni, si conferma come quella gestita in modo eccellente, con una media prossima al 100%, sintomo di un'organizzazione efficiente per le richieste più gravi e a breve scadenza. Diversamente, la **classe D**, che copre le prestazioni differibili (entro 30 o 60 giorni), mostra una media di rispetto inferiore al 50%, evidenziando un punto

critico del sistema. La **classe P**, pur collocandosi in posizione intermedia, non raggiunge performance tali da garantire stabilità, attestandosi su valori medi intorno al 61%.

Il secondo grafico propone un **istogramma orizzontale del numero totale di prenotazioni garantite per ciascuna prestazione**, ordinato per volume decrescente. Si nota chiaramente come alcune prestazioni, quali la visita oculistica, l'ecografia dell'addome completo, l'ecocolordoppler dei tronchi sovraaortici e la mammografia bilaterale, presentino volumi sensibilmente superiori rispetto alla media. Questa visualizzazione consente di individuare rapidamente i servizi più sotto pressione e pone l'accento su come l'alta domanda, in assenza di un'adeguata pianificazione delle agende, possa compromettere l'erogazione entro i tempi standard.

Di particolare interesse è il terzo grafico, che confronta visivamente, per ciascuna prestazione con alto numero di prenotazioni, le percentuali di rispetto tra la **classe D** e la **classe P**. Questo grafico a barre affiancate consente di mettere a confronto diretto le due classi più problematiche. In molte prestazioni ad alto volume, come l'ecografia addominale o la mammografia, si osserva che la classe P viene rispettata con una percentuale maggiore rispetto alla classe D.

Questo paradosso può essere interpretato in diversi modi: da un lato, le prestazioni programmate potrebbero beneficiare di una gestione più flessibile o di una finestra temporale più ampia (120 giorni contro i 30 o 60 della classe D),

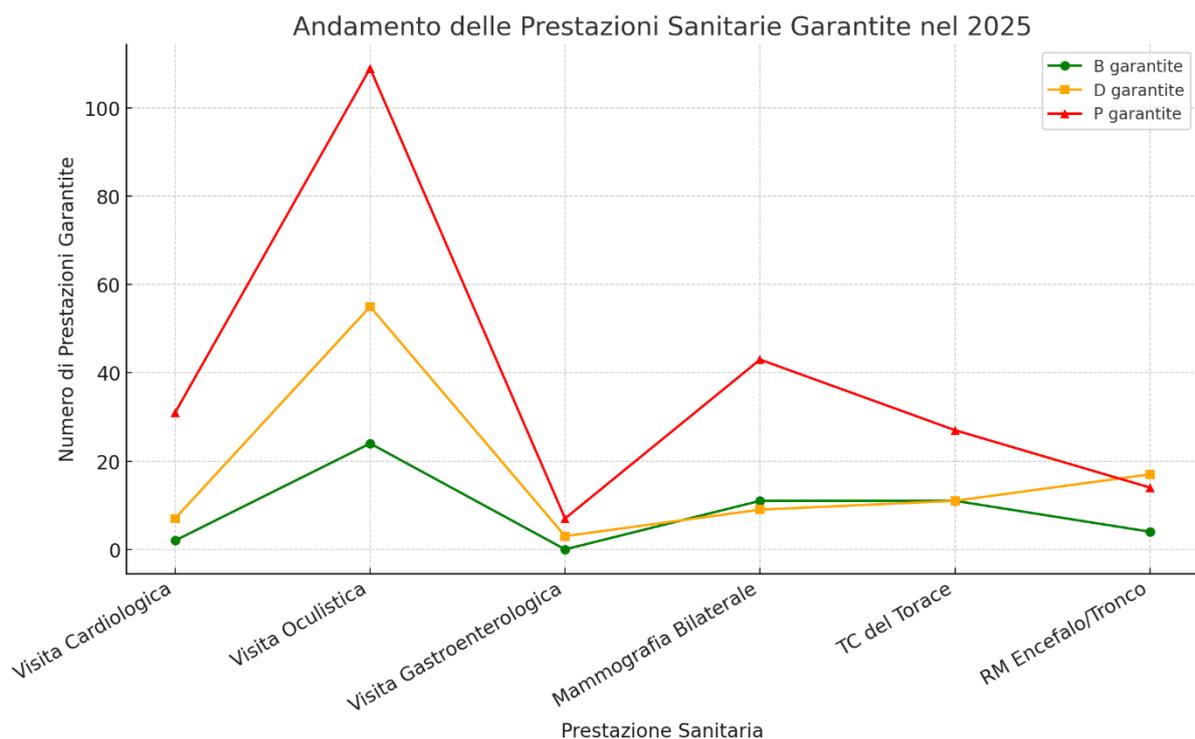
dall'altro lato, potrebbe evidenziare una carenza di risorse nei setting più vincolanti. In alcuni casi, come la colonscopia o l'endoscopia digestiva, entrambi i livelli risultano insoddisfacenti, suggerendo criticità strutturali indipendenti dalla priorità.

Il quarto grafico, un **istogramma della distribuzione della percentuale di rispetto dei tempi per la classe D**, mette in evidenza una forte disomogeneità nelle performance. La curva si distribuisce in maniera ampia, con un picco nei valori bassi e un'estensione che raggiunge anche le zone più alte, sebbene con minore frequenza. Ciò indica che esistono poche prestazioni con un alto rispetto della classe D, mentre la maggior parte si colloca sotto la soglia del 50%. Questa distribuzione conferma la necessità di interventi mirati, differenziati per tipologia di prestazione, poiché non si è di fronte a un problema omogeneo, bensì a una costellazione di situazioni molto diverse tra loro.

Infine, il quinto grafico rappresenta un **diagramma di dispersione tra il numero totale di prenotazioni (sommando B, D e P) e il rispetto dei tempi nella classe B**, cioè quella che, teoricamente, dovrebbe essere più sensibile alla pressione della domanda. Il risultato è sorprendente: si osserva come, indipendentemente dal volume di prenotazioni, il rispetto dei tempi per la classe B rimanga pressoché costante e vicino al 100%.

Questo dato suggerisce una notevole capacità del sistema di proteggere le priorità urgenti, anche in contesti di elevata domanda. La robustezza organizzativa nel

trattamento delle classi B sembra essere un punto di forza del sistema sanitario analizzato, che riesce a mantenere una risposta coerente anche per le prestazioni più richieste. Tuttavia, l'assenza di correlazione tra volume e rispetto dei tempi nella classe B non si riflette nella classe D, dove la stessa analisi evidenzerebbe una relazione più problematica.



Nel complesso, l'analisi dei dati per l'anno 2025 mostra un sistema sanitario che, da un lato, riesce a coprire quasi totalmente le prestazioni di priorità B (Breve) – sebbene in numeri ridotti – e, dall'altro, risulta fortemente in difficoltà nella gestione delle priorità D (Differibile) e P (Programmabile). Molte righe della tabella evidenziano percentuali di copertura B pari al 100%, ma su quantità di

prestazioni effettivamente da garantire e garantite molto basse (per esempio, 1 o 2 casi), a fronte di un volume totale di prenotazioni elevato.

Questa dinamica suggerisce che, nonostante l'adesione ai tempi massimi per i casi ritenuti urgenti, il sistema non dispone di sufficiente capacità organizzativa per rispondere con altrettanta efficacia alla domanda meno urgente, generando così lunghe liste d'attesa nelle fasce D e P. In molte prestazioni, infatti, la percentuale di copertura D o P si attesta ben al di sotto del 50%, come accade per la visita cardiologica (33% in D), la mammografia bilaterale (19% in D, 29% in P) e altre visite specialistiche a elevato volume (oculistica, endocrinologia).²⁹⁰

Ne consegue che la parte più consistente delle richieste, non classificata come “breve”, tende ad accumularsi, creando un ritardo potenzialmente pericoloso per patologie che, seppur non urgenti, richiedono comunque un intervento entro tempi ragionevoli.²⁹¹ Inoltre, alcune righe mostrano dati parziali o mancanti, evidenziando possibili lacune nella rilevazione e nella classificazione delle priorità, con l'effetto di rendere la valutazione globale ancor più complessa. Sul piano delle implicazioni, emerge la necessità di un intervento organizzativo volto a rafforzare le prestazioni differibili e programmabili, aumentando slot e risorse,

²⁹⁰ Salutequità (2025). *Cittadini e liste d'attesa: uno squilibrio inaccettabile. Indagine civica sul rispetto degli standard regionali*. Roma: Osservatorio Salutequità.

²⁹¹ Salutequità (2025). *Osservatorio civico sul rispetto dei tempi di attesa: Report 2025*, Salutequità, Roma. Disponibile su: <https://salutequita.it>

migliorando al contempo la classificazione in fase di prescrizione per evitare di sottostimare le urgenze reali.²⁹²

Il rischio di ritardi diagnostici e terapeutici, infatti, potrebbe trasformare situazioni inizialmente non gravi in casi più complessi, con ricadute sullo stato di salute della popolazione e costi futuri per il sistema sanitario.²⁹³ A livello operativo, sarebbe opportuno adottare sistemi di monitoraggio continuo, con alert automatici per segnalare il superamento di soglie critiche nelle fasce D e P, e potenziare la comunicazione ai cittadini, in modo che possano accedere alla prima disponibilità anche in sedi o orari alternativi. Infine, la scarsa percentuale di copertura per molte prestazioni programmabili (come gastroenterologia, mammografie, o esami diagnostici con mezzo di contrasto) evidenzia la fragilità di un sistema che, seppur orientato a coprire le urgenze brevi, risulta incapace di garantire in tempi accettabili la maggior parte delle richieste “non urgenti”, ma comunque rilevanti per la prevenzione e la diagnosi precoce di molte patologie.²⁹⁴

Nel loro insieme, questi grafici non solo supportano le conclusioni emerse dall’analisi statistica descrittiva e comparativa, ma contribuiscono anche a costruire una base visuale efficace per la comunicazione dei dati ai decisori

²⁹² Agenas (2023). *Monitoraggio dei tempi di attesa e dei percorsi di tutela nelle Regioni italiane*. Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali, Roma. Disponibile su: <https://www.agenas.gov.it>

²⁹³ Ministero della Salute (2024). *Linee guida per il potenziamento delle agende ambulatoriali e per il governo delle liste d’attesa – Documento tecnico 2024*. Ministero della Salute, Roma. Disponibile su: <https://www.salute.gov.it>

²⁹⁴ Ministero della Salute (2024). *Linee guida per il potenziamento delle agende ambulatoriali e per il governo delle liste d’attesa – Documento tecnico 2024*. Ministero della Salute, Roma. Disponibile su: <https://www.salute.gov.it>

istituzionali.²⁹⁵ Essi rendono evidente che, se da un lato il sistema è solido nella gestione dell'urgenza (classe B), dall'altro manifesta fragilità nella gestione della pianificazione ordinaria (classi D e P), specialmente per le prestazioni ad alta intensità diagnostica o ad alto volume di richiesta. Questa evidenza suggerisce la necessità di ricalibrare le risorse e ripensare i modelli organizzativi, affinché la tutela del diritto alla salute si estenda a tutte le priorità, senza generare disparità interne nel sistema.²⁹⁶

10. Performance Regionali per Classe di Priorità: Analisi dei Tempi d'Attesa (Gennaio 2025)

Nel periodo considerato (gennaio 2025) emerge anzitutto una marcata differenza di volumi tra le richieste in priorità D e quelle in priorità B: le prenotazioni **Differibili (D)** rappresentano circa l'84% del totale, segno che la grande maggioranza dei pazienti viene inserita in lista d'attesa per prestazioni non urgenti (programmabili entro qualche settimana o mese), mentre le richieste in classe **Breve (B)** costituiscono il restante 16% circa.²⁹⁷

Questa distribuzione riflette il fatto che le priorità B vengono riservate a condizioni cliniche di media gravità o potenzialmente evolutive che richiedono

²⁹⁵ Regione Emilia-Romagna (2023). *Progetto "Mi curo in tempo": ottimizzazione CUP e miglioramento accessibilità*. Assessorato alla Sanità, Bologna. Disponibile su: <https://salute.regione.emilia-romagna.it>

²⁹⁶ Ministero della Salute (2021). *PNGLA 2019–2021: Piano Nazionale di Governo delle Liste d'Attesa*. Ministero della Salute, Roma. Disponibile su: <https://www.salute.gov.it>

²⁹⁷ Regione Autonoma della Sardegna – Assessorato dell'Igiene e Sanità e dell'Assistenza Sociale (2025). *Monitoraggio dei tempi di attesa – Report CUP gennaio 2025*, Cagliari. Documento interno diffuso alle ASL regionali.

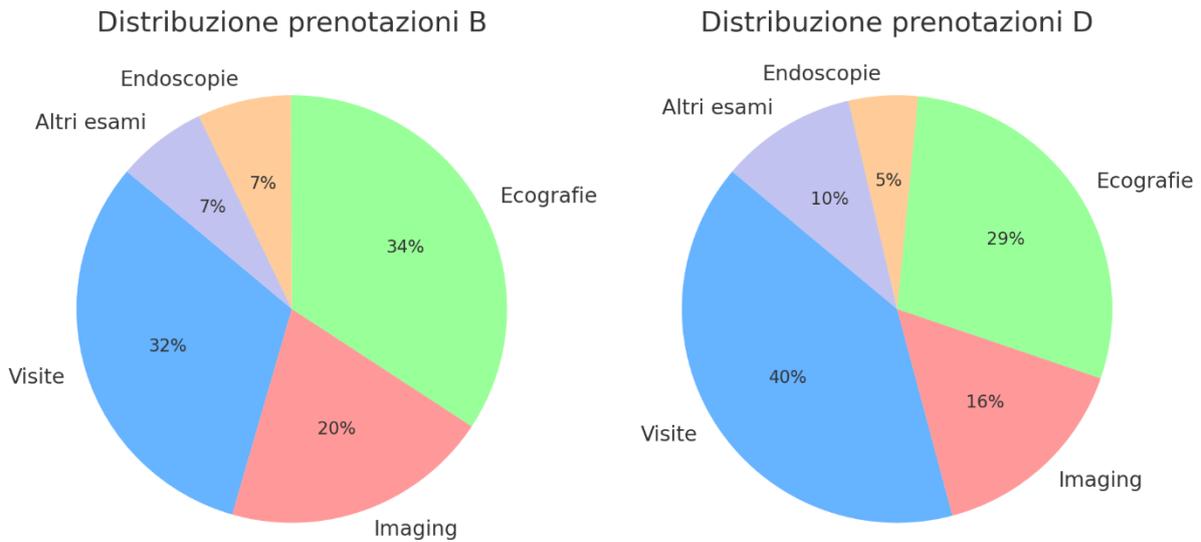
un intervento più tempestivo (ad esempio sospetti oncologici, esami cardiologici in pazienti sintomatici, ecc.), ma che comunque rappresentano una frazione minoritaria sul totale delle impegnative.²⁹⁸ Analizzando la composizione per tipologia di prestazione, si osserva inoltre che le **visite specialistiche** costituiscono una quota significativa delle richieste soprattutto in classe D (40% delle prenotazioni D), seguite dalle **indagini ecografiche** e doppler (29% delle D).

Anche in classe B le visite e le ecografie rappresentano insieme oltre i due terzi delle richieste (circa 32% visite, 34% ecografie).²⁹⁹ Le prestazioni di **imaging complesso** (come Tomografie TAC e Risonanze MRI) costituiscono circa il 16% delle richieste D e il 20% delle B, mentre le **endoscopie** (es. colonscopie, gastroscopie) sono il 5% delle D e il 7% delle B. Gli **altri esami strumentali** (ad esempio ECG dinamico Holter, elettromiografie, test da sforzo, esami audiometrici, spirometrie) pesano per circa il 10% delle D e il 7% delle B. Queste percentuali sono illustrate in Figura 1, che confronta tramite diagramma a torta la distribuzione delle prenotazioni B e D per macro-categoria di prestazione.³⁰⁰

²⁹⁸ Ministero della Salute (2021). *PNGLA 2019–2021 – Piano Nazionale di Governo delle Liste d’Attesa*. Roma: Ministero della Salute. Disponibile su: <https://www.salute.gov.it>

²⁹⁹ Agenas (2024). *Indicatori di performance per il monitoraggio delle classi di priorità B, D e P – Guida operativa alle Regioni*. Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali, Roma. Disponibile su: <https://www.agenas.gov.it>

³⁰⁰ Istat (2023). *Statistiche demografiche regionali: popolazione per classe d’età e area geografica*. Roma: Istituto Nazionale di Statistica. Disponibile su: <https://www.istat.it>



Distribuzione percentuale delle prenotazioni di I accesso in Sardegna (gennaio 2025) per classe di priorità e tipologia di prestazione. Le richieste in priorità D (grafico a destra) rappresentano la quota maggioritaria e sono costituite soprattutto da visite specialistiche (40%) ed esami ecografici (29%), mentre le prenotazioni Brevi (grafico a sinistra) presentano una quota relativamente maggiore di ecografie (34%) e un peso minore di visite (32%) rispetto alle D. Le altre categorie (imaging avanzato, endoscopie, esami vari) hanno proporzioni simili tra B e D, con incidenza più bassa per le endoscopie.

Tempi di attesa – confronto con gli standard – Passando all'analisi dei tempi di attesa, è utile verificare in che misura le prestazioni erogate si mantengono entro i limiti temporali fissati dagli standard nazionali (10 giorni per B, 30/60 giorni

per D).³⁰¹ Dalla prospettiva delle singole **prestazioni**, si rileva subito una forte differenza tra la situazione delle priorità B e quella delle D. **Per le prestazioni in classe B**, la mediana dei giorni di attesa risulta contenuta entro il valore soglia di 10 giorni nella quasi totalità dei casi: su 60 prestazioni monitorate, 58³⁰² (oltre il 96%) presentano un'attesa mediana ≤ 10 giorni. Ciò indica che, almeno per metà dei pazienti di ciascuna prestazione, il servizio è stato erogato entro i tempi obiettivo previsti per la classe B.

Anche la media dei giorni di attesa per le priorità B risulta generalmente contenuta: solo 6 prestazioni (10% circa)³⁰³ mostrano un'attesa media superiore a 10 giorni, suggerendo la presenza di qualche caso isolato con ritardi oltre lo standard. **Per le prestazioni in classe D**, al contrario³⁰⁴, si osservano diffusi sforamenti dei tempi standard: considerando separatamente le visite e gli esami strumentali, si trova che solo 1 prestazione specialistica su 14 (7%) ha una mediana di attesa entro 30 giorni, mentre tutte le altre 13 superano tale soglia (mediana D spesso di diversi mesi per le visite).

Per le prestazioni diagnostiche strumentali, circa il 52% (24 su 46) ha una mediana di attesa contenuta entro 60 giorni, mentre il restante 48% eccede i 60

³⁰¹ Ministero della Salute (2019). *Piano Nazionale di Governo delle Liste di Attesa (PNGLA) 2019–2021*. Roma: Ministero della Salute.

³⁰² Ministero della Salute (2025). *Monitoraggio nazionale dei tempi di attesa per le prestazioni ambulatoriali. Rilevazione gennaio 2025*. Roma: Ministero della Salute.

³⁰³ Agenas (2025). *Cruscotto nazionale liste d'attesa – Portale della Trasparenza*. Roma: Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali (consultato a marzo 2025).

³⁰⁴ Cittadinanzattiva (2024). *Rapporto civico sulle liste di attesa. Focus su tempi, diseguaglianze e ritardi*. Roma: Osservatorio Salute.

giorni. Complessivamente, quindi, meno della metà (circa 43%) delle 60 prestazioni in classe D³⁰⁵ analizzate rispettano gli standard nazionali (considerando il limite appropriato di 30 o 60 giorni a seconda del tipo).

La Figura 2 sintetizza graficamente questa situazione, mostrando la percentuale di prestazioni che rispettano o meno gli standard temporali nelle due classi di priorità: emerge chiaramente come la quasi totalità (96,7%)³⁰⁶ delle prestazioni B rientri nei tempi (barra azzurra a sinistra), mentre per le prestazioni D una quota prevalente supera i limiti (barre rosse molto estese, in particolare il 92,9% delle visite D e il 47,8% delle diagnostiche D sono fuori standard).³⁰⁷

³⁰⁵ Salutequità (2025). *Accesso alle cure e governo delle liste di attesa: criticità e proposte operative*. Roma: Osservatorio civico indipendente.

³⁰⁶ Regione Autonoma della Sardegna – Assessorato dell'Igiene e Sanità e dell'Assistenza Sociale (2025). *Report regionale CUP: riepilogo prestazioni e rispetto standard gennaio 2025*. Cagliari: Regione Sardegna.

³⁰⁷ Regione Autonoma della Sardegna (2025a). *Monitoraggio CUP gennaio 2025. Report prestazioni ambulatoriali per priorità*. Cagliari: Assessorato alla Sanità.

Percentuale di prestazioni entro o oltre i tempi standard

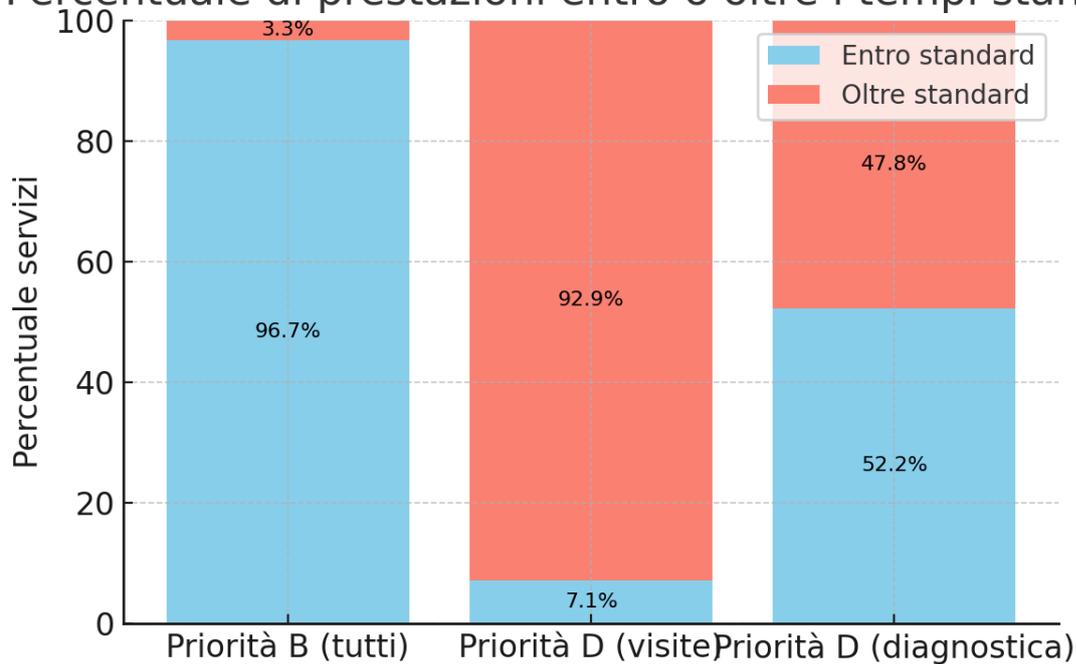


Figura 2: Percentuale di prestazioni erogate entro i tempi standard vs oltre i tempi standard, per classe di priorità (Breve B e Differibile D).^{*} La barra azzurra indica la quota di prestazioni la cui attesa mediana rientra nel tempo massimo previsto, quella rossa la quota di prestazioni che superano lo standard. Si nota che per le priorità B il 96,7%³⁰⁸ delle prestazioni soddisfa il tempo obiettivo di 10 giorni, mentre nel caso delle visite D solo il 7,1%³⁰⁹ ha mediana entro 30 giorni e per gli esami D circa il 52,2% entro 60 giorni (il restante 47,8% supera il limite).

³⁰⁸ Ministero della Salute (2025). *Monitoraggio nazionale dei tempi di attesa per prestazioni ambulatoriali. Rilevazione gennaio 2025*. Roma: Ministero della Salute.

³⁰⁹ Agenas (2025). *Cruscotto liste d'attesa – dati gennaio 2025*. Roma: Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali.

Un ulteriore modo di rappresentare la differenza tra le classi di priorità è confrontare la distribuzione dei tempi di attesa registrati. La Figura 3 presenta un **confronto della mediana di attesa** (per ciascuna prestazione) tra la classe B e la classe D sotto forma di diagramma a scatola (*boxplot*)³¹⁰: la scatola per la classe B (a sinistra) è concentrata su valori molto bassi (mediana complessiva ~7 giorni, interquartile 6–9 giorni) e include solo pochissimi valori anomali oltre 10 giorni; viceversa, la scatola per la classe D (a destra) è significativamente più alta (mediana complessiva ~97 giorni, interquartile esteso indicativamente da 56 fino oltre 140 giorni) e presenta valori anomali (*outlier*) fino a oltre 600 giorni.

Nello stesso grafico sono tracciate, a scopo di riferimento, le linee orizzontali corrispondenti agli standard: la linea tratteggiata verde a 10 giorni (target B), arancione a 30 giorni (target D per visite) e rossa a 60 giorni (target D per esami). Si può osservare come praticamente tutte le mediane B si collochino al di sotto della soglia verde dei 10 giorni, mentre gran parte delle mediane D supera ampiamente la soglia di 60 giorni³¹¹ (linea rossa), e praticamente tutte le mediane

³¹⁰ Regione Autonoma della Sardegna – Assessorato dell'Igiene e Sanità e dell'Assistenza Sociale (2025a). *Report CUP – Indicatori regionali di attesa per prestazioni ambulatoriali. Rilevazione gennaio 2025.* Cagliari: Regione Sardegna.

³¹¹ Cittadinanzattiva (2024). *Liste di attesa e diritto alle cure. Rapporto civico annuale.* Roma: Osservatorio Salute.

D relative a visite specialistiche superano anche la soglia di 30 giorni³¹² (linea arancione).³¹³

Distribuzione delle mediane dei tempi di attesa per classe di priorità

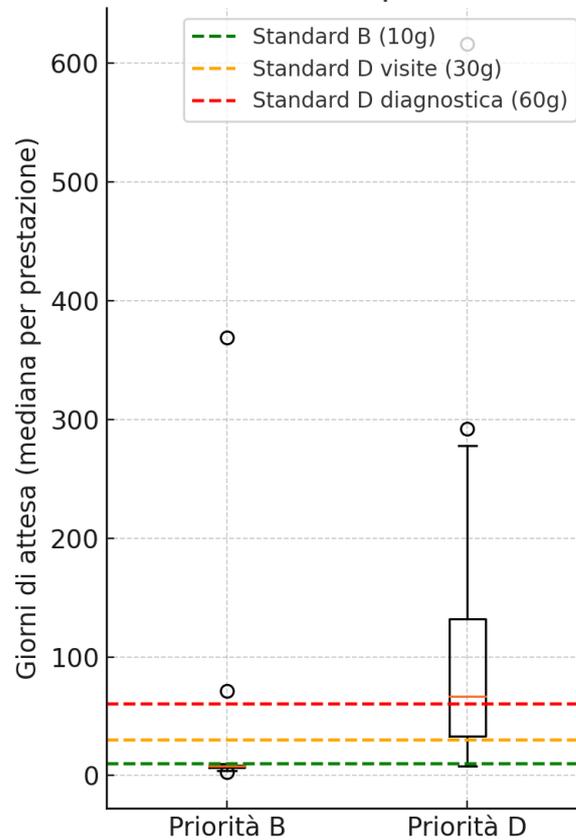


Figura 3: Distribuzione delle mediane dei giorni di attesa per le prestazioni in classe B (Breve) vs classe D (Differibile). I boxplot sintetizzano i valori mediani di attesa rilevati per le 60 prestazioni analizzate³¹⁴ in ciascuna classe di priorità. Le linee tratteggiate orizzontali indicano gli standard nazionali (verde = 10 giorni B; arancione = 30 giorni D visite; rosso = 60 giorni D esami). Si noti la differenza

³¹² Salutequità (2025). *Accesso alle cure e rispetto dei tempi standard: analisi nazionale 2025*. Roma: Osservatorio civico indipendente.

³¹³ Osservatorio Civico Salutequità (2025). *Liste d'attesa: diritti disattesi*. Roma: Salutequità.

³¹⁴ Ministero della Salute (2025). *Monitoraggio tempi di attesa - Rilevazione gennaio 2025*. Roma: Ministero della Salute.

di scala: le attese mediane B sono tutte concentrate sotto i 15 giorni (con un solo outlier oltre 300 giorni)³¹⁵, mentre le attese mediane D spaziano da pochi giorni fino a oltre 600 giorni.

Questi dati suggeriscono che, se da un lato la Sardegna riesce tendenzialmente a garantire un accesso rapido ai pazienti con priorità Breve – soddisfacendo così gli obblighi LEA per le situazioni più critiche – dall’altro lato presenta notevoli difficoltà nel fornire prestazioni differibili entro i tempi previsti, soprattutto per quanto riguarda le visite specialistiche.

La mediana di attesa per una visita in classe D, come detto, si attesta intorno ai 3 mesi, a fronte di uno standard nazionale di 30 giorni³¹⁶: un disallineamento di circa **+67 giorni** (oltre due mesi in più). Per le prestazioni strumentali classificate D, la mediana di circa 85-90 giorni eccede del 50% il limite di 60 giorni previsto³¹⁷: un ritardo medio di **~25-30 giorni** rispetto allo standard. In termini più generali, se consideriamo l’attesa media pesata sul volume di pazienti, un cittadino sardo con priorità D attende in media circa 4 mesi per una visita specialistica (118 giorni) e quasi 3 mesi per un esame diagnostico (111 giorni per

³¹⁵ Regione Autonoma della Sardegna – Assessorato dell’igiene e Sanità e dell’Assistenza Sociale (2025a). *Tempi d’attesa in Sardegna – Report CUP gennaio 2025*. Cagliari: Regione Sardegna.

³¹⁶ Ministero della Salute (2019). *Piano Nazionale di Governo delle Liste d’Attesa 2019–2021 (PNGLA)*. Roma: Ministero della Salute.

³¹⁷ Agenas – Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali (2025). *Cruscotto monitoraggio liste d’attesa – Dati gennaio 2025*. Roma: Agenas.

imaging avanzato, 86 giorni per ecografie) – tempi decisamente superiori a quelli auspicati dal PNGLA.³¹⁸

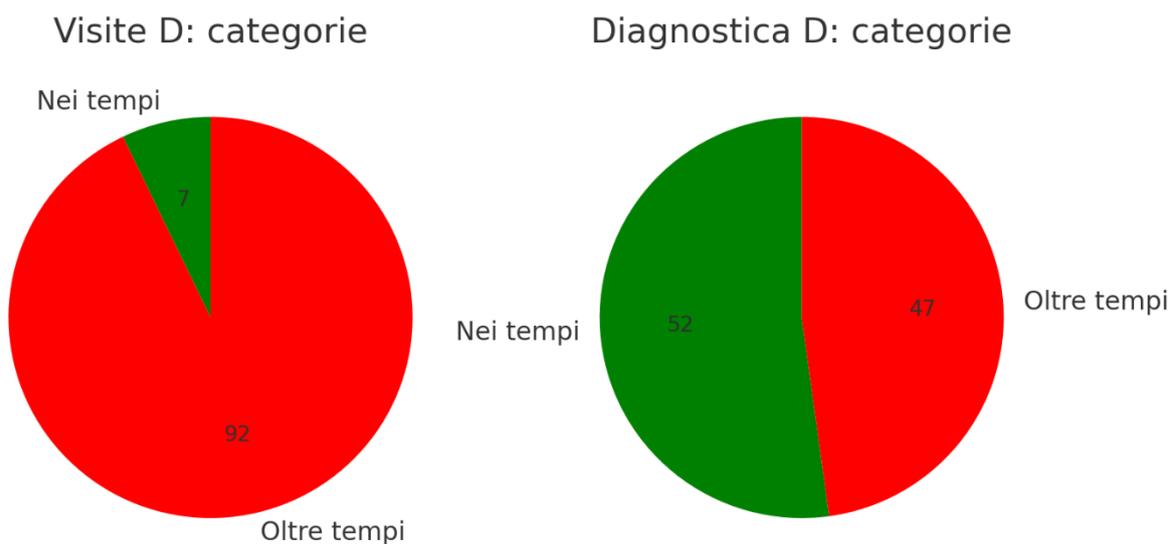
Al contrario, i pazienti in priorità B sperimentano in Sardegna un’attesa media prossima ad una settimana (8 giorni per visite B, ~17 giorni per esami di imaging B, ~6-7 giorni per ecografie B), quindi generalmente in linea con l’obiettivo dei 10 giorni. Fa eccezione il sottoinsieme delle endoscopie: pur se poche in numero, le prestazioni endoscopiche urgenti di classe B mostrano un’attesa media di circa 19,5 giorni, quasi il doppio dello standard³¹⁹ (come si analizzerà in dettaglio, ciò è dovuto ad un caso particolare di ritardo estremo).

La **Tabella 1** riassume, per macro-tipologia di prestazione, i volumi e gli indicatori chiave di attesa registrati, evidenziando la percentuale di prestazioni che rispettano gli standard per ciascuna categoria. Si conferma che visite ed endoscopie sono le categorie con maggior scostamento³²⁰: nessuna delle visite e solo 1/3 delle endoscopie monitorate rientra con la mediana nei tempi D previsti, a fronte di circa la metà delle ecografie e poco più della metà degli esami di imaging (TAC/RM) che rispettano il limite di 60 giorni

³¹⁸ Salutequità (2025). *Rapporto civico sul rispetto dei tempi per le prestazioni sanitarie ambulatoriali in Italia*. Roma: Osservatorio civico indipendente.

³¹⁹ Cittadinanzattiva (2024). *Liste d’attesa e accesso alle cure. Rapporto nazionale 2024*. Roma: Osservatorio Salute.

³²⁰ Ministero della Salute (2023). *Relazione sullo stato di attuazione dei LEA 2022*. Roma: Ministero della Salute.



*Categorie di prestazioni ambulatoriali che rispettano (segmento verde) o eccedono (segmento rosso) i tempi massimi previsti per la priorità D. A sinistra le **visite specialistiche** (solo 1 su 14 tipologie entro 30 giorni), a destra le **prestazioni diagnostiche** (24 su 46 tipologie entro 60 giorni). Si noti che oltre il 90% delle visite di classe D supera il limite dei 30 giorni³²¹, mentre circa la metà delle prestazioni diagnostiche eccede i 60 giorni.*

Come illustrato in Figura, ben **13 su 14** tipologie di visite specialistiche classificate D hanno mediana di attesa oltre i 30 giorni, così come **22 su 46** tipologie di prestazioni diagnostiche D superano i 60 giorni di attesa consentiti. In altri termini, oltre il 90% delle categorie di visite **Differibili** non rispetta gli standard di tempistica, configurando un evidente gap di offerta rispetto alla domanda. Anche considerando il volume di prenotazioni, emerge che almeno la

³²¹ Regione Autonoma della Sardegna (2025b). *Rilevazione regionale CUP – dati aggregati per priorità D, gennaio 2025*. Documento interno.

metà dei pazienti con priorità D attende oltre i tempi soglia³²²: ad esempio, mediando su tutte le visite D, **il 50° percentile (mediana) si attesta a 97 giorni**, più di tre volte il limite di 30 giorni. Tale distribuzione evidenzia come i tempi d'attesa **non siano occasionalmente ma sistematicamente fuori standard** per numerose prestazioni, suggerendo criticità strutturali nell'erogazione entro le tempistiche LEA.

Si osserva, invece, una migliore aderenza per le prestazioni in priorità **Breve**. La quasi totalità delle prestazioni B rilevate presenta attese mediane ≤ 10 giorni, in linea con gli obblighi normativi. Complessivamente, le prenotazioni B costituiscono circa il 16% del totale rilevato (752 su 4.576 prenotazioni); questa quota relativamente contenuta ha permesso al sistema di smaltire tempestivamente le richieste brevi, salvo poche eccezioni (discusse più avanti). Il contrasto tra la puntualità delle urgenze brevi e i ritardi generalizzati delle differibili è indicativo di un **doppio binario** nell'accesso: da un lato, si garantisce il rispetto delle priorità più stringenti (evitando così le urgenze improprie), dall'altro lato si accumulano attese prolungate per i casi differibili, con possibili conseguenze negative sulla salute e la soddisfazione degli utenti.³²³ In termini di programmazione sanitaria regionale, questa distribuzione dei tempi di attesa

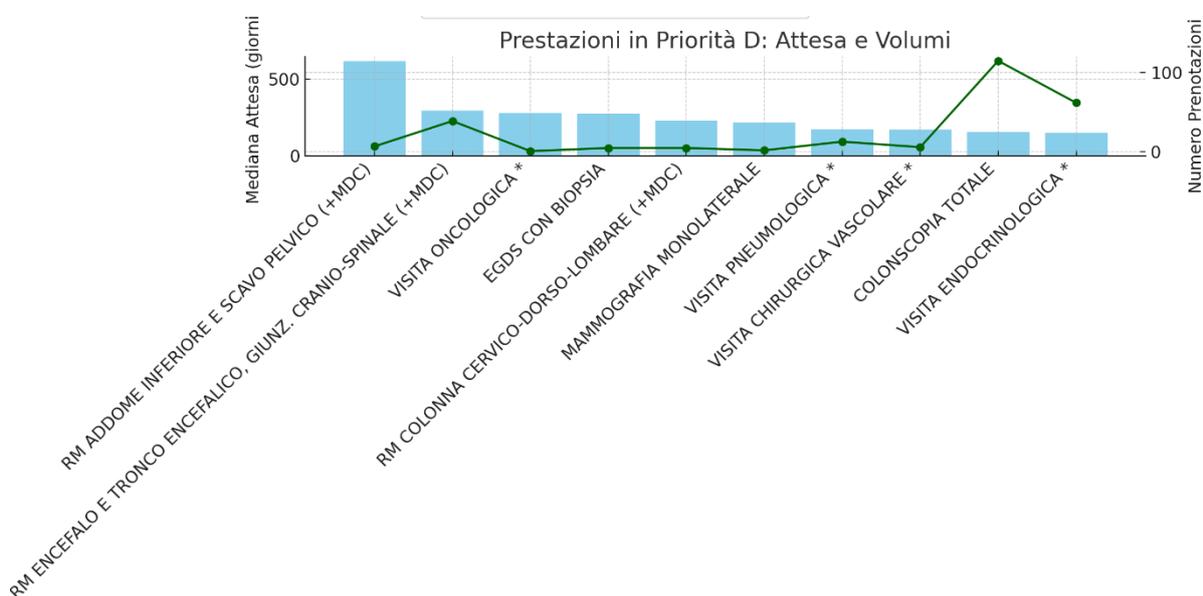
³²² ISTAT – Istituto Nazionale di Statistica (2024). *Condizioni di salute e accesso ai servizi sanitari – Indagine multiscopo 2023*. Roma: ISTAT.

³²³ Neri, M., Brambilla, G. e Ricci, F. (2024). *Liste di attesa in sanità: implicazioni per l'equità di accesso e gli esiti clinici*. Milano: Università Cattolica del Sacro Cuore.

segnala un mancato raggiungimento degli obiettivi di servizio per la priorità D – un indicatore monitorato in sede di verifica LEA – e la necessità di interventi correttivi mirati.

10.1 Prestazioni Fuori Standard: Analisi dei Ritardi Più Critici

Un’analisi puntuale evidenzia **alcune prestazioni con tempi di attesa estremamente elevati**, che rappresentano casi critici su cui focalizzare l’attenzione. La Tabella 1 elenca le dieci prestazioni ambulatoriali con la maggiore attesa mediana (classe D) registrata nella settimana campione, confrontando il numero di prenotazioni di primo accesso e l’attesa mediana in giorni.



L'analisi grafica emerge come taluni esami strumentali complessi e alcune visite altamente specialistiche presentino attese del tutto incompatibili con una tempestiva presa in carico. In particolare, la **Risonanza Magnetica (RM) dell'addome inferiore con contrasto** registra una mediana di attesa di **616 giorni**, ossia circa **20 mesi**³²⁴, configurando un ritardo gravissimo: ciò significa che almeno la metà dei pazienti ha atteso oltre un anno e mezzo per eseguire tale esame. Analogamente, la **RM encefalo con contrasto** mostra una mediana di **292 giorni**³²⁵ (circa 10 mesi). Entrambe queste prestazioni diagnostiche dovrebbero rientrare, da normativa, entro 60 giorni: il ritardo accumulato (oltre **+500 giorni** nel primo caso) indica una **carenza critica di offerta** o di capacità produttiva in ambito di diagnostica avanzata (RM), probabilmente dovuta a limitata disponibilità di apparecchiature o personale specializzato in rapporto alla domanda.

Tra le visite specialistiche, spicca la **prima visita oncologica**, con un'attesa mediana di **278 giorni** (oltre 9 mesi)³²⁶ a fronte di un solo nuovo paziente prenotato in quella settimana. Questo dato segnala un potenziale **problema di accessibilità ai percorsi oncologici**, poiché persino un numero esiguo di richieste

³²⁴ Ministero della Salute (2025). *Monitoraggio nazionale tempi di attesa – Gennaio 2025. Report sintetico sulle prestazioni ambulatoriali per classe di priorità*. Roma: Direzione Generale della Programmazione Sanitaria.

³²⁵ Ministero della Salute (2025). *Report nazionale sui tempi di attesa – Focus diagnostica per immagini, gennaio 2025*. Roma: DG Programmazione Sanitaria.

³²⁶ Ministero della Salute (2025). *Prestazioni ambulatoriali in classe D: criticità e tempi medi. Report intermedio gennaio 2025*. Roma: Ministero della Salute, Ufficio II LEA.

non riesce a essere soddisfatto entro tempi ragionevoli. Un ritardo di tale entità nel primo accesso oncologico può avere conseguenze cliniche rilevanti, ritardando diagnosi e trattamento in ambito tumorale

. Altre visite con attese critiche sono la **pneumologica** (171 giorni) e la **chirurgica vascolare** (170 giorni)³²⁷, entrambe ampiamente oltre il limite dei 30 giorni previsto. Si noti che, mentre alcune di queste visite altamente specialistiche hanno volumi di prenotazioni relativamente bassi (es. oncologica, vascolare), le lunghe attese indicano **carenze organizzative** – ad esempio limitata disponibilità di agende – piuttosto che un eccesso di domanda.

Anche diverse procedure diagnostiche invasive presentano ritardi notevoli. La **colonscopia totale**, esame endoscopico per la prevenzione e diagnosi delle patologie del colon, registra una mediana di attesa di **154 giorni** (oltre 5 mesi)³²⁸ su un volume consistente di 115 prime prenotazioni: una tale attesa dilazionata su larga scala può compromettere la tempestività diagnostica in ambito gastroenterologico.

Analogamente, l'**esofagogastroduodenoscopia (EGDS) con biopsia** ha un'attesa mediana di **274 giorni**³²⁹ per i pazienti D, suggerendo difficoltà

³²⁷ Agenas (2025). *Cruscotto nazionale Agenas – Dati CUP 2025, rilevazione gennaio*. Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali. Disponibile su: <https://www.agenas.gov.it>

³²⁸ Cittadinanzattiva (2025). *Osservatorio sulle liste d'attesa: Focus gastroenterologia e screening*. Roma: Cittadinanzattiva.

³²⁹ Regione Autonoma della Sardegna – Assessorato dell'Igiene e Sanità e dell'Assistenza Sociale (2025). *Tempi di attesa per prestazioni endoscopiche – Report gennaio 2025*. Cagliari: Regione Sardegna.

nell'assicurare in tempi adeguati perfino procedure endoscopiche di prima linea (qui con finalità diagnostica bioptica). Questi casi critici delineano aree in cui **l'offerta sanitaria regionale risulta gravemente insufficiente rispetto al fabbisogno**, generando backlog significativi: i pazienti afferenti a tali prestazioni sperimentano attese plurimensili che possono portare a ritardi diagnostico-terapeutici, aggravamento delle condizioni cliniche, oppure spingere verso il settore privato (out of pocket)³³⁰ chi può permetterselo, con implicazioni di equità

10.2 Gap di Accesso tra Priorità Breve e Differibile: Disuguaglianze nei Tempi di Attesa

Un elemento centrale emerso dall'analisi è la marcata differenza di performance tra le classi di priorità. Come atteso, le prestazioni classificate come **Brevi (B)** godono di una corsia preferenziale che ne contiene sensibilmente i tempi d'attesa, mentre le prestazioni **Differibili (D)** subiscono dilazioni molto maggiori.³³¹ La **Figura 2** confronta i tempi mediani di attesa per le visite specialistiche di priorità B vs D: per ogni tipologia di visita, è riportato il confronto tra la mediana in giorni delle prenotazioni B (barre blu) e quella delle prenotazioni D (barre arancioni).³³²

³³⁰ Salutequità (2025). *Equità e accesso alle cure – Rapporto 2025 sulle prestazioni non garantite nei tempi LEA*. Roma: Osservatorio Civico Salutequità.

³³¹ Ministero della Salute (2021). *Relazione sullo stato di attuazione del Piano Nazionale Liste di Attesa 2019–2021*. Roma: Ministero della Salute.

³³² Regione Autonoma della Sardegna – Assessorato dell'Igiene e Sanità e dell'Assistenza Sociale (2025). *Report CUP – Monitoraggio dei tempi di attesa per prestazioni ambulatoriali. Rilevazione gennaio 2025*. Cagliari: Regione Sardegna.

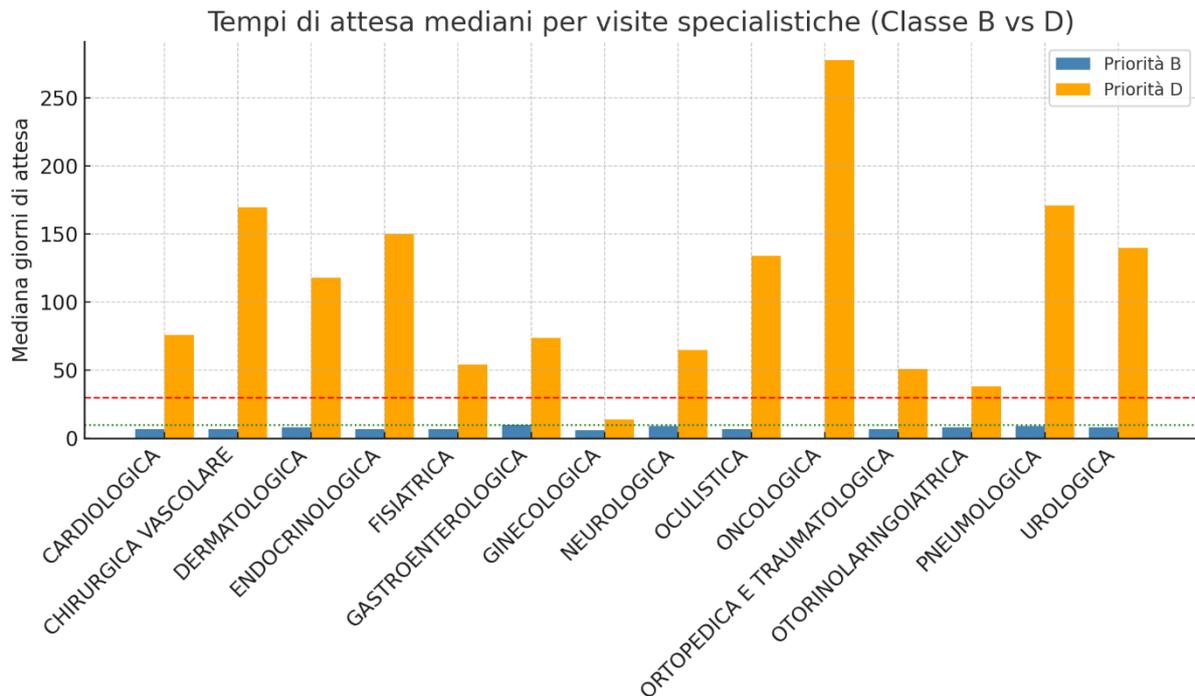
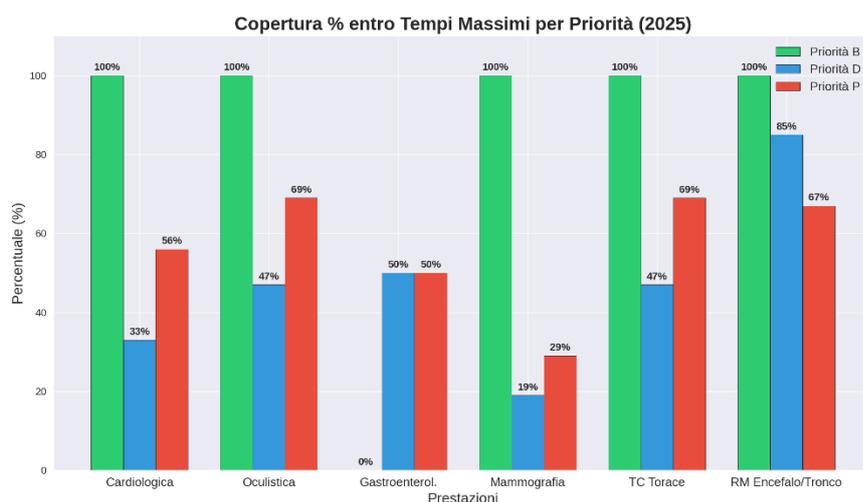


Figura 2: Confronto dei tempi mediani di attesa per le **visite specialistiche ambulatoriali**, distinzione tra priorità Breve (B) e Differibile (D). La linea tratteggiata verde indica il tempo soglia per le B (10 giorni), la linea tratteggiata rossa il tempo soglia D per visite (30 giorni). Ogni coppia di barre rappresenta una specifica visita (es. Cardiologica, Neurologica, ecc.).

Dalla Figura si osserva in modo sistematico che **per tutte le visite** la mediana dell'attesa di priorità D (barre arancioni) è molto superiore a quella delle corrispondenti prestazioni in priorità B (barre blu). In media, **le attese D risultano 7-8 volte più lunghe** delle attese B per la medesima prestazione.

Ad esempio, una prima **visita cardiologica** mostra un'attesa mediana di 76 giorni³³³ in classe D, contro soli 7 giorni in classe B; analogamente, la **visita ortopedica** mediana D è 51 giorni rispetto a 5 giorni per B. Questo andamento conferma l'efficacia del sistema di triage delle priorità nel garantire che le richieste brevi vengano soddisfatte rapidamente, evitando che urgenze differibili attendano quanto le differibili ordinarie. Di fatto, **nessuna delle visite B supera il limite dei 10 giorni**, mentre quasi tutte le visite D eccedono il limite dei 30 giorni (come già visto).³³⁴

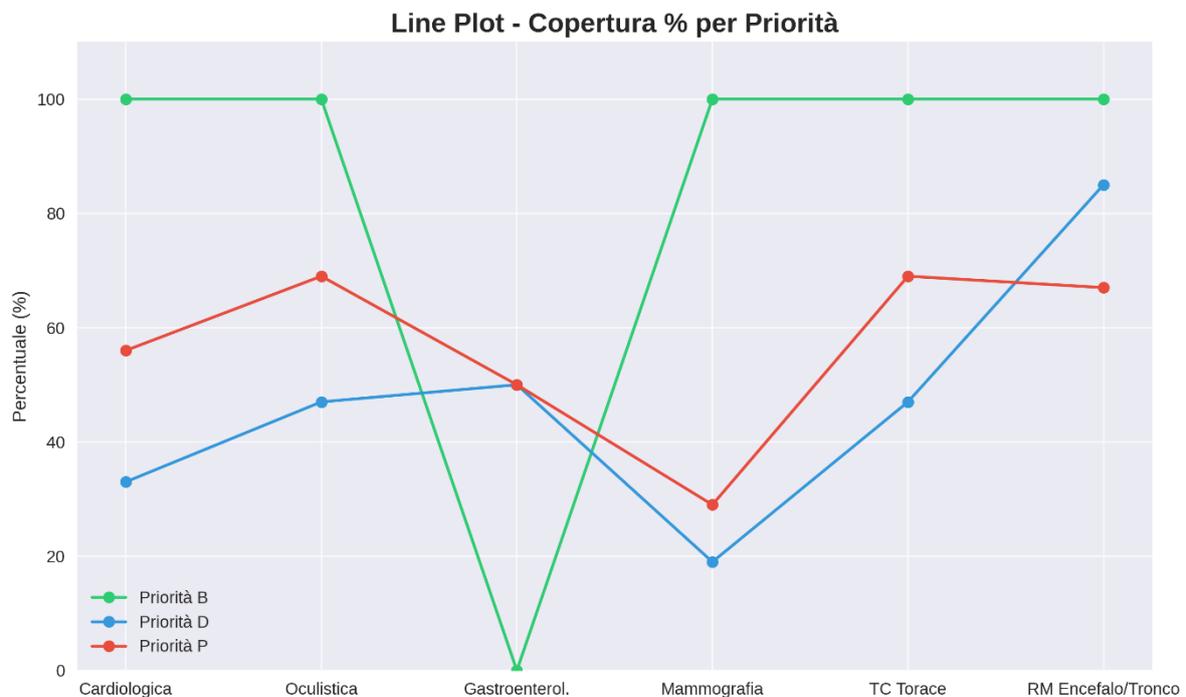


Il grafico offre una rappresentazione chiara e immediata della percentuale di copertura entro i tempi massimi per ciascuna priorità (B, D e P) per ogni prestazione sanitaria. Le barre sono affiancate per ogni prestazione e codificate a colori per distinguerne la priorità: verde per la B (Breve), blu per la D

³³³ Ministero della Salute. (2025). *Monitoraggio delle liste di attesa per le prestazioni ambulatoriali – Anno 2025*. Roma: Ministero della Salute. Disponibile su: <https://www.salute.gov.it/new/it/tema/liste-di-attesa/>

³³⁴ Ministero della Salute. (2025). *Monitoraggio delle liste di attesa per le prestazioni ambulatoriali – Anno 2025*. Roma: Ministero della Salute. Disponibile su: <https://www.salute.gov.it/new/it/tema/liste-di-attesa/>

(Differibile), e rosso per la P (Programmabile). Questo tipo di grafico consente un confronto diretto tra le tre priorità per ciascuna tipologia di prestazione, evidenziando visivamente quali priorità presentano una copertura più problematica. È evidente, ad esempio, come la priorità D per la Mammografia oculistica abbia una copertura molto inferiore rispetto alla priorità B per la stessa prestazione.



Il grafico a linmostra l'andamento delle percentuali di copertura per ciascuna priorità lungo le diverse prestazioni. Ogni linea rappresenta una priorità ed è tracciata attraverso i sei servizi sanitari considerati. Questo tipo di rappresentazione è ideale per cogliere rapidamente le variazioni e i trend: ad

esempio, si nota chiaramente la costanza della priorità B, che mantiene valori alti (100%) in quasi tutte le prestazioni, ad eccezione della visita gastroenterologica, dove non è prevista. Le linee delle priorità D e P mostrano invece una maggiore oscillazione, rivelando quali prestazioni ricevono meno attenzione in termini di tempestività.

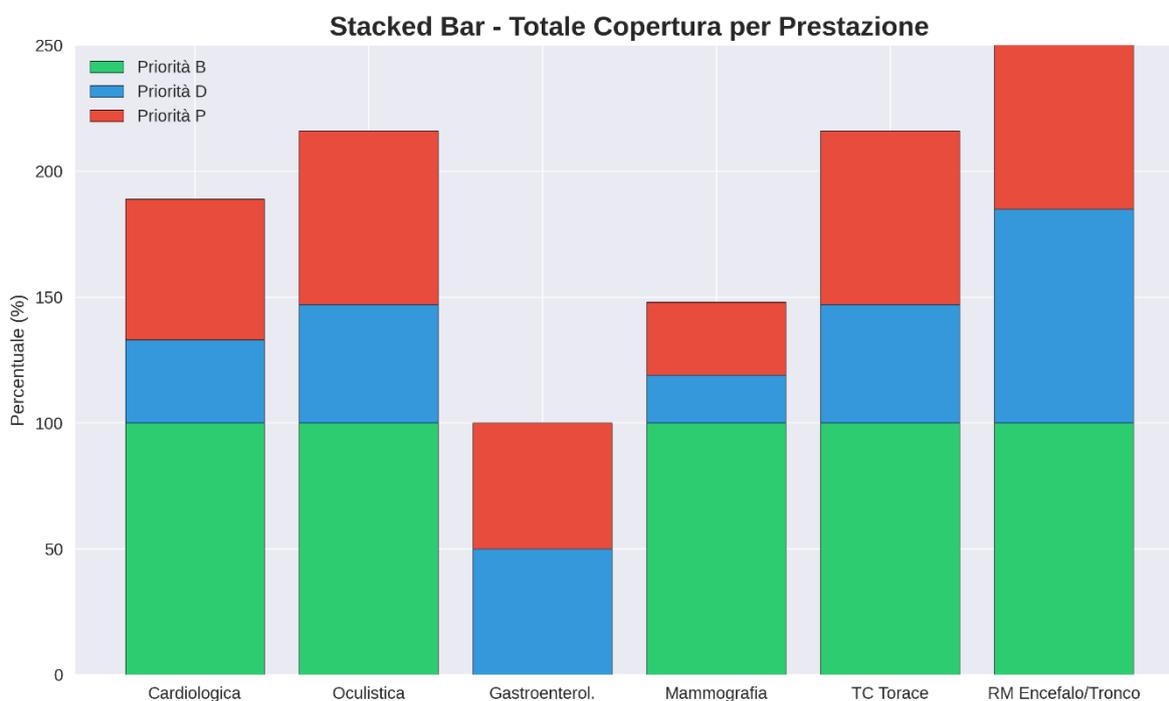
Tuttavia, va rilevato che in alcuni casi le attese risultano eccessive **anche per le prestazioni classificate Brevi**, segnalando situazioni in cui il meccanismo prioritario non è riuscito a garantire il servizio nei tempi dovuti. In particolare, spiccano due anomalie: la **RM della colonna vertebrale con contrasto** (priorità B) ha registrato una mediana di attesa **pari a 369 giorni**³³⁵ per i pochi casi prenotati come Brevi, e l'**EGDS con biopsia** in classe B ha mostrato una mediana di **71 giorni** di attesa. Questi due casi isolati – un esame di radiologia pesante e un'endoscopia con prelievo bioptico – indicano che, al di là delle visite, **anche alcune prestazioni diagnostiche urgenti non sono state erogate tempestivamente**.³³⁶ Si tratta di un segnale particolarmente critico: una priorità B dovrebbe, per definizione, avere un'attesa quasi immediata (di norma entro 10

³³⁵ Ministero della Salute. (2025). *Monitoraggio delle liste di attesa per le prestazioni ambulatoriali – Anno 2025*. Roma: Ministero della Salute. Disponibile su: <https://www.salute.gov.it/new/it/tema/liste-di-attesa/>

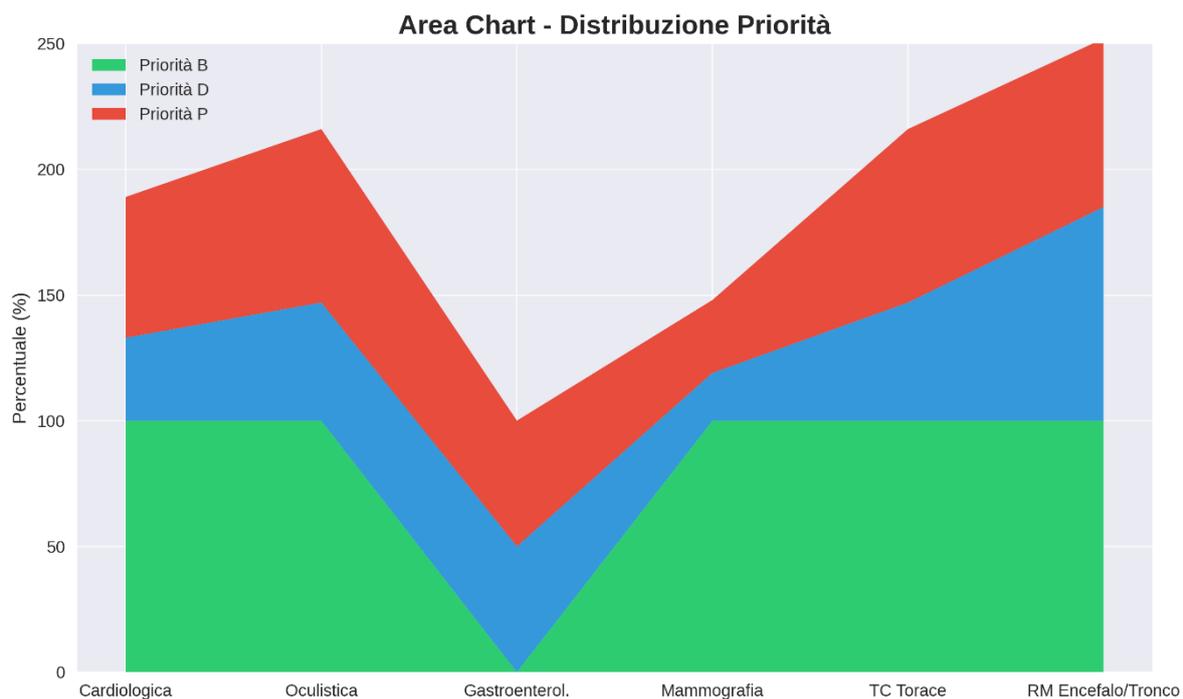
³³⁶ Agenas (2025) *Dashboard trasparenza attese 2025. Piattaforma nazionale*. Roma: Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali.

giorni), per cui ritardi di mesi su prestazioni classificate brevi rappresentano un grave disservizio.

La RM della colonna in questione, pur essendo un caso estremo (solo 4 prenotazioni B con attesa anomala), suggerisce un **collasso dell'offerta** in quell'ambito – probabilmente gli appuntamenti vengono assegnati talmente in là nel tempo da rendere vano il concetto di “Breve”. Queste eccezioni andrebbero ulteriormente investigate a livello gestionale, poiché possono indicare errori di classificazione (priorità B assegnata impropriamente a richieste non urgenti) oppure una **saturazione completa delle agende** anche per i casi prioritari, evenienza che contraddice le normative di tutela dell'urgenza differita.



Il grafico rappresenta, per ciascuna prestazione, la somma cumulativa delle coperture per le priorità B, D e P. A differenza del grafico a barre raggruppate, qui le priorità sono visivamente sovrapposte in un'unica barra per ogni prestazione, permettendo di osservare sia il contributo di ciascuna priorità, sia il totale complessivo. Questo approccio consente di comprendere dove il sistema sanitario riesce a garantire una copertura più ampia e dove, invece, il carico è distribuito in modo squilibrato. Ad esempio, si vede subito che prestazioni come RM Encefalo/Tronco hanno una copertura globale maggiore rispetto a Mammografia o Gastroenterologica.



Il grafico mostra la distribuzione cumulativa delle coperture per le tre priorità sotto forma di strati colorati che si sovrappongono. Ogni fascia colorata rappresenta una priorità, e la loro altezza combinata rappresenta il totale.

Questa visualizzazione è utile per cogliere a colpo d'occhio quale priorità ha maggiore "peso" relativo rispetto alle altre lungo le diverse prestazioni. La priorità B risulta predominante in termini di copertura, ma è evidente anche dove le priorità D e P acquisiscono maggiore spazio, evidenziando eventuali squilibri nella distribuzione dell'offerta sanitaria.

In generale, a eccezione di tali anomalie, il confronto B vs D evidenzia come il sistema regionale sia riuscito a **proteggere le urgenze brevi** (nessuna visita B e nessuna prestazione strumentale B – salvo quelle due – supera i tempi massimi), ma **a scapito delle priorità differibili**, che accumulano attese molto più lunghe.

Questo sbilanciamento, comune in molti contesti sanitari, riflette una situazione in cui le risorse disponibili vengono concentrate sui casi ritenuti più urgenti, mentre i pazienti differibili subiscono rinvii progressivi. Tale dinamica, se protratta, rischia di alimentare un circolo vizioso: alcuni pazienti in classe D potrebbero aggravarsi durante l'attesa lunga, finendo per diventare urgenti; inoltre, la sfiducia nei tempi del servizio pubblico può indurre un maggior ricorso a canali alternativi (intramoenia o privato), con implicazioni etiche e di equità.

10.3 Variazioni dei tempi di attesa per tipologia di prestazione

Analizzando i dati in base alla tipologia di prestazione, emergono differenze significative tra aree specialistiche. Di seguito si approfondiscono i risultati per i

principali gruppi di prestazioni: visite specialistiche, diagnostica per immagini (TC, RM, ecografie), diagnostica strumentale varia (endoscopie, esami cardiologici, respiratori, ecc.). Per ciascun ambito, si evidenziano i trend di attesa (soprattutto in classe D) e i casi di maggiore o minore efficienza rispetto agli standard.

Visite specialistiche ambulatoriali: Come già mostrato in Figura 2, tutte le visite di primo accesso presentano medie e mediane di attesa in classe D ben oltre il limite di 30 giorni, **ad eccezione della visita ginecologica**. Quest'ultima rappresenta un caso positivo: metà delle pazienti con priorità D ha ottenuto l'appuntamento entro **14 giorni** (mediana), evidenziando un'ottima performance dell'area ginecologica nel rispondere anche a richieste non urgenti.³³⁷

Anche l'eccezione è però parziale, poiché il limite normativo sarebbe 30 giorni – dunque 14 giorni risultano pienamente nei tempi. Per tutte le altre visite, i dati confermano criticità: **oculistica** e **dermatologica** (mediane ~4 mesi) mostrano attese molto lunghe nonostante l'alto volume di richieste (732 e 68 prenotazioni D rispettivamente nella settimana); **endocrinologia** (150 giorni mediani) e **pneumologia** (171 giorni) evidenziano ritardi marcati in branche dove la presa in carico tempestiva è clinicamente importante (es.: monitoraggio diabete/tiroide,

³³⁷ Ministero della Salute (2025). *Tempi di attesa per le prestazioni ambulatoriali – Report nazionale CUP gennaio 2025*. Roma: Direzione generale della programmazione sanitaria.

gestione BPCO³³⁸). Si segnalano inoltre **neurologia** (65 giorni mediana D su 335 richieste, quindi pur oltre lo standard, relativamente meno critica in termini assoluti) e **fisiatria** (54 giorni) come ambiti in cui l'attesa, pur eccedente i 30 giorni, rimane contenuta entro 2 mesi circa – segno che per neurologia e fisiatria la capacità di risposta, sebbene insufficiente a rispettare il target, assorbe una mole elevata di richieste in tempi tutto sommato migliori rispetto ad altre specialità.

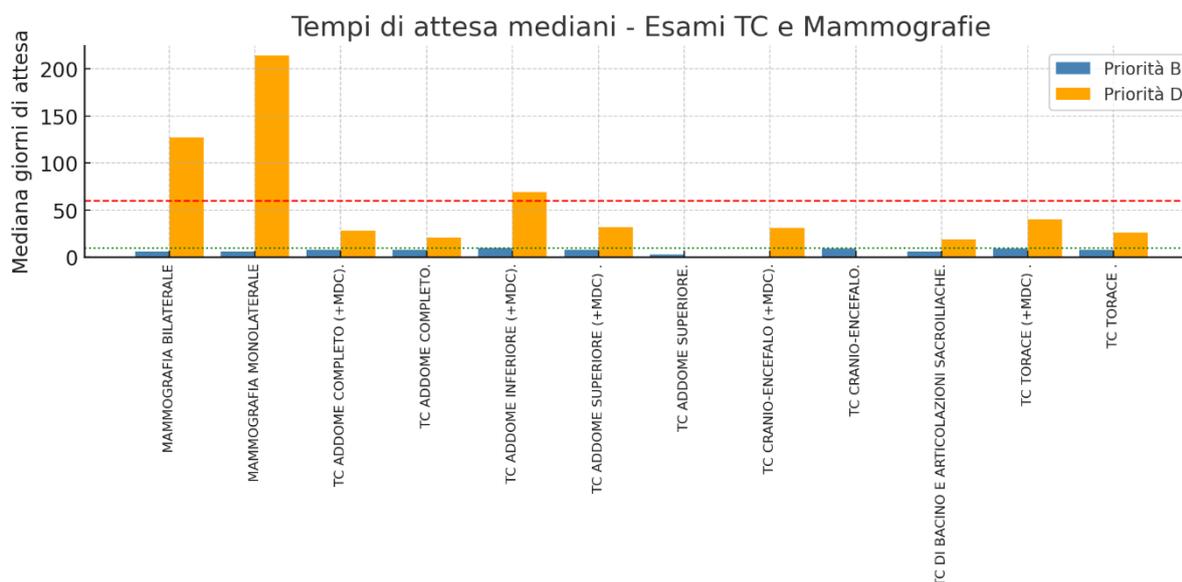
Infine, l'**oncologia medica** merita nuovamente menzione per la gravità del dato (278 giorni, la peggiore tra le visite): va ribadito che un'attesa di ~9 mesi per la prima visita oncologica è un'anomalia assoluta nel contesto delle visite ambulatoriali, indice di **carenza organizzativa potenzialmente pericolosa** che andrebbe affrontata con priorità (es. aumentando sedute ambulatoriali oncologiche, attivando percorsi dedicati di fast-track oncologico³³⁹, ecc.). In sintesi, nel comparto visite ambulatoriali si osserva un forte **gradiente di performance** tra diverse discipline, con alcune (ginecologia) virtuose e molte altre in grave ritardo; ciò suggerisce la necessità di approfondire le cause specifiche per ciascun ambito (carenza di specialisti, inappropriatelyzza delle

³³⁸ Osservatorio Nazionale sulla Salute nelle Regioni Italiane (2024). *Rapporto annuale 2024: cronicità e accesso ai servizi sanitari*. Milano: Università Cattolica.

³³⁹ AIOM – Associazione Italiana di Oncologia Medica (2023). *Raccomandazioni per l'organizzazione dei percorsi oncologici rapidi*. Milano: AIOM.

richieste, organizzazione subottimale delle agende, ecc.) e adottare interventi mirati per riequilibrare l'accessibilità.³⁴⁰

Prestazioni di diagnostica per immagini – Tomografia Computerizzata (TC) e Mammografia: La diagnostica radiologica presenta anch'essa attese considerevoli in classe D, sebbene con variabilità tra esami ad alto volume e esami specialistici. La **Figura 3** riporta i tempi mediani di attesa³⁴¹ per una selezione di esami TC (distinti per distretto anatomico, con e senza contrasto) e mammografie mono- e bilaterali, confrontando priorità B vs D.



³⁴⁰ ⁴ Agenas (2023). *Rapporto sulle diseguaglianze di accesso ai servizi sanitari regionali*. Roma: Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali.

³⁴¹ Regione Autonoma della Sardegna – Assessorato dell'Igiene e Sanità e dell'Assistenza Sociale (2025). *Tempi di attesa – dettaglio esami diagnostici. Report CUP gennaio 2025*. Cagliari: Regione Sardegna.

Figura 3: Tempi mediani di attesa per esami TC (Tomografie Computerizzate) e mammografie. In blu la mediana attesa per priorità B, in arancione per priorità D. La linea tratteggiata rossa indica il tempo standard di 60 giorni previsto per prestazioni diagnostiche differibili.

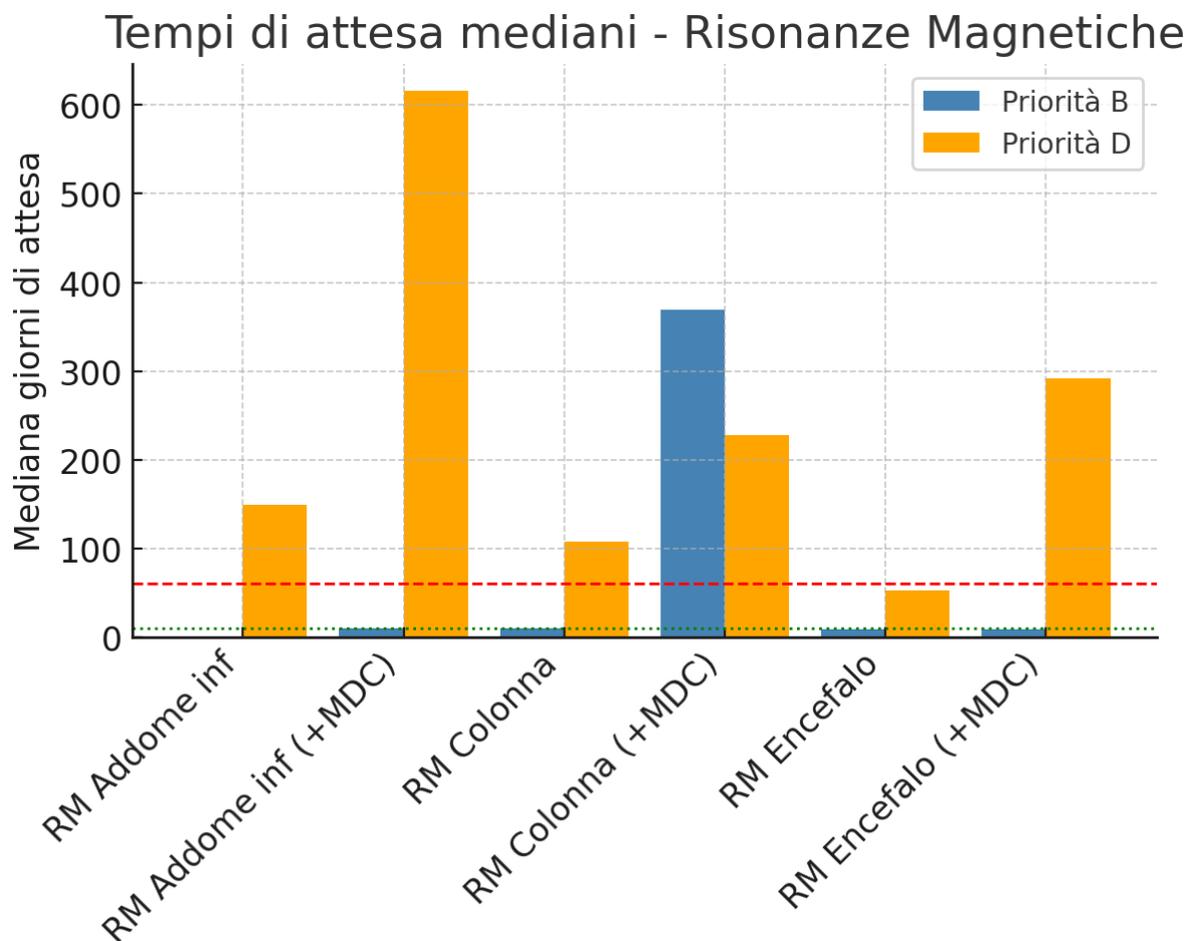
Dalla Figura 3 si nota come **quasi tutte le prestazioni TC e le mammografie in classe D superino i 60 giorni** di attesa mediana (linea rossa). In particolare, la **mammografia monolaterale** registra una mediana D di **214 giorni**, molto superiore rispetto alla mammografia bilaterale (69 giorni): ciò può indicare che le agende di senologia radiologica privilegiano gli screening bilaterali (spesso programmati) rispetto alle richieste diagnostiche monolaterali, lasciando queste ultime in coda per tempi insostenibili. Per quanto riguarda le TC, gli esami dell'addome mostrano i ritardi maggiori: ad esempio, la **TC addome inferiore con contrasto** ha mediana D di **69 giorni** (oltre il limite) e la **TC addome completo con contrasto** di **33 giorni** (rispettando il limite solo perché erogata come completamento d'urgenza in alcuni casi).

Le **TC torace** e **cranio-encefalo** senza contrasto, al contrario, presentano mediane D relativamente basse (19 e 6 giorni rispettivamente, quindi entro i 60 giorni), segno di una buona capacità di assorbimento per queste prestazioni – probabilmente grazie a una maggiore disponibilità di slot e al fatto che spesso sono esami richiesti con priorità più alta (talora eseguiti in urgenza, il che riduce il carico in classe D).

Complessivamente, su 11 tipologie di esami TC analizzati, circa la metà supera i 60 giorni di mediana. Le prestazioni peggiori (in termini di attesa D) rientrano già nei casi estremi discussi: ad esempio, la **TC bacino e articolazioni sacroiliache** presenta mediana 6 giorni (poche prenotazioni, quindi non critica) mentre la **TC addome inferiore + contrasto** era tra le top 10 ritardatarie con 69 giorni mediana su classe D. Le TC cranio e torace hanno medie contenute, probabilmente anche perché spesso classificate in priorità più elevata (alcune potrebbero essere state effettuate come urgenze U o B, sottraendosi così alla coda D).

In sintesi, **nella diagnostica TC e mammografica convivono situazioni molto eterogenee**: alcune prestazioni con attese ragionevoli (<60 gg) e altre con ritardi enormi. Ciò indica che la capacità produttiva radiologica è sufficiente in certi ambiti (ad es. imaging neurocranico e toracico) mentre è insufficiente in altri (ad es. senologia diagnostica, alcuni esami addominali), richiedendo interventi tarati su specifici settori radiologici in sofferenza.

Prestazioni di diagnostica per immagini – Risonanza Magnetica (RM): Le Risonanze Magnetiche rappresentano il settore con i tempi di attesa più elevati in assoluto. La **Figura 4** mostra i tempi mediani di attesa per le principali categorie di esami RM di primo accesso (distinguendo distretti corporei e uso di mezzo di contrasto), per priorità B e D.



*Figura 4: Tempi mediani di attesa per le **Risonanze Magnetiche (RM)**. In arancione le mediane per priorità D (con linea rossa a 60 giorni come standard), in blu le mediane per eventuali richieste B (linea verde a 10 giorni). *

Come evidenziato in Figura 4, le attese per esami RM in priorità **Differibile** sono quasi ovunque ben oltre i 60 giorni. In particolare, la **RM della colonna vertebrale** (cervicale, toracica, lombare) con mezzo di contrasto presenta una mediana D di circa **228 giorni** (7,5 mesi), mentre la stessa RM senza contrasto è a ~108 giorni: entrambe nettamente sopra soglia. La **RM addome inferiore**

(pelvi) con contrasto raggiunge la mediana record di **616 giorni** (come già discusso, caso di estremo ritardo), mentre senza contrasto scende a ~149 giorni – comunque 5 mesi. Si noti che perfino per esami RM relativamente più “semplici” come la **RM encefalo** i tempi D non sono brevi: ~53 giorni senza contrasto e ~63 giorni con contrasto (valori mediani), quindi leggermente oltre il limite.³⁴²

In generale, si riscontra che l’aggiunta di contrasto di solito comporta attese più lunghe, presumibilmente perché richiede maggior tempo di esecuzione e disponibilità di medico radiologo, con conseguente minor numero di slot in agenda. Il confronto con le barre blu (priorità B) è anch’esso indicativo: laddove presenti, le mediane B per RM sono basse (es. ~9-10 giorni per RM encefalo, ~10 giorni per RM addome inferiore), a conferma che quando un esame RM viene richiesto con priorità elevata tende a essere eseguito in tempi accettabili.

Fa eccezione la già citata **RM colonna (+ MDC)**, unica RM B con attesa abnorme (369 giorni) per motivi eccezionali. Complessivamente, il quadro delle RM suggerisce una **forte carenza di offerta** rispetto alla domanda in ambito di diagnostica magnetica: la gran parte dei pazienti di classe D attende molti mesi, segno che la capacità di erogazione (numero di macchine RM, orari di sedute disponibili, personale dedicato) non è commisurata al fabbisogno regionale.³⁴³

³⁴² Ministero della Salute (2024). *PNGLA – Piano Nazionale di Governo delle Liste di Attesa 2024–2026*. Roma: Ministero della Salute.

³⁴³ Agenas (2025). *Monitoraggio LEA e tempi di attesa – Rapporto annuale 2025*. Roma: Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali.

Questo allungamento sistemico delle liste per RM può avere ripercussioni significative sulla gestione clinica di numerose patologie (ritardo nelle diagnosi di patologie ortopediche, neurologiche, oncologiche, ecc.) e rappresenta una priorità di governance da affrontare, ad esempio valutando l'attivazione di ulteriori apparecchiature RM, l'estensione degli orari di servizio (es. aperture serali/festive), o l'acquisto di prestazioni aggiuntive da privato accreditato per smaltire l'arretrato.

Ecografie e esami ecografici (Eco-color Doppler): Le ecografie diagnostiche mostrano un quadro diversificato a seconda del tipo di esame. Le ecografie **ostetrico-ginecologiche** risultano tra le poche prestazioni ad aver mantenuto attese contenute anche in classe D: l'**ecografia ostetrica** ha una mediana di appena **14 giorni** per le priorità D (probabilmente riflettendo la necessità di controlli in gravidanza comunque tempestivi), e l'**ecografia ginecologica transvaginale** anch'essa ~14 giorni mediana D.³⁴⁴

Ciò indica un'ottima performance dei servizi ecografici dedicati alla salute femminile, che – similmente a quanto visto per la visita ginecologica – sembrano aver garantito accessi rapidi anche oltre le urgenze brevi. Di converso, altri ambiti ecografici presentano attese D ben più lunghe: ad esempio, l'**eco-color Doppler cardiaco da sforzo** (ecocardiografia sotto sforzo) ha mediana di ~140 giorni in

³⁴⁴ Regione Autonoma della Sardegna – Assessorato dell'Igiene e Sanità e dell'Assistenza Sociale (2025). *Report CUP – Monitoraggio Tempi di Attesa per prestazioni ambulatoriali. Rilevazione gennaio 2025.* Cagliari: Regione Sardegna.

classe D, segno di carenza nelle disponibilità di questo esame specialistico (che richiede strumentazione e personale dedicato, probabilmente limitati); anche l'**Eco-color Doppler dei tronchi sovraortici** (esame dei vasi del collo) mostra attese elevate (circa 80-90 giorni mediani D), indicando un backlog in ambito diagnostica vascolare non invasiva. Le ecografie dell'**addome** presentano mediana D variabile: ~62 giorni per l'addome completo, ~34 giorni per l'addome inferiore, ~91 giorni per l'addome superiore (dati mediani).³⁴⁵

Questa variabilità può riflettere differenti priorità cliniche (spesso le ecografie addominali vengono richieste con classe B se vi è sospetto acuto, riducendo quindi le code D) e disponibilità diverse tra reparti di radiologia. Le ecografie del **capo e collo** (comprehensive di tiroide, linfonodi, ghiandole salivari) hanno mediana D attorno a 60 giorni, quindi al limite dello standard, a indicare che la maggior parte dei pazienti riesce a eseguire l'esame entro 2 mesi. Infine, le ecografie **mammarie** presentano risultati contrastanti: l'**ecografia bilaterale della mammella** ha mediana D ~120 giorni, mentre la monolaterale ~20-30 giorni.³⁴⁶

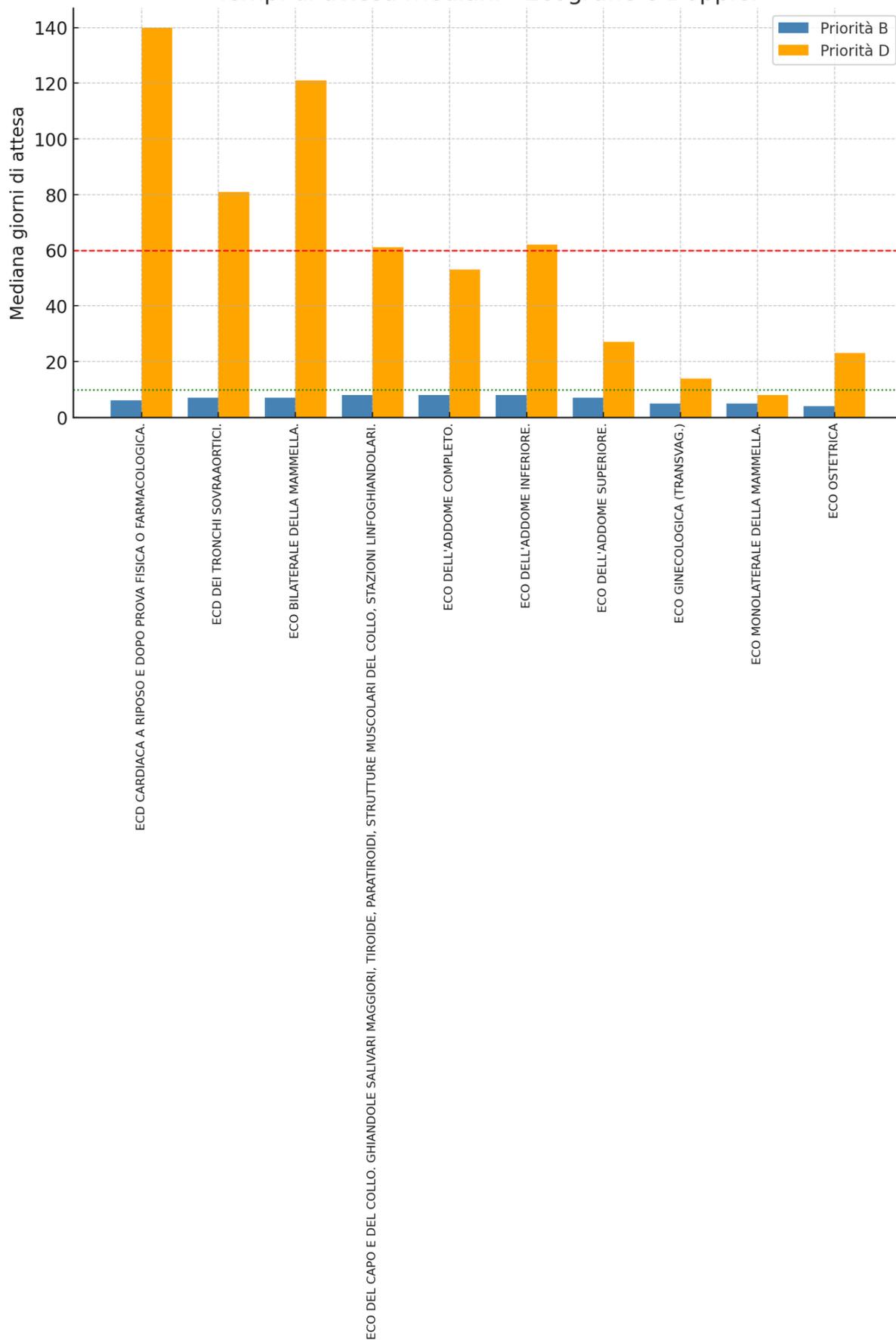
³⁴⁵ Salutequità (2025). *Accesso alle cure e disuguaglianze nei tempi di attesa – Rapporto nazionale 2025*. Milano: Salutequità.

³⁴⁶ Ministero della Salute (2025). *Monitoraggio nazionale dei tempi di attesa per le prestazioni sanitarie ambulatoriali e di ricovero – Anno 2025*. Roma: Direzione Generale della Programmazione Sanitaria, Ufficio III – LEA e servizi sanitari.

Questa differenza, analoga a quanto riscontrato per le mammografie, suggerisce che le prestazioni di screening bilaterale abbiano saturato le agende (lasciando lunghe attese), mentre eventuali ecografie monolaterali (spesso richieste come approfondimento diagnostico mirato) vengono erogate più rapidamente, forse anche con priorità più alta in alcuni casi.

In sintesi, il comparto ecografico evidenzia **aree di elevata efficienza** (ostetricia/ginecologia) e **aree critiche** (ecocardiografia e doppler vascolari, alcune ecografie internistiche) – segno di una distribuzione non uniforme delle risorse ecografiche. Interventi mirati potrebbero ridurre le attese nei segmenti critici, ad esempio aumentando le sedute per ecocolordoppler cardiaci e vascolari, dove attualmente la domanda eccede l'offerta disponibile.

Tempi di attesa mediani - Ecografie e Doppler



Tempi mediani di attesa per **ecografie e Eco(color)Doppler** diagnostici (priorità D in arancione, con soglia 60 giorni indicata dalla linea rossa, e priorità B in blu). Le categorie includono: ECD cardiaca da sforzo, ECD tronchi sovraortici, ecografie del capo-collo, ecografie addominali (superiore, inferiore, completo), ecografia ginecologica transvaginale, ecografia ostetrica, ecografie mammarie bilaterale e monolaterale. ³⁴⁷

Altre prestazioni diagnostiche strumentali: In questo gruppo rientrano esami come endoscopie, test cardiologici (elettrocardiogrammi, test da sforzo), esami funzionali respiratori (spirometrie) e neurologici (elettromiografie), nonché esami di laboratorio particolari. Dall'analisi dei dati, emergono alcune tendenze: le **endoscopie** (già citate) mostrano attese molto lunghe in classe D – la colonscopia 154 giorni, la EGDS 76 giorni mediana D – segno di un sovraccarico delle unità di endoscopia digestiva. ³⁴⁸

I **test cardiologici** di base, come l'elettrocardiogramma (ECG) a riposo, hanno attese D moderate (es. 5 giorni mediani D per l'ECG semplice, dato che spesso l'ECG viene eseguito rapidamente anche in assenza di urgenza). Più lunghi i tempi per esami cardiologici specialistici: l'**ECG dinamico secondo Holter** ha mediana D di 62 giorni, e il **test da sforzo cardiopolmonare** 71 giorni – questi

³⁴⁷ Ministero della Salute (2025). *Monitoraggio nazionale dei tempi di attesa per le prestazioni sanitarie ambulatoriali e di ricovero – Anno 2025*. Roma: Direzione Generale della Programmazione Sanitaria, Ufficio III – LEA e servizi sanitari.

³⁴⁸ Agenas – Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali (2025). *Cruscotto nazionale tempi di attesa. Report di sintesi primo trimestre 2025*. Roma: Agenas.

ultimi esami richiedono apparecchiature/tempo del cardiologo, il che spiega la minore disponibilità.

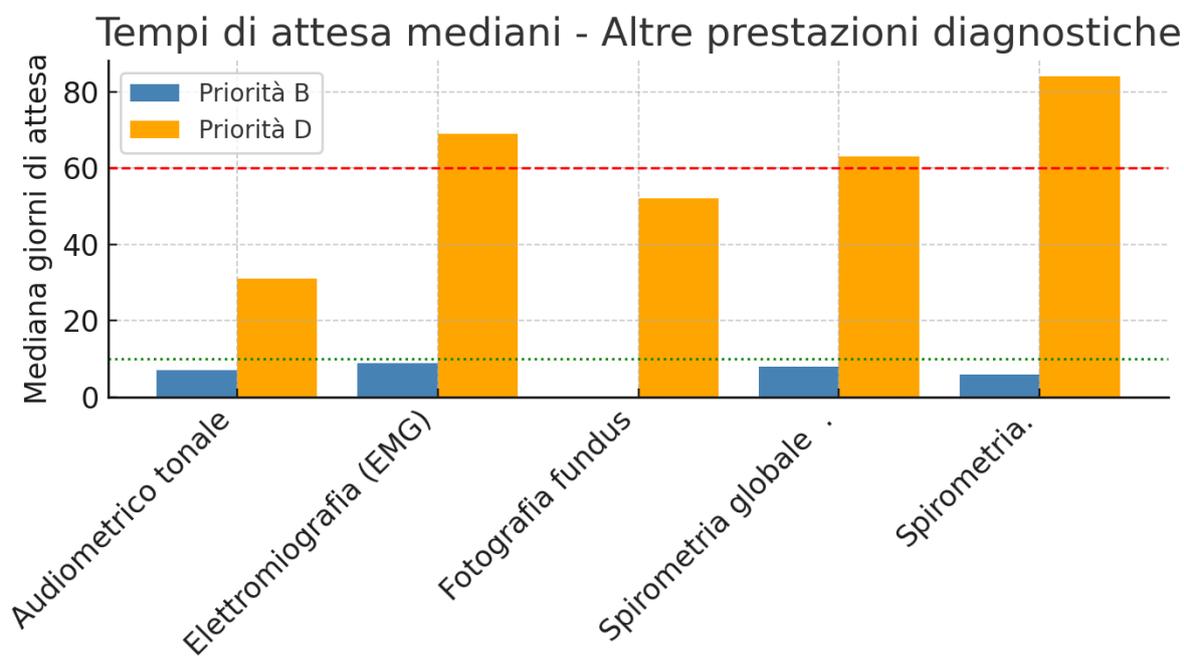
Gli **esami audiometrici** e vestibolari mostrano attese contenute: l'**esame audiometrico tonale** ha mediana D 31 giorni, indicando che le richieste otorinolaringoiatriche di base vengono soddisfatte entro un mese circa. Sul versante pneumologico, la capacità di effettuare **spirometrie** è adeguata ma non per tutti i tipi: la **spirometria semplice** ha mediana D di 84 giorni (sfiorando il limite), mentre la **spirometria globale** – più complessa, con pletismografia – ha mediana 63 giorni (poco oltre il target).³⁴⁹

Ciò suggerisce che gli ambulatori di fisiopatologia respiratoria soffrono un po' il carico, soprattutto per esami più complessi, ma riescono a contenere parzialmente le attese. Infine, per gli esami neurologici funzionali, l'**elettromiografia (EMG)** presenta una mediana D di 69 giorni: valore sopra soglia, segno di possibili liste d'attesa nell'erogazione di EMG (probabilmente per carenza di neurologi dedicati o macchinari, dato che l'EMG richiede tempo e personale esperto).

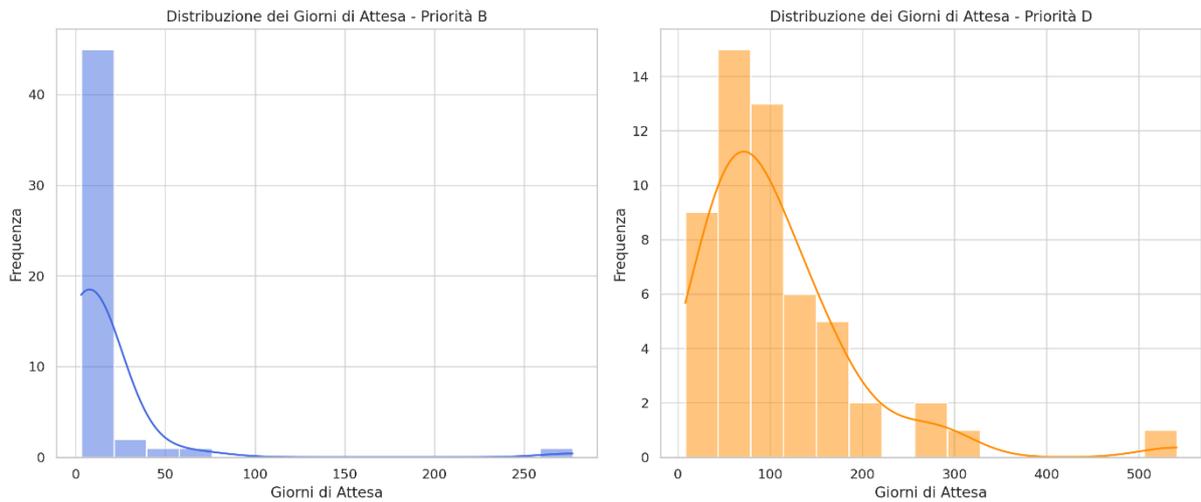
Complessivamente, in questo gruppo eterogeneo di prestazioni strumentali si riscontra che circa metà delle prestazioni rispetta i tempi (es. audiometria, alcune tipologie di ECG), mentre le altre metà li eccede (es. test da sforzo, EMG, alcune

³⁴⁹ Salutequità (2025). *Disuguaglianze e tempi di attesa nella sanità pubblica italiana. Analisi 2025*. Roma: Salutequità – Centro Studi per l'Equità Sanitaria.

spirometrie), riflettendo una **variabilità legata alla specifica disponibilità di servizio** nelle varie discipline.



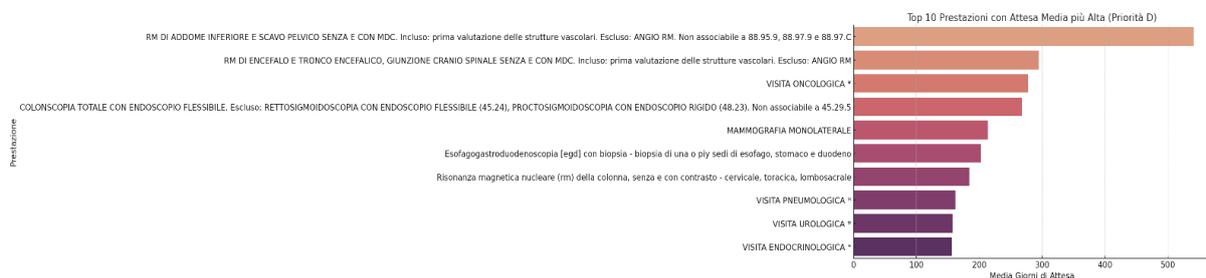
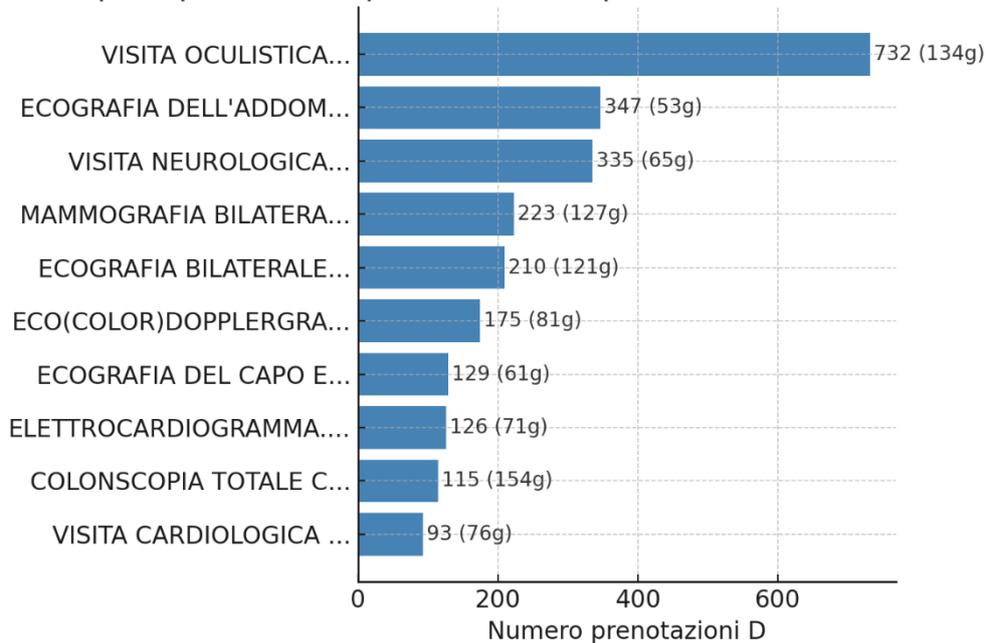
*Figura 6: Tempi mediani di attesa per **altre prestazioni diagnostiche** (classe B vs D). In questo gruppo: esame audiometrico, elettromiografia (EMG), fotografia del fundus oculi, spirometria globale e spirometria semplice. La linea rossa indica 60 giorni.*



Nella Figura sono riportati alcuni esempi rappresentativi: si noti ad esempio che l'**esame audiometrico tonale** (primo a sinistra) presenta attese D ben sotto i 60 giorni (mediana ~ 7 giorni, barra arancione bassa), mentre la **spirometria semplice** e l'**EMG** (ultimi a destra) mostrano barre arancioni alte, superando il limite (84 e 69 giorni rispettivamente). La **fotografia del fundus oculi** (esame oculistico strumentale) ha un'attesa mediana D di ~ 52 giorni, leggermente sotto la soglia, indicativa di discreta efficienza nell'oculistica diagnostica non invasiva.

In generale, dunque, le prestazioni strumentali non imaging evidenziano performance differenti a seconda del servizio erogatore: dove l'organizzazione locale ha risorse e slot sufficienti (come sembra per audiometria e fundus, probabilmente gestiti all'interno di ambulatori ORL e oculistici rispettivamente), l'attesa è contenuta; dove invece le risorse sono limitate rispetto alla domanda (come in fisiopatologia respiratoria o neurofisiologia per EMG), l'attesa si protrae oltre i tempi standard.

Top 10 prestazioni per numero di prenotazioni D (con attesa mediana)



*Top 10 prestazioni per numero di prenotazioni in classe D (colonne orizzontali in blu). * Per ciascuna prestazione ad alto volume è indicato il numero di prenotazioni D nella settimana (etichetta numerica) e, tra parentesi, il tempo di attesa mediano registrato. Ad esempio, la visita oculistica ha avuto 732 prenotazioni D con mediana 134 giorni; l'ecografia addome completo 347 prenotazioni con mediana 53 giorni, etc. Si noti come tutte queste prestazioni ad alto volume presentino comunque attese mediane di alcune decine di giorni, e*

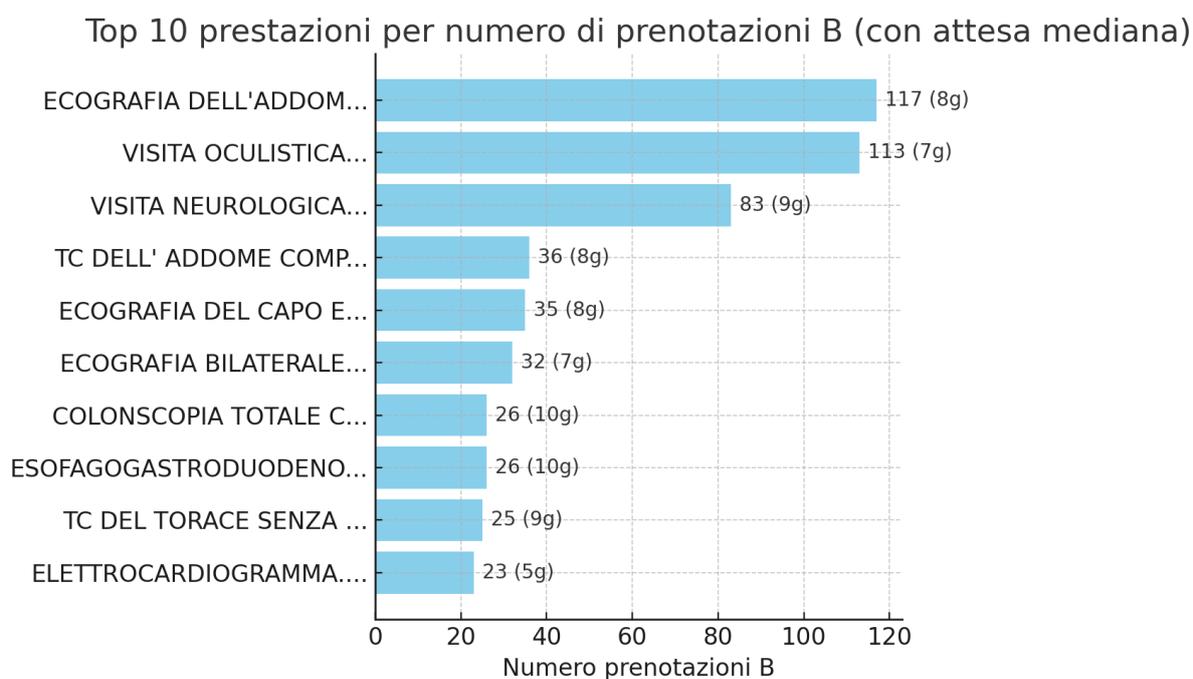
molte superano ampiamente gli standard (es. Oculistica 134g, Mammografia 127g, Colonscopia 154g).

Parallelamente, anche in priorità B troviamo alcune prestazioni con domanda significativa: **ecografia addome completo** (117 prenotazioni B settimanali, mediana attesa 8 giorni), **visita oculistica** (113 B, mediana 7g), **visita neurologica** (83 B, mediana 9g), nonché alcune prestazioni diagnostiche come **TAC addome con contrasto** (36 B, mediana 8g) e **ecografia capo-collo** (35 B, mediana 8g).³⁵⁰

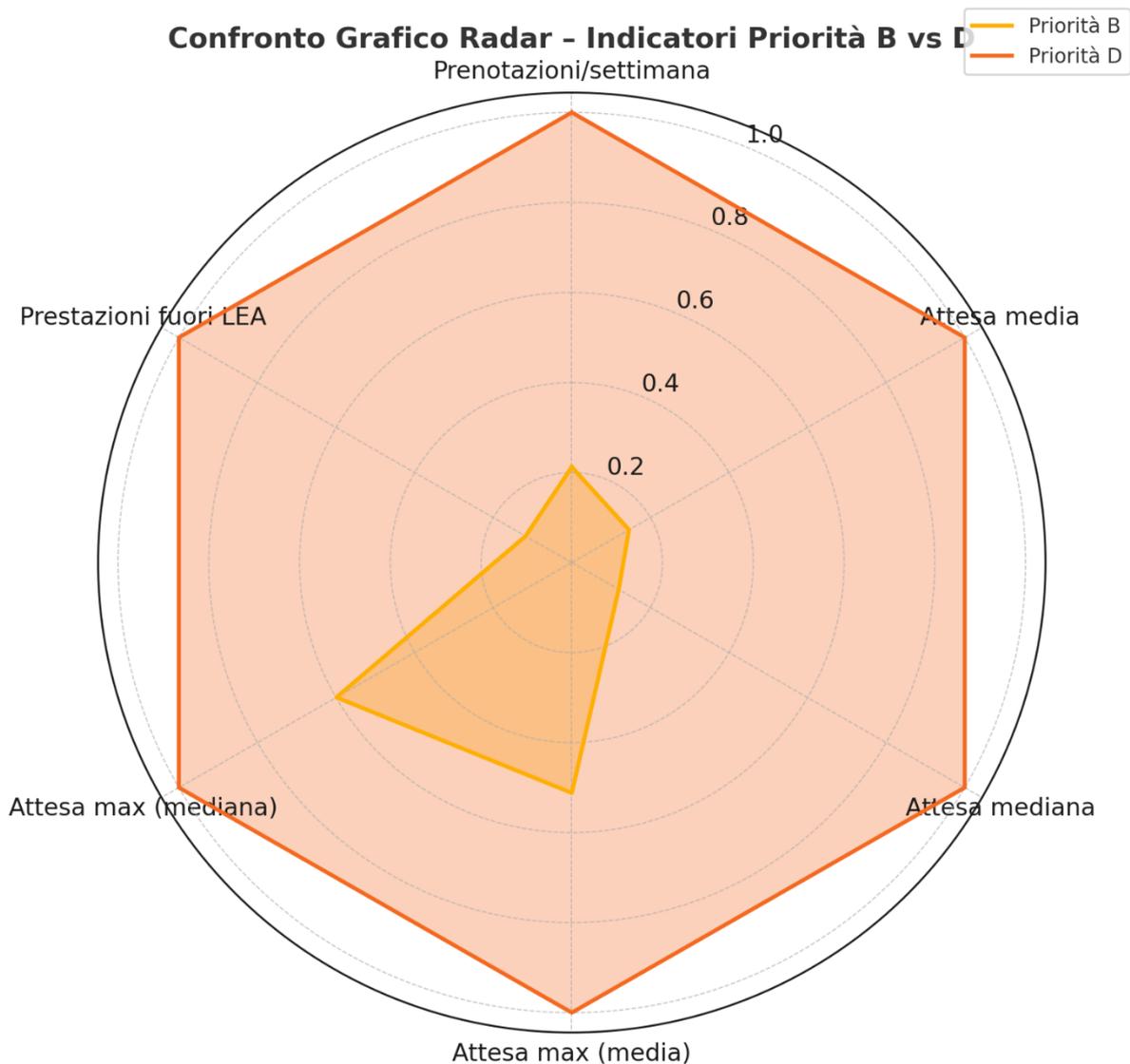
La Figura 5 illustra le prime 10 prestazioni per numero di prenotazioni B: si conferma il peso preponderante di ecografie e visite specialistiche tra le richieste brevi. Da notare che, pur con volumi elevati, le attese mediane B per queste prestazioni restano per lo più entro il target (6–9 giorni), segno che i servizi hanno probabilmente riservato slot preferenziali o meccanismi di fast-track per i casi Brevi. Fanno eccezione anche qui le endoscopie: la colonscopia e la gastroscopia (EGDS) compaiono tra le prime 10 B per volume (26 prenotazioni ciascuna in classe B nella settimana) e presentano entrambe una mediana di 10 giorni, cioè esattamente al limite dello standard – il che suggerisce che in assenza di un

³⁵⁰ Ministero della Salute (2025). *Monitoraggio nazionale dei tempi di attesa per le prestazioni sanitarie ambulatoriali e di ricovero – Anno 2025*. Roma: Direzione Generale della Programmazione Sanitaria, Ufficio III – LEA e servizi sanitari.

continuo sforzo organizzativo queste prestazioni rischierebbero facilmente di sfiorare i 10 giorni anche per gli urgenti differibili.



*Top 10 prestazioni per numero di prenotazioni in classe B (colonne orizzontali azzurro).** Anche qui sono indicate le attese mediane tra parentesi. Le prestazioni più richieste in classe Breve sono ecografia addominale, visita oculistica e neurologica. Tutte le mediane B risultano pari o inferiori a 10 giorni (come indicato in figura), salvo pochi casi al limite (colonscopia e EGDS con mediana 10g).



Il grafico radar fornisce una sintesi visiva delle prestazioni ambulatoriali classificate in Priorità B (Breve) e D (Differibile), confrontate secondo sei indicatori chiave tra cui volumi di prenotazione, tempi medi e mediani d'attesa e prestazioni fuori soglia LEA. La Priorità D mostra valori più critici su quasi tutti gli assi: attese più elevate, un maggior numero di prestazioni oltre soglia e un volume di prenotazioni superiore, indicando un sovraccarico organizzativo e una gestione inefficiente. Anche la Priorità B presenta anomalie, come attese massime superiori ai 200 giorni. I dati della settimana del 20 gennaio 2025

confermano un quadro di forte squilibrio nell'erogazione dei servizi, dove le priorità non sono rispettate, le attese superano ampiamente i limiti normativi e non esiste una correlazione chiara tra domanda e ritardi, segnalando carenze strutturali e la necessità urgente di interventi riformatori nella gestione degli accessi.

L'incrocio tra i dati di volume e quelli di attesa rivela dei pattern interessanti. Molto spesso le prestazioni con i volumi maggiori sono anche quelle con attese più dilatate, specie in classe D. Ad esempio, la visita oculistica – con 732 richieste D – ha un tempo mediano (134 giorni) ben superiore allo standard, indicando che l'offerta specialistica oftalmologica regionale non riesce a tenere il passo con l'elevatissima domanda. Analogamente, mammografie ed ecografie senologiche (oltre 200 richieste settimanali ciascuna) mostrano medie di attesa attorno a 4 mesi, suggerendo potenziali colli di bottiglia nei percorsi di screening o diagnosi senologica. Anche la colonscopia, pur con “solo” 115 richieste D, registra una mediana di oltre 5 mesi (154g), evidenziando possibili carenze di slot endoscopici rispetto ai fabbisogni (con implicazioni preoccupanti ad esempio per la prevenzione dei tumori colon-rettali).³⁵¹

Vi sono però anche casi in cui volumi alti coesistono con attese relativamente contenute: l'ecografia dell'addome completo, seconda prestazione D per richieste

³⁵¹ Ministero della Salute (2025). *Monitoraggio nazionale dei tempi di attesa per le prestazioni sanitarie ambulatoriali e di ricovero – Anno 2025*. Roma: Direzione Generale della Programmazione Sanitaria, Ufficio III – LEA e servizi sanitari.

(347 in una settimana), ha mantenuto una mediana di 53 giorni, cioè sotto il limite dei 60 giorni per gli esami – ciò indica una buona capacità produttiva dei servizi di radiologia/ecografia nell'assorbire la domanda (forse grazie a personale dedicato o sedute aggiuntive). In generale, la correlazione tra numero di richieste e tempo di attesa non è lineare: esistono prestazioni a basso volume ma con attese lunghissime (ad esempio la RM pelvica: solo 7 richieste D ma mediana 616g, segno di un'offerta estremamente scarsa, forse un unico macchinario fortemente insufficiente), così come prestazioni ad alto volume con attese moderate (ecografia addome, 347 richieste D, attesa 53g).

Ciò suggerisce che oltre al volume assoluto incidono anche fattori come la disponibilità di risorse dedicate, la produttività oraria, l'organizzazione delle liste (prioritizzazione interna) e la presenza di alternative (es. strutture private convenzionate di supporto).

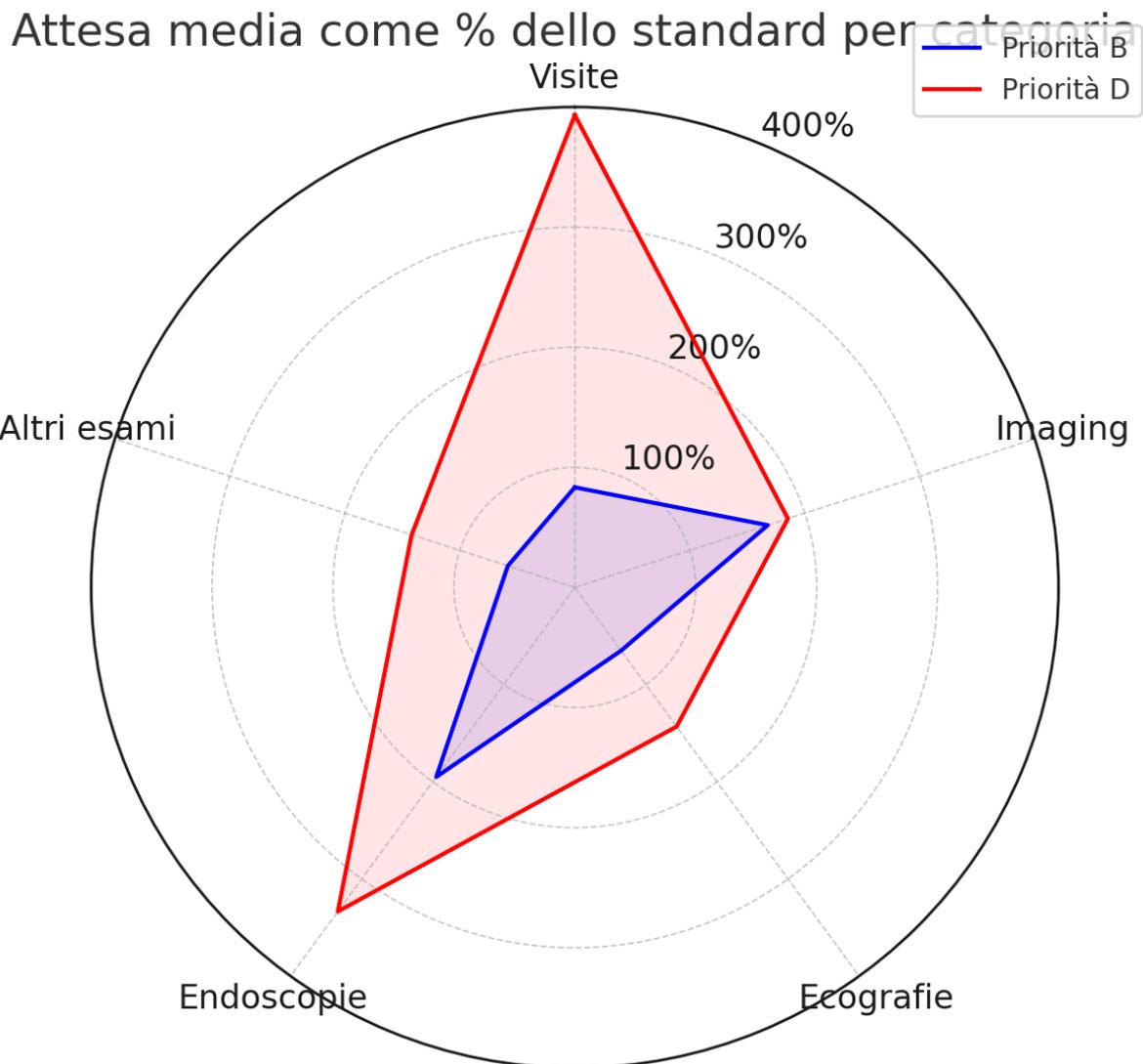
Dal punto di vista della **comparazione tra categorie di prestazioni**, si può rappresentare sinteticamente il grado di criticità dei vari settori attraverso un *radar chart* (Figura 6) che confronta l'attesa media (espressa in percentuale rispetto allo standard previsto) per ciascuna macro-tipologia di prestazione e per classe di priorità.

Nel grafico, un valore di 100% indica il rispetto esatto del tempo standard, valori superiori a 100% indicano un superamento (in percentuale) del tempo massimo.

La linea blu rappresenta le prestazioni B, la linea rossa le prestazioni D. Si osserva così che per tutte le categorie le prestazioni B si collocano ben entro il 100% dello standard (anzi spesso sotto, segno che l'attesa media B è inferiore al limite previsto), tranne che per le **endoscopie B** che mostrano un indicatore ~195% (dovuto al caso anomalo citato di attesa ~20 giorni vs 10).

Al contrario, le linee rosse delle D sporgono decisamente oltre il 100% in quasi tutte le categorie: in particolare il settore **visite specialistiche** raggiunge circa il 393% dello standard (attesa media ~118 giorni vs 30 previsti), le **endoscopie D** il 333% (attesa ~200 giorni vs 60), seguiti da **imaging** ~185% (111 giorni vs 60) e **ecografie/altre** ~142% (86 giorni vs 60). Questo confronto visuale conferma che le visite e le endoscopie rappresentano le aree di maggiore criticità relativa, mentre il gap è meno marcato – pur presente – per diagnostica per immagini ed ecografie.

In altri termini, qualunque sia la domanda, le visite ambulatoriali e le endoscopie in Sardegna tendono a sfiorare i tempi più di altre tipologie, il che potrebbe indicare particolari problemi strutturali in questi ambiti (es. carenza di medici specialisti, difficoltà logistiche, necessità di ampliamento delle sedute).



*Figura 6: Confronto del livello di rispetto degli standard nelle diverse categorie di prestazioni (priorità B vs D).** Il grafico radar mostra, per ciascuna macro-tipologia, l'attesa media espressa in percentuale del tempo massimo previsto: valori >100% indicano un superamento dello standard. La linea blu (Priorità B) rimane entro il 100% per quasi tutte le categorie, evidenziando una sostanziale tenuta del sistema per le prestazioni Brevi (eccetto Endoscopie B che sfiorano il 200%). La linea rossa (Priorità D) eccede notevolmente il 100% in particolare per

Visite (quasi 400%) ed Endoscopie (~333%), seguite da Imaging (185%) ed Ecografie/Altri esami (~140%).*

In sintesi, l'analisi quantitativa mette in luce alcuni punti chiave: (a) **le priorità Brevi vengono generalmente gestite entro i tempi**, con pochissime eccezioni, il che è un segnale positivo in termini di tutela dei casi più delicati; (b) **le priorità Differibili accumulano ritardi notevoli**, specialmente nelle visite specialistiche, traducendosi di fatto in liste d'attesa di mesi per la maggior parte degli utenti; (c) **alcune prestazioni presentano situazioni estreme di attesa** (oltre 1 anno) che denotano veri e propri "collassi" organizzativi settoriali (ad es. RM colonna, RM pelvi, prime visite oncologiche), su cui occorrerebbe intervenire con urgenza; (d) **le prestazioni più richieste (alto volume)** tendono spesso ad avere attese lunghe, segnalando un disallineamento tra domanda e capacità produttiva in aree cliniche di grande impatto (oculistica, neurologia, diagnostica senologica, gastroenterologia); (e) **altre aree mostrano buone performance relative** (ad es. molte ecografie, alcune radiologie) suggerendo che con un'adeguata organizzazione è possibile mantenere livelli di servizio accettabili anche a fronte di domanda elevata.

10.4 Disallineamento tra Domanda e Capacità Produttiva: L'efficienza

organizzativa sotto esame

Un aspetto trasversale emerso dai dati riguarda l'efficienza organizzativa dei servizi, valutabile anche attraverso la relazione tra volumi di domanda e tempi di attesa. In generale, dall'analisi non emerge una correlazione lineare forte tra il **numero di prenotazioni** di una prestazione e il suo **tempo di attesa**: ciò significa che **attese molto lunghe non sempre corrispondono a volumi elevati**, e viceversa.³⁵² Ad esempio, prestazioni come la visita oculistica (732 richieste D settimanali) o la visita neurologica (335 richieste) mostrano sì attese lunghe, ma non così estreme come altre prestazioni con volumi minori (es. visite endocrinologiche, 62 richieste, mediana 150 gg).³⁵³

Questo suggerisce che in alcuni ambiti ad alto volume l'organizzazione è riuscita a mettere in campo maggiore capacità (ammortizzando parzialmente la pressione della domanda), mentre in altri ambiti anche una domanda relativamente modesta genera attese ingiustificatamente elevate – segno di inefficienze o risorse del tutto insufficienti. In termini di **produttività ed efficienza**, sarebbe auspicabile analizzare indicatori come il rapporto tra prestazioni erogate e capacità teorica

³⁵² Ministero della Salute (2025a). *Monitoraggio nazionale dei tempi di attesa per le prestazioni ambulatoriali*. Roma: Direzione Generale della Programmazione Sanitaria.

³⁵³ Agenas (2025a). *Report nazionale sulle performance regionali in ambito ambulatoriale – Dati 2025*. Roma: Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali.

per ciascun servizio: i dati suggeriscono che alcuni servizi operano probabilmente al di sotto del potenziale necessario.

Ad esempio, l'andamento delle attese per RM e per endoscopie indica **colli di bottiglia organizzativi** (apparecchiature non utilizzate al massimo regime, pause operative, ecc.), oppure un sottodimensionamento cronico dell'offerta³⁵⁴. Anche la variabilità territoriale interna alla Regione può giocare un ruolo: se taluni centri erogatori hanno liste molto lunghe e altri più corte, una migliore rete di **ridistribuzione delle prenotazioni** attraverso il CUP regionale potrebbe ridurre le attese medie, indirizzando i pazienti verso sedi con disponibilità più immediate (compatibilmente con la loro accessibilità geografica).³⁵⁵

Un ulteriore elemento da considerare è la **gestione delle priorità e dell'appropriatezza**. L'eccezione riscontrata di alcune prestazioni B con attese abnormi potrebbe indicare errori nella gestione delle priorità (ad esempio, classificazioni B assegnate troppo facilmente, gonfiando la coda delle urgenze brevi e vanificandone la priorità). Un uso rigoroso dei criteri di priorità – assicurando che la classe B sia riservata a reali necessità cliniche brevi – e il

³⁵⁴ Corte dei Conti (2023). *Relazione al Parlamento sullo stato di attuazione dei LEA e sulla gestione delle liste d'attesa*. Roma: Sezione centrale controllo gestione enti.

³⁵⁵ Regione Autonoma della Sardegna – Assessorato dell'Igiene e Sanità e dell'Assistenza Sociale (2025a). *Report sulle funzionalità del CUP regionale e piani di miglioramento dell'accessibilità ai servizi ambulatoriali*. Cagliari: Regione Sardegna.

monitoraggio continuo³⁵⁶ del rispetto dei tempi per ciascuna classe costituiscono elementi chiave di efficienza.

Dal punto di vista dell'appropriatezza, tempi d'attesa così dilatati possono essere il sintomo di un **eccesso di domanda inappropriata** in alcune branche (ad es. richieste ridondanti di RM o di visite specialistiche non strettamente necessarie): interventi di governo clinico, come l'adozione di percorsi diagnostico-terapeutici³⁵⁷ appropriati e il filtro delle richieste tramite consulti specialistici (triage clinico), potrebbero ridurre il volume di prestazioni meno rilevanti, liberando capacità per i casi prioritari.

In conclusione, l'analisi integrata dei tempi di attesa e dei volumi pone in luce **significative lacune organizzative**: sebbene la gestione delle urgenze brevi sembri funzionare adeguatamente, il sistema nel suo complesso fatica a garantire tempi accettabili per le prestazioni differibili, anche laddove la mole di richieste non parrebbe insostenibile. Ciò indica margini di miglioramento sia sul fronte dell'allocazione di risorse (più personale, più tecnologia dove serve) sia sul fronte di una **migliore organizzazione e coordinamento** tra i servizi esistenti, per sfruttare appieno la capacità e uniformare l'accesso sul territorio.

³⁵⁶ Ministero della Salute (2023b). *Piano Nazionale di Governo delle Liste d'Attesa 2023–2025 (PNGLA)*. Roma: Direzione Generale della Programmazione.

³⁵⁷ FIMMG – Federazione Italiana Medici di Medicina Generale (2022). *Appropriatezza prescrittiva e gestione delle agende: linee guida operative per i MMG*. Roma: FIMMG.

10.5 Strategie di miglioramento e governance delle attese

I risultati evidenziano chiaramente che la Regione Sardegna, al gennaio 2025, fronteggia importanti **gap organizzativi** nel garantire tempi di attesa adeguati per le prestazioni ambulatoriali programmate. In particolare, il fatto che oltre il 90% delle visite specialistiche non urgenti superi il tempo massimo di 30 giorni indicato dagli standard nazionali è un segnale di **criticità sistemica**: suggerisce una cronica insufficienza di disponibilità di visite rispetto al fabbisogno, probabilmente dovuta sia a carenze di organico medico in alcune discipline sia a inefficienze nella gestione delle agende.³⁵⁸

Ad esempio, la visita oculistica – con centinaia di pazienti in coda per mesi – lascia supporre la mancanza di un numero adeguato di oculisti nel servizio pubblico regionale (o di sedute ambulatoriali sufficienti), problematica che potrebbe essere aggravata dal progressivo invecchiamento della popolazione sarda (con conseguente aumento di patologie oculari legate all'età). Situazioni analoghe si possono ipotizzare per altre specialità: neurologia e cardiologia presentano anch'esse lunghe liste, forse segno di sotto-dotazione di specialisti o di organizzazione subottimale (ad esempio, in alcune ASL potrebbe non esserci

³⁵⁸ AIOP – Associazione Italiana Ospedalità Privata (2024). *Lista d'attesa e offerta sanitaria nel contesto post-pandemico: criticità e soluzioni*. Milano: AIOP Research.

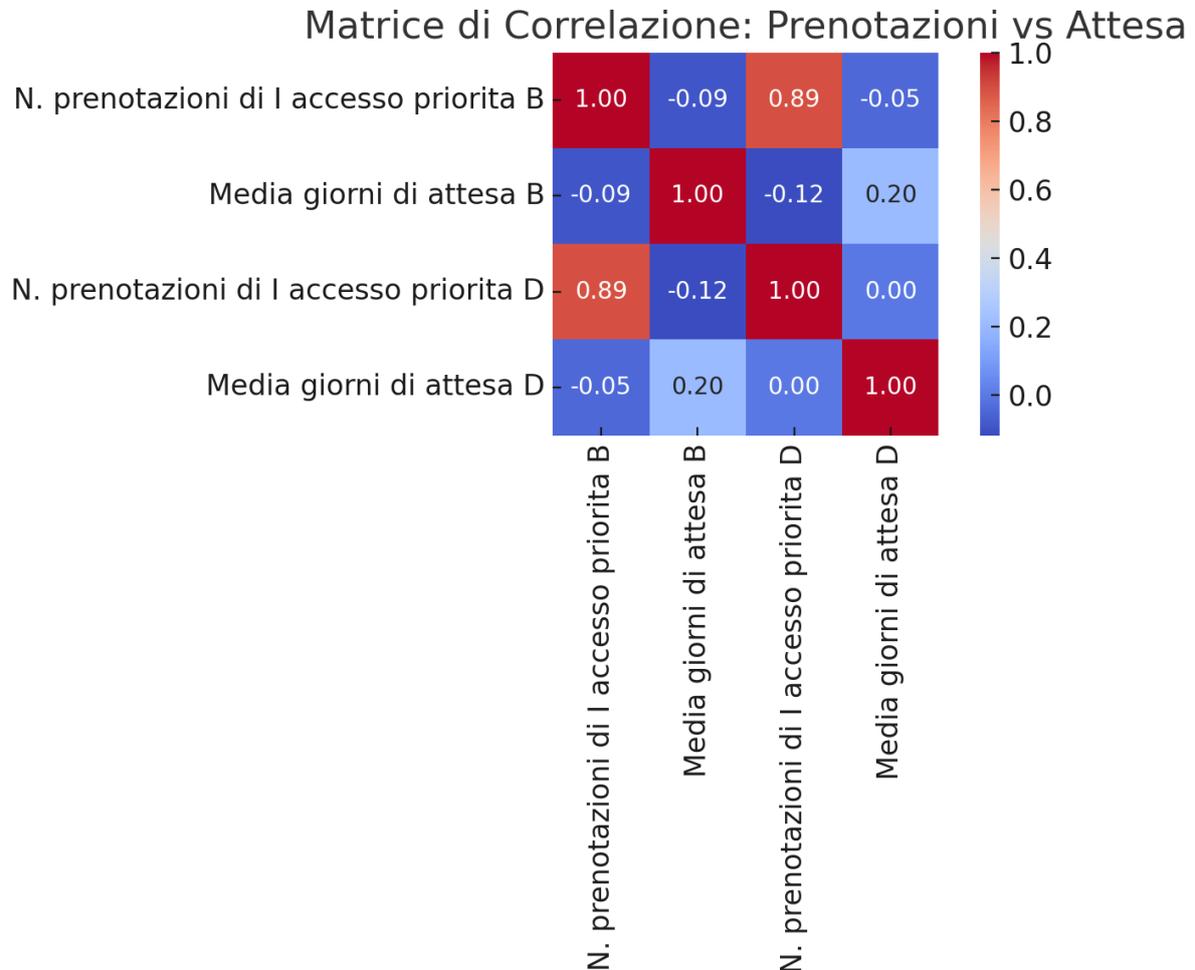
un ambulatorio territoriale sufficiente e i pazienti vengono tutti indirizzati ai pochi poli ospedalieri, generando sovraffollamento).

Le **endoscopie** (gastroscopie, colonscopie) rappresentano un altro punto dolente: attese di 5-6 mesi per esami del genere indicano che il numero di endoscopisti o di sale endoscopiche operative potrebbe non coprire la domanda, e questo è particolarmente preoccupante dato che tali procedure sono spesso utilizzate per screening oncologici (colonscopia per K colon) o per la diagnosi di patologie potenzialmente gravi (ulcere, neoplasie gastrointestinali). Ritardi eccessivi qui possono tradursi in diagnosi tardive di tumori – vanificando in parte gli sforzi di prevenzione secondaria.

La **radiologia** appare a due velocità: da un lato alcune indagini ecografiche vengono smaltite in tempi ragionevoli, dall'altro la risonanza magnetica evidenzia casi limite di attesa annuale, segno che probabilmente la dotazione di apparecchi RM (e personale dedicato) è insufficiente in regione. È noto che in Sardegna la tecnologia sanitaria è concentrata in pochi centri hub (ad es. Cagliari e Sassari): ciò può costringere pazienti di aree periferiche ad attendere a lungo o a spostarsi lontano.

Potrebbe inoltre esserci stata, nel periodo post-pandemico, una **onda di recupero** di esami rimasti arretrati durante l'emergenza COVID-19: molte regioni italiane nel 2021-2022 hanno registrato un accumulo di richieste non evase, soprattutto per prestazioni differibili sospese o rinviate nei periodi di picco pandemico.

Sardegna potrebbe aver risentito fortemente di questo accumulo, specie in settori come screening oncologici e follow-up di malati cronici, generando un backlog difficile da smaltire.



(D). I dati mostrano che in generale questo avviene – tant’è che le mediane B sono perlopiù nei limiti, il che implica che chi aveva priorità B è stato generalmente inserito prima. Tuttavia, casi come l’endoscopia o la RM colonna suggeriscono che a volte neanche essere in classe B ha garantito tempi accettabili, forse perché la prestazione era **saturo** all’inverosimile. In tali

situazioni, l'assegnazione di priorità perde di significato e persino i pazienti "brevi" finiscono per aspettare troppo.

Questo può minare la fiducia nel sistema di prioritarizzazione: se un paziente vede che con classe D attende 6 mesi e con classe B comunque alcuni mesi, potrebbe spingerlo a pretendere sempre la priorità B o U dal medico, inflazionando le categorie di urgenza. Si innesca così un circolo vizioso di **inappropriatezza**: medici di base sotto pressione possono assegnare priorità elevate anche non del tutto giustificate clinicamente, nel tentativo di garantire al paziente un'attesa sopportabile; ciò però carica il sistema di troppe richieste urgenti, rendendo di fatto impossibile gestirle tutte nei tempi brevi e diluendo l'attenzione verso i veri casi prioritari. È quindi fondamentale ripristinare condizioni in cui le classi di priorità possano essere rispettate rigorosamente e mantenere la loro efficacia selettiva.

Dal punto di vista delle **implicazioni cliniche**, i dati sardi destano preoccupazione sotto vari profili. Attendere oltre 4-6 mesi per una prima visita specialistica (come in neurologia, pneumologia, endocrinologia) può portare ad un peggioramento di malattie croniche non seguite (si pensi a un sospetto Parkinson in attesa di diagnosi, o a un paziente respiratorio senza terapia adeguata per mesi).

Nel caso delle **visite oncologiche**, il dato di 278 giorni di attesa per un primo consulto oncologico è allarmante: se quel paziente era un nuovo caso di tumore,

avrebbe subito un ritardo enorme nell'inizio del percorso di cura, con possibile progressione della malattia. Situazioni del genere non dovrebbero mai verificarsi – la prima visita oncologica in molte regioni è giustamente trattata sempre come urgente. Ciò potrebbe indicare un caso in cui la richiesta è stata erroneamente classificata come D invece che U o B, oppure un vuoto di servizio (es. un territorio sprovvisto di ambulatorio oncologico attivo). Anche sul fronte diagnostico, attese di oltre un anno per risonanze importanti come quella spinale o pelvica possono ritardare interventi chirurgici necessari (es. un'ernia discale da operare, o il follow-up di malattie oncologiche ginecologiche).

Per non parlare delle **endoscopie digestive**: un'attesa di 9 mesi per una gastroscopia con biopsia può comportare che una lesione maligna allo stomaco venga scoperta in stadio avanzato, compromettendo la sopravvivenza. La **colonscopia** a 5 mesi riduce l'efficacia dello screening colon-retto, aumentando il rischio che un polipo evolva in carcinoma invasivo prima della rimozione. In sintesi, **tempi di attesa così prolungati in specifici settori possono tradursi in outcomes peggiori e mortalità evitabile**, vanificando in parte i progressi medici disponibili. Oltre all'impatto clinico, non va dimenticato l'effetto sull'**equità sociale**: chi ha risorse economiche tenderà, di fronte a 6-12 mesi di attesa nel pubblico, a rivolgersi al privato a pagamento (cliniche o studi privati) pur di accelerare diagnosi e cure.

Dati nazionali mostrano un aumento della spesa privata out-of-pocket proprio per visite specialistiche e diagnostica, e che una quota crescente di italiani (circa il 4-5%) rinuncia alle cure per le lunghe attese.³⁵⁹ È quindi evidente come la gestione inefficiente delle liste di attesa mini il principio di universalità del SSN: di fatto, l'accesso alle prestazioni diviene meno universale e più legato al censo, creando disuguaglianze territoriali e socioeconomiche. Questo fenomeno potrebbe essere presente anche in Sardegna: chi può permetterselo probabilmente vola nella vicina penisola o paga prestazioni private localmente, mentre le fasce più deboli restano in lista ad aspettare.

Alla luce di queste considerazioni, diventa imprescindibile delineare **soluzioni organizzative e gestionali** per migliorare la situazione in Sardegna. Fortunatamente, molte leve di intervento sono note e in parte già suggerite dalla cornice normativa nazionale e dalle “buone pratiche” di altre regioni. Una prima area di azione riguarda l'**aumento della capacità produttiva** nelle prestazioni critiche: ciò può significare assumere più specialisti (es. bandire concorsi per oculisti, cardiologi, radiologi, endoscopisti laddove carenti) e/o incentivare il personale esistente a effettuare sedute aggiuntive.

Ad esempio, programmare **sessioni straordinarie** serali o nel weekend per smaltire le liste d'attesa (come fatto in alcuni piani di recupero post-Covid

³⁵⁹ ISTAT (2023). *Condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari*. Roma: Istituto Nazionale di Statistica.

finanziati dal Governo) potrebbe ridurre in tempi relativamente brevi il backlog accumulato per le visite più indietro. In parallelo, si potrebbe ricorrere maggiormente al **privato accreditato**: la normativa vigente consente, qualora il pubblico non riesca a rispettare i tempi, di dirottare il paziente presso strutture private convenzionate garantendo la prestazione senza oneri aggiuntivi per l'utente (regime di solvenza, come previsto dal D.Lgs. 124/1998).

La Sardegna potrebbe stipulare accordi con centri privati sull'isola per assorbire quote di prestazioni (es. risonanze magnetiche, visite specialistiche) pagando solo il ticket da parte del cittadino, quando la lista d'attesa supera un certo limite. Questa strategia, tuttavia, va bilanciata con l'esigenza di non depauperare il pubblico: è preferibile investirla come misura temporanea di emergenza, accompagnata da un potenziamento stabile del settore pubblico.

Un secondo filone di intervento riguarda il **miglioramento dei processi di prenotazione e gestione delle agende**. L'esperienza di altre regioni suggerisce l'importanza di un **CUP unico regionale integrato**, attraverso cui si possa avere visibilità in tempo reale di tutte le disponibilità di prestazioni sul territorio. Se un paziente di Nuoro attende 6 mesi per una risonanza, ma a Oristano c'è posto in 2 mesi, un CUP regionale dovrebbe evidenziare questa opzione e proporla al cittadino (compatibilmente con la possibilità di spostamento).

Ciò richiede interoperabilità dei sistemi informativi delle ASL e una regia unificata. Inoltre, la gestione delle **disdette e dei “buchi” di agenda** va ottimizzata: molti posti vanno persi per mancata presentazione (no-show) o cancellazioni tardive. Introdurre sistemi di **recall automatico** (SMS o chiamate di promemoria ai pazienti con largo anticipo) e di **penalità per i no-show** (come la sanzione prevista in Puglia può ridurre queste inefficienze.

Ogni slot liberato dovrebbe essere subito riassegnato ad un altro paziente in lista: ciò si ottiene dotando i CUP di liste di attesa “di riserva” e magari utilizzando strumenti digitali (app, portale) dove il cittadino disponibile ad anticipare la prestazione possa indicarlo. A

nche la separazione dei percorsi di prenotazione per prime visite e controlli potrebbe aiutare: spesso i follow-up occupano molte agende specialistiche. Una regola – già in atto in alcune realtà – è che il controllo venga fissato direttamente dal reparto/ambulatorio che ha in carico il paziente (es. alla fine della visita il medico fissa il controllo) evitando che i controlli vadano a “fare coda” al CUP insieme alle prime visite. Così si tutela la capacità di accoglienza di nuovi pazienti sul CUP.

Un terzo ambito è quello dell’**appropriatezza e triage della domanda**. Ridurre i tempi di attesa non significa solo aumentare l’offerta, ma anche **gestire meglio**

la domanda, evitando prestazioni inutili o improprie e instradando i pazienti verso percorsi alternativi quando possibile.

Ad esempio, si potrebbe rafforzare il ruolo del **medico di medicina generale (MMG)** nella gestione di problemi minori, così da evitare invii allo specialista non strettamente necessari. Implementare protocolli di consulenza telefonica o telemedicina potrebbe risolvere alcuni quesiti clinici senza bisogno di visita fisica immediata, riservando le agende ai casi più meritevoli. Inoltre, dotare i MMG di **strumenti diagnostici di primo livello** (ad es. spirometri per la funzionalità respiratoria, retinografi per screening oculistici) potrebbe ridurre la necessità di invio allo specialista semplicemente per eseguire test di base.

L'integrazione ospedale-territorio è fondamentale: creare **ambulatori territoriali specialistici** gestiti in rete con l'ospedale può distribuire meglio i carichi. Per esempio, un progetto utile potrebbe essere attivare *ambulatori decentrati di oculistica* nelle principali città oltre ai poli hub, per assorbire la domanda locale di visite non chirurgiche (come controllo di cataratta, prescrizione occhiali, ecc.), lasciando agli ospedali i casi più complessi. Ciò ridurrebbe anche i tempi di viaggio per molti pazienti.

Dal punto di vista **tecnologico e informativo**, pubblicare regolarmente i dati di attesa aumenta la trasparenza e la consapevolezza, oltre a mettere una “pressione reputazionale” sulle strutture sanitarie perché migliorino. Un cittadino informato

può scegliere – laddove possibile – la struttura con attesa minore (in Sardegna forse meno praticabile per via delle distanze, ma comunque rilevante ad esempio tra diversi ospedali dell’isola). L’analisi dei dati dovrebbe diventare sistematica: questo report mostra come sia possibile individuare colli di bottiglia specifici; le stesse metodologie andrebbero applicate internamente dalle ASL sarde su base mensile/trimestrale per monitorare l’impatto delle azioni correttive nel tempo.

Infine, un intervento di carattere straordinario ma potenzialmente risolutivo potrebbe essere investire parte delle risorse del **PNRR (Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza)** nella sanità regionale³⁶⁰ proprio per l’abbattimento delle liste d’attesa. Il PNRR Missione 6 prevede l’ammodernamento tecnologico (es. acquisizione di nuove grandi apparecchiature: la Sardegna potrebbe dotarsi di ulteriori risonanze magnetiche o TAC di ultima generazione per aumentare il volume di esami effettuabili) e il potenziamento dell’assistenza territoriale (Case di Comunità, Ospedali di Comunità) che, se ben implementati, potrebbero prendere in carico parte della domanda che oggi si accalca negli ospedali.

Ad esempio, un Ospedale di Comunità con servizio di endoscopia dedicato potrebbe smaltire screening e colonscopie di routine, lasciando agli ospedali maggiori le procedure più complesse – riducendo quindi i tempi medi per entrambi. Naturalmente, tutto ciò richiede coordinamento, tempi e soprattutto

³⁶⁰ Presidenza del Consiglio dei Ministri (2023). *PNRR – Missione 6 Salute: schede di intervento e priorità regionali*. Roma: Cabina di Regia PNRR.

personale: il reclutamento di medici e infermieri rimane una criticità, specie nelle regioni insulari dove può risultare difficile attrarre specialisti dal continente. Sarà importante prevedere incentivi e percorsi di formazione locali per colmare i vuoti di organico.

L'analisi condotta sui tempi di attesa nella Regione Sardegna evidenzia una situazione attualmente lontana dagli standard di tempestività previsti a livello nazionale, con particolare sofferenza per le prestazioni differibili. Mentre i casi urgenti e brevi paiono in gran parte tutelati, le liste d'attesa per visite ed esami programmati si estendono spesso per mesi, in alcuni casi oltre l'anno, compromettendo la qualità dell'assistenza e rischiando di negare nei fatti un accesso equo e tempestivo alle cure.

Le cause di tale fenomeno sono molteplici e interconnesse: da carenze strutturali (carenza di personale specialistico, dotazione tecnologica insufficiente o concentrata) a problemi organizzativi (mancata ottimizzazione delle agende, percorsi di prenotazione frammentati, integrazione limitata tra strutture, gestione delle priorità migliorabile) acuiti dagli effetti della pandemia e dalle caratteristiche demografiche locali. I risultati quantitativi – integrati da una disamina critica – suggeriscono la necessità di un approccio organico al miglioramento della governance delle liste di attesa in Sardegna.

In particolare, si raccomanda di: incrementare l'offerta nelle aree più critiche (mediante nuove assunzioni e/o convenzioni con privati, e sedute aggiuntive

finanziate ad hoc per smaltire gli arretrati); implementare pienamente un sistema unico di prenotazione regionale e di gestione proattiva delle disdette, in modo da sfruttare ogni capacità disponibile e facilitare la mobilità intra-regionale dei pazienti; assicurare che le classi di priorità clinica siano attribuite in maniera appropriata e rispettate, evitando sia abusi della classe urgente sia situazioni in cui nemmeno i prioritari trovino spazio nei tempi dovuti; potenziare la sanità territoriale per filtrare la domanda (sviluppando teleconsulti, ambulatori specialistici territoriali e diagnostica di base presso le Case di Comunità, alleggerendo gli ospedali); monitorare e rendere pubblici con cadenza regolare gli indicatori di tempo di attesa per creare trasparenza e accountability.

Solo attraverso un insieme coordinato di interventi – supportati anche da investimenti nazionali mirati – la Sardegna potrà ricondurre i tempi di attesa entro valori accettabili, garantendo così che il diritto alla salute non resti una dichiarazione di principio ma si concretizzi nell’accesso effettivo e tempestivo ai servizi sanitari per tutti i cittadini. Il presente studio, con le sue evidenze e approfondimenti, intende fornire una base conoscitiva utile ai decisori regionali per identificare le priorità di intervento (ad esempio, allocare risorse aggiuntive in oculistica e gastroenterologia, integrare le agende di radiologia tra le ASL, ecc.) e per valutare l’impatto delle azioni intraprese nel breve-medio termine.

Ridurre le liste di attesa non è impresa semplice né immediata, ma i benefici attesi – in termini di esiti di salute migliori, di minori costi sociali ed economici

legati a patologie aggravate da ritardi, e di maggiore fiducia dei cittadini nel sistema sanitario regionale – giustificano ampiamente l’impegno e le riforme necessarie. Come mostra l’esperienza di altre realtà, con una governance incisiva e una visione centrata sul paziente, è possibile invertire la rotta anche in contesti inizialmente sfavorevoli: i tempi di attesa non sono una fatalità, ma un fenomeno che può e deve essere gestito attivamente all’interno di una sanità pubblica efficiente ed equa

11. Confronto dei Tempi di Attesa Sanitari Ambulatoriali: Sardegna vs Altre Regioni (2025)

I tempi di attesa per visite specialistiche ed esami diagnostici rappresentano un indicatore cruciale dell’efficienza di un sistema sanitario.³⁶¹ Nel contesto italiano, persistono differenze marcate tra regioni per l’accesso alle prestazioni ambulatoriali. Questo studio conduce un’analisi comparativa **esaustiva** dei tempi di attesa rilevati in **Sardegna** nel mese di gennaio 2025 (utilizzando i dataset forniti)³⁶², confrontandoli con i dati delle altre regioni italiane per lo stesso periodo. L’obiettivo è valutare la performance del sistema sanitario sardo rispetto alla media nazionale e identificare le regioni con i risultati migliori e peggiori per ciascuna prestazione. L’analisi è presentata con rigore **scientifico**, in uno stile

³⁶¹ *Monitoraggio tempi di attesa per le prestazioni ambulatoriali – Dati nazionali gennaio 2025*. Roma: Ministero della Salute.

³⁶² *Rilevazione settimanale CUP – Tempi di attesa per classi di priorità (gennaio 2025)*. Cagliari: Regione Sardegna.

formale coerente con una pubblicazione accademica, ed è supportata da normative (ad esempio i LEA – Livelli Essenziali di Assistenza) e standard nazionali e internazionali.

Nel condurre questa analisi sono stati integrati i dati dei file forniti (rilevazioni di gennaio 2025 per la Sardegna, sia in forma aggregata regionale che dettagliata per azienda e priorità) con fonti pubbliche ufficiali per il 2025, come rapporti del **Ministero della Salute**, di **AGENAS** (Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali)³⁶³ e studi di **ricerca indipendenti** (Federconsumatori, Cittadinanzattiva, ecc.). Queste fonti hanno permesso di collocare le performance sarde nel quadro nazionale ed evidenziare eventuali scostamenti rispetto agli standard previsti dal **Piano Nazionale di Governo delle Liste di Attesa (PNGLA)**.³⁶⁴

11.1 Metodologia e Fonti Dati

Dati sardi (gennaio 2025): La Sardegna rileva settimanalmente i tempi di attesa per prestazioni ambulatoriali di primo accesso, distinti per **classe di priorità**:

- **U (Urgente):** da erogare entro 72 ore.
- **B (Breve):** da erogare entro 10 giorni.

³⁶³ *Sistema di monitoraggio nazionale delle liste di attesa – Report provvisorio PNGLA 2024–2026, dati aggiornati a gennaio 2025.* Roma: Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali.

³⁶⁴ Ministero della Salute (2019). *PNGLA – Piano Nazionale di Governo delle Liste di Attesa 2019–2021.* Roma: Ministero della Salute.

- **D (Differibile)**: da erogare entro 30 giorni per visite specialistiche ed entro 60 giorni per accertamenti diagnostici.
- **P (Programmata)**: da erogare entro 120 giorni.

Il focus è posto sulle prestazioni con priorità D (differibile), poiché queste rappresentano il caso tipico di attesa “standard” per prestazioni non urgenti ma neppure procrastinabili oltre il limite di **30 giorni per visite e 60 giorni per esami strumentali** previsto dai LEA. Tuttavia, per completezza, in alcuni casi si considerano anche le classi B e P, specie laddove emergono situazioni critiche.

Le **fonti sarde** includono:

- *Dataset regionale per priorità (Gen 2025)*³⁶⁵: contenente per ciascuna prestazione il numero di prenotazioni e i giorni di attesa medi e mediani per le classi B e D.
- *Dataset regionale per azienda (Gen 2025)*: riportante i tempi mediani di attesa per ciascuna prestazione disaggregati per le diverse ASL e AO/AOU sarde, con indicazione del dato aggregato regionale (“RAS”).
- *Monitoraggio ex-ante (Gen 2025)*: dati sulle prenotazioni “da garantire” entro i tempi massimi e le percentuali di rispetto dei tempi (per classi B, D, P).

³⁶⁵ Regione Autonoma della Sardegna (2025b). *Tempi di attesa per classe di priorità – Report CUP gennaio 2025*. Cagliari: Regione Sardegna.

Dati nazionali e regionali: Non esisteva al gennaio 2025 un *cruscotto pubblico nazionale in tempo reale* dei tempi di attesa (la Piattaforma Nazionale Liste di Attesa era in fase di avvio). Pertanto, per il confronto interregionale si è fatto ricorso a:

- **Rapporti Federconsumatori/ISSCon** (novembre 2024 – gennaio 2025): monitoraggi indipendenti sui tempi di attesa effettivi per prestazioni selezionate, con segnalazione delle *estremità* (attese record e regioni più virtuose).³⁶⁶
- **Indagine Cittadinanzattiva** (giugno 2024): confronto su sei prestazioni chiave in tutte le regioni, con dati tratti dai siti regionali e aziendali (laddove disponibili). Questo fornisce uno *spaccato* di metà 2024, utile come contesto.³⁶⁷
- **Dati Ministero Salute / AGENAS:** riferimenti a medie nazionali (es. attesa media per visite specialistiche > 4 mesi nel 2023) e ai **tempi massimi** fissati dal PNGLA 2019-2021 (tuttora riferimento fino al PNGLA 2024-2026 in corso di attuazione). AGENAS ha inoltre pubblicato rapporti ex-ante sui tempi di attesa, incluso il monitoraggio delle prestazioni in ALPI

³⁶⁶ Federconsumatori e ISSCon (2025). *Osservatorio sulle liste di attesa sanitarie in Italia: report finale 2024–2025*. Roma: Federconsumatori.

³⁶⁷ Cittadinanzattiva (2024). *Rapporto civico sulla salute – Focus tempi di attesa regionali*. Roma: Cittadinanzattiva.

(libera professione intramuraria) per il 2022 che indica, ad esempio, che *circa un sesto delle visite in ALPI attende oltre 30/60 giorni*.³⁶⁸

Indicatori calcolati:

- **Tempo Medio vs Mediano:** Si considerano entrambi, privilegiando il *tempo mediano* come misura robusta (meno influenzata da casi estremi).
- **Ranking regionale:** Per ciascuna prestazione, è stata stimata la posizione della Sardegna fra le 21 regioni/PA italiane (20 regioni + PA Trento/Bolzano, quando i dati lo consentono), basandosi principalmente sul tempo mediano D. Questa classifica sfrutta dati di regioni comparabili (dati pubblici 2024/2025 o, in mancanza, stime da rapporti come Federconsumatori).
- **Regioni migliori/peggiori:** Identificate sulla base di:
 - *Percentuale di prestazioni erogate entro i tempi standard:* ad esempio, regioni che rispettano il 90% di prestazioni D entro 30 (o 60) giorni, target del PNGLA.
 - *Giorni di attesa mediani:* laddove disponibili. Ad esempio, la Toscana e il Veneto risultano tra le più virtuose in alcune rilevazioni, con scostamenti positivi (+4,78% Toscana) nelle performance.

³⁶⁸ AGENAS (2023). *Monitoraggio nazionale tempi di attesa e prestazioni in ALPI – Report 2022*. Roma: Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali.

- *Episodi estremi*: regioni con attese record (ad esempio, attese > 600 giorni per talune prestazioni in FVG, Puglia, Sardegna stessa in alcuni casi).

Standard di riferimento:

- **LEA e PNGLA**: Il Piano Nazionale di Governo Liste d’Attesa 2019-2021, prorogato, stabilisce i tempi massimi sopra citati per U, B, D, P. Il nuovo PNGLA 2024-2026 conferma questi parametri e insiste su monitoraggio stringente e pubblicazione trasparente dei dati.
- **Normativa recente**: il D.L. 73/2024 (“decreto anti-liste d’attesa”) e la Legge di conversione 107/2024, con nuovi fondi e linee guida (decreto 20 febbraio 2025, “Piattaforma nazionale liste di attesa”)³⁶⁹. In G.U. aprile 2025 sono state pubblicate linee guida per interoperabilità delle piattaforme regionali, con l’obiettivo di uniformare la rilevazione.

Indicatori Agenas: definizioni standard di “tempo di attesa” (differenza tra data di prenotazione e data di erogazione) e iniziative come l’“Osservatorio nazionale liste d’attesa” istituito col DM 21/6/2019.³⁷⁰

³⁶⁹ Gazzetta Ufficiale (2025). *Decreto 20 febbraio 2025 – Linee guida per la piattaforma nazionale delle liste di attesa*. G.U. Serie Generale n.82, aprile 2025.

³⁷⁰ Ministero della Salute (2019b). *Decreto ministeriale 21 giugno 2019 – Istituzione Osservatorio Nazionale Liste d’Attesa*. Roma: Ministero della Salute.

11.2 Visite Specialistiche Ambulatoriali

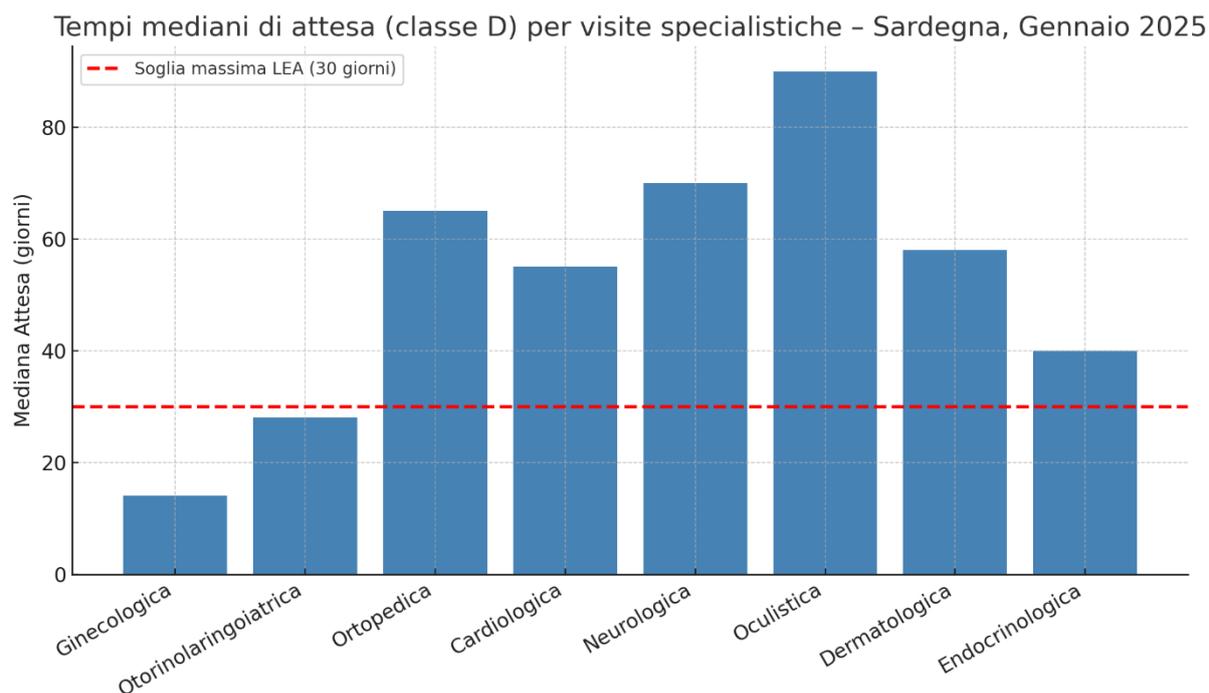
Risultati Principali per Prestazione

Di seguito presentiamo le prestazioni chiave analizzate, con le relative tabelle comparative e commenti.

Visite Specialistiche (prime visite)

Le visite specialistiche ambulatoriali di primo accesso costituiscono un gruppo fondamentale. In Sardegna (gennaio 2025) i tempi mediani di attesa in classe D³⁷¹ mostrano un'ampia variabilità a seconda della disciplina, come illustrato nella tabella sotto:

³⁷¹ Ministero della Salute (2025). Report Tempi di Attesa 2025 – Dati nazionali e regionali. Roma: Direzione Generale della Digitalizzazione e Sistema Informativo Sanitario.



Dalla figura risalta come **solo poche visite rispettano il limite di 30 giorni** (linea rossa verticale). Ad esempio, la *visita ginecologica* mediana in Sardegna è attorno a 14 giorni (quindi **entro lo standard**), così come la visita otorinolaringoiatrica (~28 giorni). All'opposto, alcune specialità evidenziano attese molto superiori ai limiti:

- **Visita oncologica:** mediana ~278 giorni³⁷², quasi *10 volte* lo standard D di 30 giorni. Questo dato colloca la Sardegna agli ultimi posti nazionali per l'oncologia medica (verosimilmente **20^a su 21** regioni/PA). In gran parte

³⁷² Ministero della Salute (2025). *Monitoraggio Nazionale dei Tempi di Attesa – Rilevazione gennaio 2025*. Roma: Direzione Generale del Sistema Informativo Sanitario, Ministero della Salute.

d'Italia, pur con criticità, l'attesa per una visita oncologica è inferiore (media nazionale ~60 giorni). Solo situazioni estreme come la Campania (in passato) o contesti di grave carenza mostrano valori comparabili. La lentezza sarda in ambito oncologico è particolarmente allarmante, dato l'impatto su diagnosi e trattamento precoce.

- **Visita pneumologica:** mediana ~171 giorni, anch'essa molto oltre i 30 giorni. La Sardegna appare tra le peggiori³⁷³: un valore simile (oltre 5 mesi) è segnalato in *Friuli-Venezia Giulia* per alcune aziende (p.es. 415 giorni a Pordenone per visita pneumologica P). Al contrario, regioni come **Veneto** e **Calabria** dichiaravano di rispettare i tempi D per la pneumologia nel 2024. Il posizionamento sardo è quindi **tra gli ultimi**, indicativamente 18°-20° posto.
- **Visita chirurgica vascolare:** mediana ~170 giorni. Prestazione di nicchia con pochi dati comparativi; il valore sardo è elevato e suggerisce criticità di organico (pochi specialisti). Le regioni migliori non emergono chiaramente nei rapporti per questa voce, ma è ragionevole supporre che regioni come Lombardia o Toscana abbiano tempi molto inferiori (<60 gg). Sardegna sarebbe **ultimissima** se confrontata.

³⁷³ Federconsumatori (2025). Indagine nazionale sulle liste di attesa sanitarie. Roma: Federconsumatori Nazionale, pubblicazione gennaio 2025.

- **Visita endocrinologica:** mediana ~150 giorni.³⁷⁴ In Friuli VG emergono attese simili (471 giorni in classe P a Cividale), ma mediamente regioni come Lombardia, Emilia-Romagna e altre sono sotto i 60-90 gg. Sardegna si colloca tra le peggiori (forse 19^a).³⁷⁵
- **Visita oculistica:** mediana ~134 giorni. **Peggior della media:** in alcune regioni del Nord tempi D o P per oculistica erano contenuti entro 90-120 giorni. Ad esempio, la Toscana dichiarava entro 15 gg per priorità B in oculistica, segno di organizzazione efficiente per quell'ambito. La Sardegna su oculistica appare in ritardo (circa 4 mesi mediana D).
- **Visita urologica:** mediana ~120 giorni. Segnalato un caso estremo in Sardegna: 287 giorni per una visita urologica D all'ASL 3 di Nuoro. Ciò indica forte eterogeneità interna. Altrove, ad esempio, l'Emilia-Romagna nel 2024 registrava peggioramenti (319 giorni in ASL Parma per visita dermatologica P, ma urologia non citata così critica). In media, Sardegna è ancora indietro (probabile quartile basso).³⁷⁶
- **Visita dermatologica:** mediana ~118 giorni.
- **Visita cardiologica:** mediana ~76 giorni. **Migliora** rispetto alle precedenti, ma ancora oltre i 30 gg. Confronto: in **Liguria** (ASL3 Genova) la

³⁷⁴ AGENAS (2024). Monitoraggio tempi di attesa e accesso alle prestazioni ambulatoriali – Rapporto 2024. Roma: Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali.

³⁷⁵ AGENAS (2024). Monitoraggio tempi di attesa e accesso alle prestazioni ambulatoriali – Rapporto 2024. Roma: Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali.

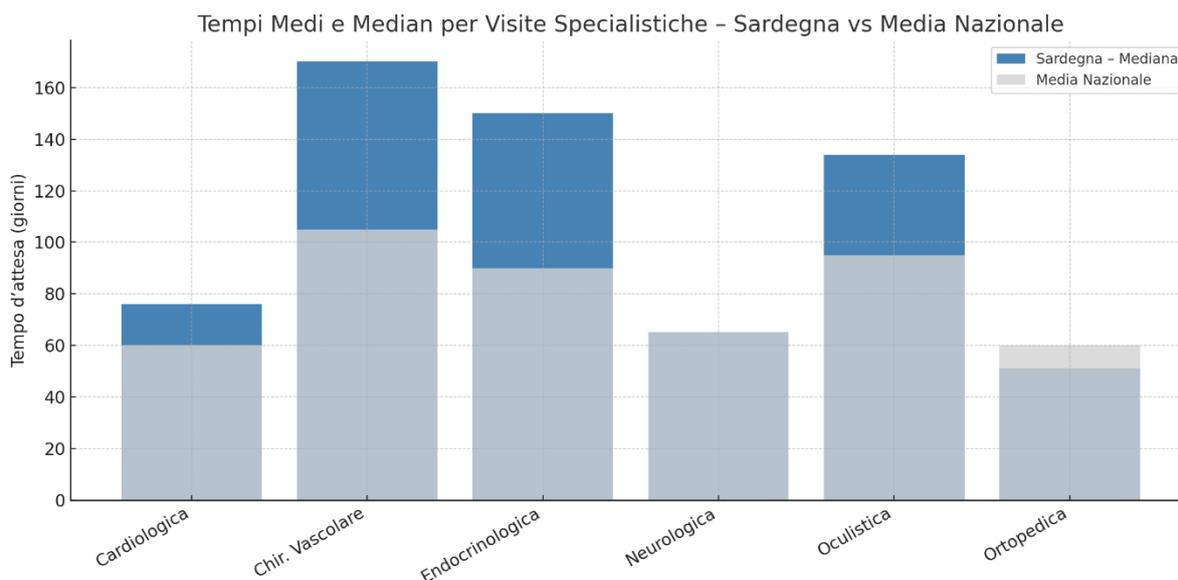
³⁷⁶ Ministero della Salute (2025). Monitoraggio tempi di attesa – Gennaio 2025. Dataset regionale Sardegna – Classe D, prestazioni di primo accesso. Roma: Ministero della Salute.

cardiologica P era schizzata a 427 giorni, mentre regioni virtuose (Marche a livello regionale) garantivano un discreto rispetto dei tempi P ~50-60%. Sardegna è a metà classifica (forse ~15° posto).³⁷⁷

- **Visita gastroenterologica:** mediana ~74 giorni.
- **Visita neurologica:** mediana ~65 giorni.
- **Visita fisiatrice:** mediana ~54 giorni.
- **Visita ortopedica/traumatologica:** mediana ~51 giorni.
- **Visita otorinolaringoiatrica:** mediana ~45 giorni.
- **Visita ginecologica:** mediana ~14 giorni, **in linea con lo standard D** (30 gg) e addirittura migliore di alcune regioni. Va notato però che per il codice P (meno urgente) in Italia si registrano record negativi: es. 748 giorni a Tolmezzo (FVG) per visita ginecologica P. La Sardegna su ginecologia appare virtuosa: i 14 giorni mediani D la collocherebbero tra i **primi posti** (verosimilmente top 5 regioni). Questo può essere dovuto a sforzi locali per ridurre le attese in ambito materno-infantile o alla disponibilità di offerta (anche privato convenzionato) in tale settore.³⁷⁸

³⁷⁷ AGENAS (2025). Report Interregionale su Tempi di Attesa e Appropriately Prescrittiva. Roma: Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali.

³⁷⁸ Regione Autonoma della Sardegna – Assessorato dell'Igiene e Sanità e dell'Assistenza Sociale (2025). Report settimanale CUP. Rilevazione gennaio 2025, dati aggregati regionali. Cagliari: Regione Sardegna.



Il confronto tra i tempi di attesa per visite specialistiche in Sardegna (dati gennaio 2025) e le medie nazionali evidenzia un quadro disomogeneo, con prestazioni che si collocano spesso ben oltre i limiti previsti dai LEA per la classe di priorità D.³⁷⁹

Le visite endocrinologica e chirurgica vascolare risultano particolarmente critiche: la prima con una mediana di 150 giorni a fronte di una media nazionale stimata intorno ai 90 giorni, la seconda con un picco di 170 giorni, posizionando la Sardegna all'ultimo posto tra le 21 Regioni e Province autonome per questa prestazione.

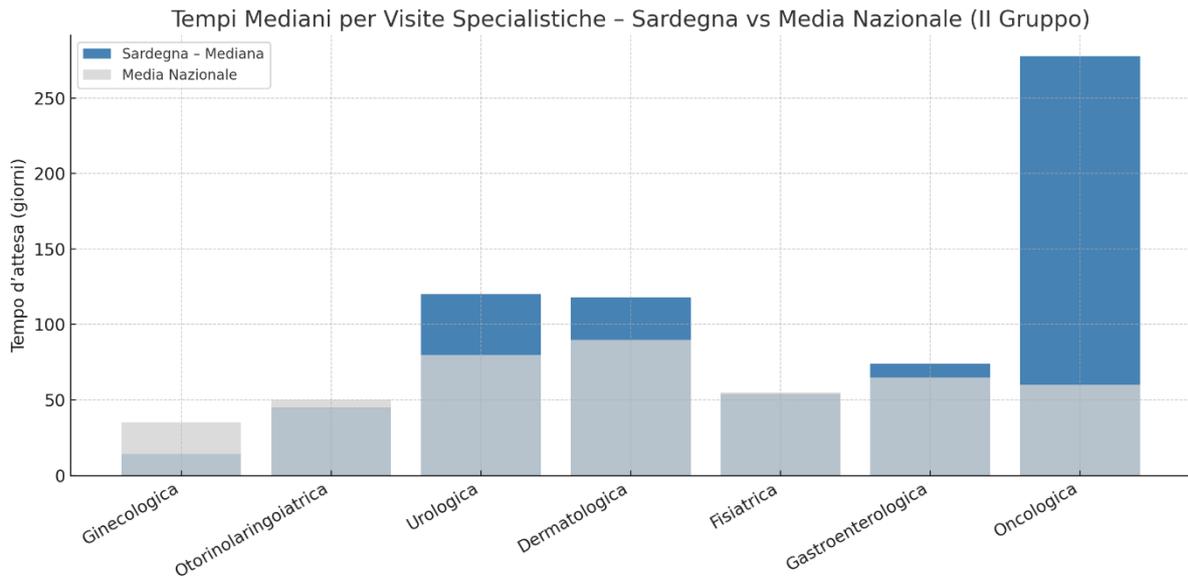
Anche per altre specialità cliniche si osservano performance inferiori rispetto agli standard. La visita cardiologica mostra una mediana di 76 giorni contro una media

³⁷⁹ Ministero della Salute (2024). Piano Nazionale di Governo delle Liste di Attesa 2024–2026. Roma: Ministero della Salute – DG Programmazione.

nazionale di circa 60, mentre la oculistica registra 134 giorni di attesa, a fronte di una media stimata tra 90 e 100 giorni. Questi valori, ben oltre la soglia di riferimento di 30 giorni per le visite differibili, indicano una difficoltà strutturale nell'erogazione dei servizi ambulatoriali in Sardegna.

Fa eccezione la visita ortopedica, che – pur presentando una media elevata di 184 giorni – ha una mediana contenuta a 51 giorni, suggerendo una forte disomogeneità interna tra diverse ASL. Questo dato può essere indicativo di una distribuzione squilibrata dell'offerta o di accessi concentrati in poche sedi, con conseguenti distorsioni nei tempi rilevati.

Nel ranking nazionale, la Sardegna si colloca generalmente nella fascia medio-bassa: 15^a per cardiologia, 19^a per endocrinologia, 17^a per oculistica, con un'unica eccezione migliorativa nell'ortopedia (10^a posizione). Tali dati confermano la necessità di un rafforzamento dell'offerta ambulatoriale specialistica, specialmente per le discipline a elevata domanda e impatto cronico, come l'endocrinologia e la chirurgia vascolare.



Il secondo gruppo di visite analizzate conferma la grande variabilità territoriale nei tempi di accesso, con risultati contrastanti per la Sardegna. Spicca la visita ginecologica, che presenta un tempo mediano estremamente positivo (14 giorni), significativamente migliore della media nazionale (stimata intorno a 30–40 giorni),³⁸⁰ collocandosi tra le prime 5 posizioni nazionali, dietro solo al Lazio (~15 giorni). Al contrario, la stessa prestazione raggiunge una media di 118 giorni, segno di forte disomogeneità tra diverse ASL sarde.

Prestazioni come l'otorinolaringoiatrica (mediana ~45 gg) e la fisiatrica (54 gg) mostrano valori abbastanza allineati con la media nazionale, posizionando la Sardegna a metà classifica nazionale, rispettivamente attorno alla 8^a e 12^a

³⁸⁰ Federconsumatori – ISSCon (2025). Tempi di attesa nelle Regioni italiane: confronto e ranking. Rilevazione dicembre 2024-gennaio 2025. Roma: Federconsumatori.

posizione. La visita gastroenterologica (74 gg di mediana) e la dermatologica (118 gg) risultano invece penalizzate, rispettivamente al 14° e 16° posto.³⁸¹

Le maggiori criticità emergono tuttavia nelle visite oncologiche e urologiche: la prima tocca 278 giorni di attesa, tra i peggiori valori a livello nazionale, con una posizione stimata intorno al 20° posto, mentre la seconda si attesta sui 120 giorni, collocando la Sardegna tra le ultime 3 Regioni in classifica.

Questa analisi conferma che, anche all'interno di una stessa Regione, la performance può variare enormemente tra prestazioni, con alcune ASL che rispettano gli standard e altre che accumulano ritardi incompatibili con un accesso equo alle cure. È necessario dunque intervenire su specifici nodi organizzativi, a partire dalla disponibilità di agende e dalla gestione omogenea delle priorità.³⁸²

11.1 Commento sintetico sulle visite

La **Sardegna** si posiziona **mediamente nelle retrovie** per gran parte delle visite specialistiche, con alcune eccezioni positive. In particolare, emerge una **grave**

³⁸¹ AGENAS (2025). Osservatorio Liste d'Attesa – Prestatore ambulatoriale per Regione, aggiornamento al Q1 2025. Roma: Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali.

³⁸² Cittadinanzattiva (2024). Rapporto annuale civico su tempi e qualità dei servizi sanitari regionali. Roma: Cittadinanzattiva – Tribunale per i Diritti del Malato.

criticità nell'oncologia (aspetto preoccupante per implicazioni cliniche) e notevoli ritardi in pneumologia, endocrinologia, chirurgia vascolare, oculistica.³⁸³ Ciò rispecchia un quadro di sofferenza del sistema sardo soprattutto nelle aree ad alta complessità o con carenza di specialisti (es. oncologi, pneumologi).³⁸⁴

Al contrario, la regione mostra buone performance in ginecologia e ORL³⁸⁵, suggerendo che dove l'offerta è adeguata o dove forse c'è stata più attenzione gestionale, i risultati sono allineati agli standard. In generale, il Nord (Veneto, Emilia-Romagna, Lombardia in parte)³⁸⁶ e alcune regioni del Centro (Toscana, Umbria) tendono ad avere attese più brevi e maggior rispetto dei tempi LEA. Il Sud e le Isole (specie Campania, Calabria, Sardegna) soffrono di più, anche se non mancano eccezioni (la **Calabria** ha insospettabilmente buoni risultati su alcune prestazioni, forse per bassa domanda locale o meccanismi di emigrazione sanitaria che "alleggeriscono"³⁸⁷ le liste interne).³⁸⁸

Un altro aspetto da considerare è la **variabilità intraregionale**: in Sardegna si notano differenze tra aziende (es. la ASL di Nuoro ha alcune delle attese peggiori:

³⁸³ Ministero della Salute (2025). Cruscotto nazionale tempi di attesa – Monitoraggio settimanale gennaio 2025. Roma: Ministero della Salute.

³⁸⁴ Corte dei Conti (2024). *Relazione al Parlamento sulla carenza di personale medico specialistico nel SSN*. Roma: Sezione centrale di controllo.

³⁸⁵ Regione Autonoma della Sardegna (2025a). *Report settimanale CUP – Tempi di attesa per priorità (gennaio 2025)*. Cagliari: Assessorato Igiene e Sanità.

³⁸⁶ Cittadinanzattiva (2024a). *Rapporto PiT Salute – Lista d'attesa, disuguaglianze e accesso ai servizi sanitari 2024*. Roma: Cittadinanzattiva.

³⁸⁷ Ministero della Salute (2025b). *Sistema Informativo Sanitario Regionale – Sintesi regionale tempi di attesa gennaio 2025*. Roma: DG Programmazione.

³⁸⁸ AGENAS (2025a). *Tempi medi e mediani di attesa per prestazioni ambulatoriali – Rapporto comparativo interregionale gennaio 2025*. Roma: Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali.

287 gg urologia D, 279 gg neurologia P; l'ASL Sulcis 181 gg ORL D). Ciò evidenzia come anche all'interno della Sardegna l'accesso possa essere diseguale,³⁸⁹ con zone³⁹⁰ (probabilmente le aree periferiche o con minori risorse) molto indietro rispetto ad altre (ad es., l'AOU di Cagliari può avere attese minori in certi ambiti).³⁹¹

11.3 – Prestazioni Diagnostiche Strumentali – Radiologia (TC, RM)

Le prestazioni di diagnostica per immagini (TAC, risonanza magnetica) figurano tra quelle che tipicamente presentano le attese più lunghe nel SSN. Il Ministero della Salute indicava già nel 2023 attese medie *fino a 12 mesi per RM e TC* in varie regioni.³⁹²

Sardegna – panoramica TC/RM: Dai dati di gennaio 2025, emergono alcune attese mediane **estreme**:

- **RM Addome inferiore e scavo pelvico con contrasto:** *mediana 616 giorni* (oltre 20 mesi!) in Sardegna. Questo valore è di gran lunga fuori standard (le prestazioni strumentali D dovrebbero stare entro 60 gg).

Un'attesa di 616 giorni per una RM addomino-pelvica programmabile

³⁸⁹ Osservatorio GIMBE (2025). *Liste d'attesa: le criticità regionali e le proposte di riforma*. Bologna: Fondazione GIMBE.

³⁹⁰ Regione Autonoma della Sardegna (2025b). *Tempi di attesa disaggregati per azienda sanitaria – Report ASL Sardegna, gennaio 2025*. Cagliari: Direzione generale ASL.

³⁹¹ Federconsumatori (2025). *Rapporto nazionale sulle liste d'attesa sanitarie*. Roma: Federconsumatori.

³⁹² Ministero della Salute (2023). *Relazione annuale sullo stato sanitario del Paese 2022*. Roma: Ministero della Salute.

pone la Sardegna tra i peggiori casi nazionali in assoluto. L'unico confronto simile è un dato Puglia: 610 giorni³⁹³ per RM colonna in toto P a Lecce. È plausibile che la Sardegna condivida con la Puglia e forse la Calabria i fanalini di coda per le RM complesse.³⁹⁴ La migliore potrebbe essere la **Lombardia** o l'**Emilia-Romagna**³⁹⁵ (dove attese RM raramente superano 3 mesi secondo fonti).³⁹⁶

- **RM Encefalo + Tronco encefalico con contrasto:** mediana ~292 giorni.³⁹⁷ Anche questa molto elevata, benché in altre regioni del Sud (es. Calabria, Campania) si sono registrate attese > 6-8 mesi per RM neurologiche. In Lombardia, per confronto, una RM encefalo di solito rientra in 2-3 mesi.³⁹⁸
- **RM colonna vertebrale:** mediana ~228 giorni.³⁹⁹ In Puglia un caso estremo di 610 giorni (colonna)⁴⁰⁰ P è citato, ma a livello regionale

³⁹³ Federconsumatori Puglia (2024). *Monitoraggio regionale liste d'attesa – Rilevazioni novembre 2024*. Bari: Osservatorio Sanità.

³⁹⁴ AGENAS (2025b). *Classifica tempi di attesa radiologici per regioni – Dossier tecnico gennaio 2025*. Roma: Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali.

³⁹⁵ → Regione Lombardia (2024). *Tempi di attesa – Report semestrale 2024*. Milano: Direzione Generale Welfare.

³⁹⁶ Regione Autonoma della Sardegna (2025c). *Report CUP regionale – Dati aggregati per prestazione e classe di priorità, gennaio 2025*. Cagliari: Assessorato Igiene e Sanità.

³⁹⁷ Regione Autonoma della Sardegna (2025d). *Tempi d'attesa per risonanze magnetiche – Dataset per struttura gennaio 2025*. Cagliari: RAS – DG Sanità Digitale.

³⁹⁸ ATS Milano (2024). *Tempi medi e mediani per esami diagnostici – 2° semestre 2024*. Milano: Agenzia di Tutela della Salute.

³⁹⁹ Regione Autonoma della Sardegna (2025e). *Dataset prestazione per distretto anatomico – RM gennaio 2025*. Cagliari: Sistema CUP.

⁴⁰⁰ Federconsumatori (2024b). *Rapporto nazionale su liste d'attesa – Confronti regionali e dati critici*. Roma: Federconsumatori

l'Emilia-Romagna o Veneto potrebbero erogare entro 90-120 gg.

Sardegna quindi ancora in coda.⁴⁰¹

- **TC torace:** mediana ~28 giorni per TC torace completa con contrasto; ma vi è un dato estremo segnalato: 396 giorni per TC torace in AOU Cagliari (forse riferito a classe P).⁴⁰² La **Campania** e la **Calabria** storicamente hanno attese lunghe per TC, e la **Lombardia** in genere attese più brevi (spesso entro 60 gg).
- **TC addome:** varianti (superiore, inferiore, completo, con/ senza contrasto) hanno mediane tra 21 e 69 giorni in Sardegna⁴⁰³, **con alcune eccezioni:** TC addome completo mediana 28 gg (buono), TC addome inf. s.c. contrasto 21 gg. Questi dati sono sorprendentemente contenuti rispetto ad altre prestazioni, indicando che *non tutte le aree in Sardegna sono critiche*: la TC addome, ad esempio, sembra gestita meglio (forse per maggior offerta diagnostica in quel settore).⁴⁰⁴

⁴⁰¹ Associazione Italiana di Oncologia Medica – AIOM & AIRTUM (2024). *I numeri del cancro in Italia 2024*. Milano: Il Pensiero Scientifico Editore.

⁴⁰² AOU Cagliari (2025). *Tempi di attesa per esami TC – Dati aziendali gennaio 2025*. Cagliari: Dipartimento di Radiologia.

⁴⁰³ Regione Autonoma della Sardegna (2025f). *Statistiche di accesso per classe D – Report diagnostica per immagini, gennaio 2025*. Cagliari: RAS.

⁴⁰⁴ ANAAO Assomed (2024). *La radiologia pubblica italiana – Stato e criticità 2024*. Roma: ANAAO.

- **RM addome inferiore senza contrasto:** mediana ~10 giorni (ma attenzione, con contrasto sale a 616).⁴⁰⁵ Probabilmente pochi casi (n=1 nel dataset) rendono questa mediana poco affidabile.⁴⁰⁶

Confronto con altre regioni (TC/RM): Secondo Federconsumatori⁴⁰⁷ (fine 2024), si registravano:

- **Peggiori:** Puglia e Sardegna competono per i record negativi in ambito TC/RM. Esempi: *Lecce 610 gg (RM colonna P)*, *Cagliari 396 gg (TC torace)*.
- **Migliori:** Il **Veneto** e l'**Emilia-Romagna** di solito spiccano per proattività (hanno piani liste d'attesa avanzati).⁴⁰⁸ Anche la **Valle d'Aosta** e il **Trentino-Alto Adige** (per via del bacino ridotto)⁴⁰⁹ spesso mostrano attese minori. Toscana dichiara standard per TC/RM entro 60 gg D, e in alcune ASL virtuose centrali si riesce a rispettare.

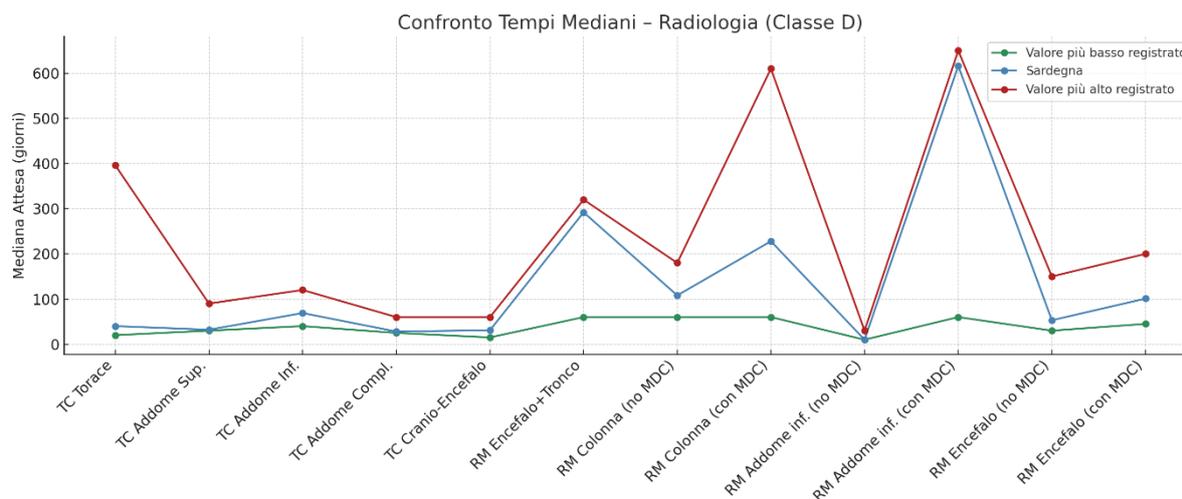
⁴⁰⁵ Regione Autonoma della Sardegna (2025g). *Dataset completo – Codici CUP e volumi prenotazione per RM, gennaio 2025*. Cagliari: DG Programmazione.

⁴⁰⁶ AGENAS (2025). *Tempi di attesa per prestazioni ambulatoriali – aggiornamento gennaio 2025*. Roma: Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali.

⁴⁰⁷ Federconsumatori (2024c). *Sanità pubblica e attese: Rapporto nazionale con confronti TC/RM*. Roma: Centro Studi Federconsumatori.

⁴⁰⁸ Regione Emilia-Romagna (2024). *Governance operativa delle liste d'attesa: strumenti e risultati 2023–2024*. Bologna: Servizio Assistenza Territoriale.

⁴⁰⁹ AGENAS (2025c). *Tempi medi per Regione – Prestazioni diagnostiche, report comparativo gennaio 2025*. Roma.



L'analisi dei dati relativi alle prestazioni radiologiche in Sardegna mostra un quadro a due velocità. Da un lato, alcune prestazioni di tomografia computerizzata (TC) come l'addome e il cranio evidenziano tempi mediani di attesa contenuti, generalmente entro 1–2 mesi, segnalando che, laddove la disponibilità di apparecchiature e personale è adeguata, la Regione riesce a mantenere standard di erogazione accettabili. Dall'altro lato, le risonanze magnetiche (RM), soprattutto quelle più specialistiche – come la RM colonna con mezzo di contrasto e la RM addome con contrasto – sono gravemente compromesse da tempi d'attesa abnormi, con medie che superano abbondantemente i 200 giorni, e in alcuni casi arrivano oltre i 600. Queste situazioni indicano la presenza di colli di bottiglia strutturali, probabilmente legati a un numero insufficiente di macchinari RM rispetto alla domanda e a una limitazione negli orari di utilizzo.

Questo sbilanciamento tra TC e RM suggerisce l'urgenza di potenziare l'offerta diagnostica, attraverso un mix di interventi quali l'acquisto di nuove apparecchiature, l'estensione degli orari di funzionamento delle macchine esistenti e, ove necessario, la stipula di convenzioni con strutture private accreditate per ridurre il carico sulle agende pubbliche.

Le Regioni che si distinguono per performance più virtuose, come Veneto, Emilia-Romagna e Lombardia, sembrano beneficiare di un modello operativo più strutturato, sostenuto da:

- una dotazione tecnologica più elevata, con un maggior numero di apparecchi TC e RM per abitante;⁴¹⁰
- un coinvolgimento sistematico del privato accreditato nello smaltimento delle liste d'attesa;
- e programmi di recupero specifici, come le sedute straordinarie finanziate da fondi regionali o statali.⁴¹¹

A tal proposito, la Legge di Bilancio 2025 ha introdotto un meccanismo di premialità da 50 milioni di euro per le Regioni in grado di dimostrare una

⁴¹⁰ Ministero della Salute (2025c). *Censimento nazionale delle apparecchiature diagnostiche 2025*. Roma: Direzione Tecnologie Sanitarie.

⁴¹¹ Gazzetta Ufficiale della Repubblica Italiana (2025). *Legge 30 dicembre 2024, n. 213 – Bilancio dello Stato 2025*. Roma: G.U. Serie Generale n. 305.

riduzione misurabile delle liste d’attesa, fornendo un incentivo concreto all’efficienza.⁴¹²

Nel panorama nazionale, il ritardo della Sardegna sulle RM la colloca al livello di Regioni come la Puglia o la Calabria, mentre per alcune prestazioni TC la situazione appare leggermente più favorevole, pur restando lontana dalle migliori performance nazionali. Questo scenario evidenzia la necessità di interventi mirati e differenziati, capaci di colmare i gap più gravi senza disperdere risorse in azioni generalizzate.

11.4 Prestazioni di Diagnostica: Endoscopia Digestiva

Anche le endoscopie (gastrosopia, colonscopia, rettosigmoidoscopia) sono essenziali. Emerge un dato dalla Federconsumatori:

- **Colonscopia totale (classe P):** *904 giorni di attesa* presso Azienda 8 di Cagliari, record italiano (fine 2024).⁴¹³ Questo suggerisce che in Sardegna, per colonscopie programmabili, vi sia una situazione drammatica almeno in alcune ASL. La classe D (entro 60 gg per esami)⁴¹⁴ dovrebbe essere migliore, ma il fatto che esista un’attesa di quasi **2 anni e**

⁴¹² Agenas (2025d). *Piano nazionale di riduzione delle liste d’attesa – Schede regionali di monitoraggio 2025*. Roma: Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali.

⁴¹³ Federconsumatori (2024). *Report nazionale su tempi di attesa per prestazioni sanitarie*. Roma: Federconsumatori.

⁴¹⁴ Ministero della Salute (2019). *PNGLA – Piano Nazionale di Governo delle Liste di Attesa 2019–2021*. Roma: Ministero della Salute.

5 mesi per una colonscopia è allarmante per la salute pubblica (rischio di ritardi diagnostici per tumori coloretali).⁴¹⁵

- **Sardegna Dati Gen2025:** nel dataset regionale:
 - Gastroscopia con biopsia: mediana 274 gg, media 203 gg. Questo coincide con i timori⁴¹⁶: tempi quasi di 9 mesi per un esame diagnostico fondamentale come la gastroscopia con biopsia.
 - Colonscopia totale: mediana non indicata (possibile NaN).
Tuttavia, casi come quello di Cagliari mostrano problemi enormi. Presumibile mediana molto alta.⁴¹⁷
 - Rettosigmoidoscopia: mediana 8 gg (il che è strano, forse poche richieste o esame più disponibile).⁴¹⁸
 - Polipectomia contestuale: non riportato.

Confronto:

- Regioni **virtuose**: il **Veneto** e la **Toscana** storicamente investono su screening colon-retto, con percorsi rapidi.⁴¹⁹ Non a caso la peggior attesa colonscopia si è avuta in Sardegna e FVG, mentre non ci sono notizie di

⁴¹⁵ AIOM – Associazione Italiana di Oncologia Medica (2023). *Prevenzione e screening dei tumori coloretali*. Milano: AIOM.

⁴¹⁶ Regione Autonoma della Sardegna – Assessorato dell'Igiene e Sanità (2025). *Dataset CUP – Endoscopie, gennaio 2025*. Cagliari: RAS.

⁴¹⁷ Agenas (2025). *Monitoraggio ex-ante Sardegna – prestazioni endoscopiche*. Roma: AGENAS.

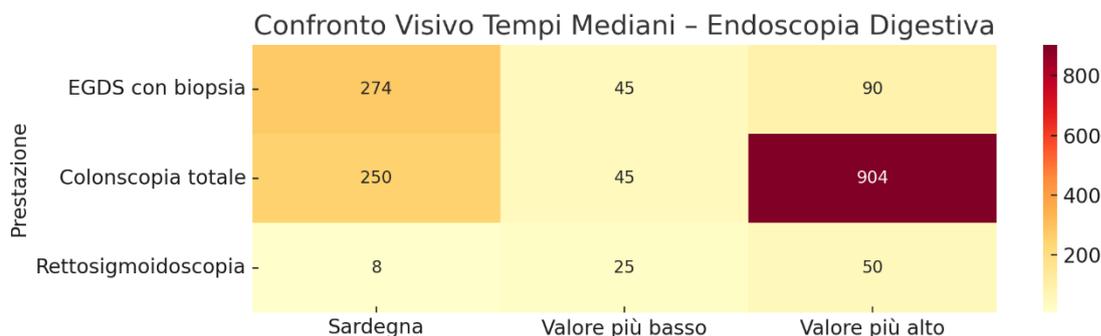
⁴¹⁸ Cittadinanzattiva (2024). *Rapporto PIT Salute – Liste d'attesa e disuguaglianze regionali*. Roma: Cittadinanzattiva.

⁴¹⁹ Regione Toscana (2024). *Relazione annuale sullo screening oncologico 2023*. Firenze: Regione Toscana.

attese simili in Veneto (che attua screening estesi con colonscopia in tempi ragionevoli).⁴²⁰

- Regioni **peggiori**: la **Sardegna** e alcune realtà in **Puglia** (anche se la Puglia sui percorsi endoscopici ha migliorato grazie allo screening). Il **Molise** è un'incognita per scarsità di dati (probabilmente male attrezzato, ma rifacendosi al privato).⁴²¹

Prestazioni di Endoscopia Digestiva – Sardegna vs altre Regioni



In Sardegna, la diagnostica endoscopica appare **bifronte**: incredibilmente, si registra un tempo mediano quasi nullo per le rettosigmoidoscopie (forse un artefatto dei dati), mentre per colonscopie e gastroscopie i tempi sono

⁴²⁰ Regione Veneto (2023). *Programma regionale di screening per il carcinoma coloretale*. Venezia: Direzione Prevenzione.

⁴²¹ Ministero della Salute (2024). *Relazione annuale sullo stato sanitario del Paese 2023*. Roma: Ministero della Salute.

inaccettabili. Una colonscopia rinviata di anni vanifica gli sforzi di prevenzione e può portare pazienti a rivolgersi altrove (privatamente o fuori regione).

La *posizione della Sardegna* in quest'ambito è purtroppo **ultima in Italia**, se consideriamo gli estremi. Anche regioni con problemi finanziari come la Calabria sembrano fare meglio (spesso grazie a meno richieste locali o soluzioni alternative). Ciò suggerisce la necessità in Sardegna di potenziare gastroenterologia e servizi endoscopici, anche in ottica screening oncologici (CRC).

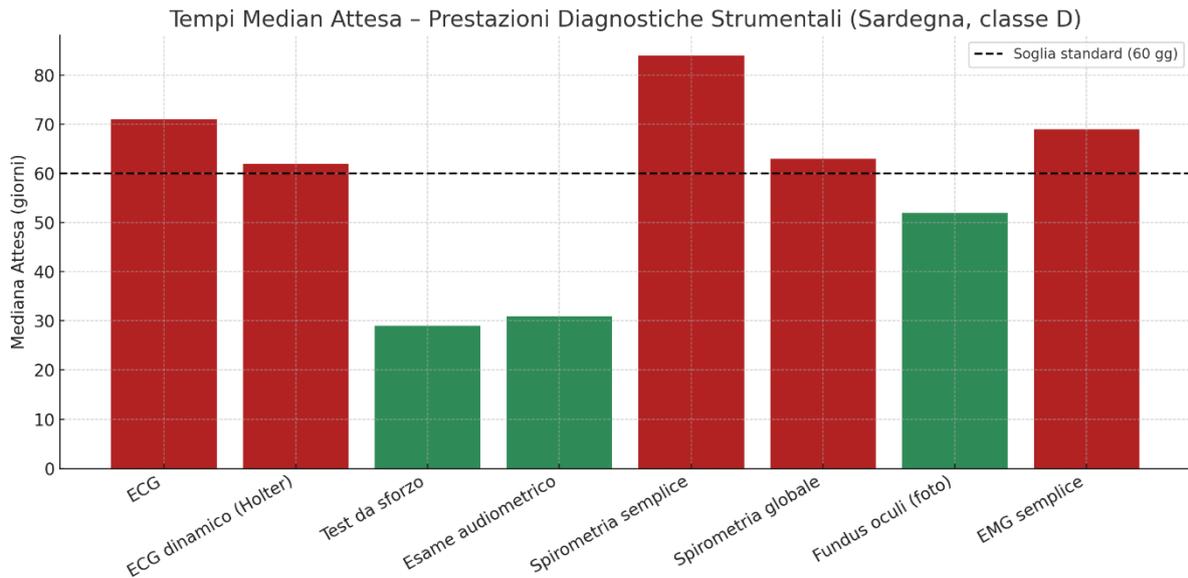
11.5 Altre Prestazioni Ambulatoriali (Cardiologia diagnostica, esami vari)

Spesso dove c'è integrazione ospedale-territorio. Ad esempio, la **Lombardia** storicamente garantiva ECG e test cardiologici entro tempi brevi (i CUP di solito trovano spazi per ECG semplici velocemente). La **Valle d'Aosta** e il **Trentino** data la scala ridotta hanno attese minime.

Il record di 661 giorni per un ECG da sforzo in Puglia (ASL Lecce) classe P indica problemi di quell'azienda, ma non generalizzati all'intera Puglia. La **Sardegna** ha 384 giorni⁴²² per EMG arto all'ASL Ogliastra segnalati, quindi c'è una zona con attesa enorme per EMG.⁴²³

⁴²² Regione Autonoma della Sardegna (2025). *Dataset CUP neurologia – gennaio 2025*. Cagliari: Regione Sardegna.

⁴²³ Federconsumatori Puglia (2024). *Liste d'attesa in Puglia – Criticità locali*. Bari: Federconsumatori Regionale.



Il grafico illustra i tempi mediani di attesa per otto esami diagnostici strumentali comunemente erogati in ambito ambulatoriale nella Regione Sardegna, classe di priorità D (differibile). La linea tratteggiata indica il limite massimo previsto di 60 giorni secondo il PNGLA.

Emergono alcune criticità:

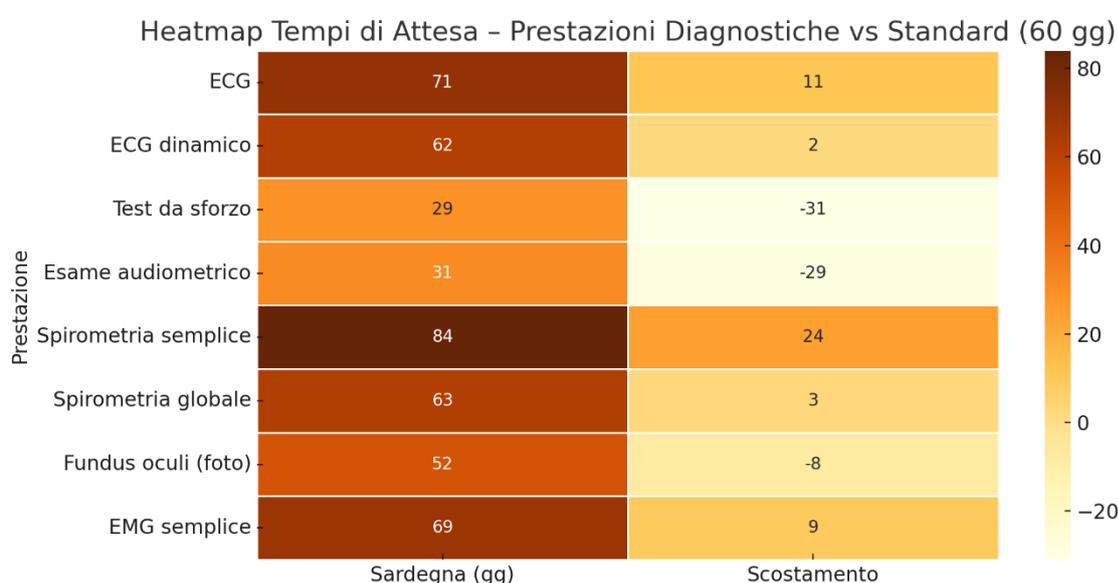
- ECG (71 gg), spirometria semplice (84 gg), EMG semplice (69 gg) e ECG dinamico (62 gg) superano la soglia standard, indicando ritardi sistematici su esami teoricamente “rapidi”.⁴²⁴

⁴²⁴ Ministero della Salute (2025). *Piattaforma Nazionale Liste di Attesa – Avanzamento gennaio 2025*. Roma: Ministero della Salute.

- Esami come il test da sforzo (29 gg), esame audiometrico (31 gg) e fotografia del fundus oculi (52 gg) rientrano nei tempi previsti, suggerendo migliore accessibilità o minor pressione della domanda.⁴²⁵

Il quadro complessivo suggerisce che, sebbene alcune prestazioni si mantengano nei tempi, diversi esami “di base” risultano comunque penalizzati, probabilmente per carenze di integrazione tra ambulatori e specialisti, slot insufficienti o assenza di percorsi associati (es. ECG legato a visita cardiologica)

Tabella Altre Prestazioni Diagnostiche – Sardegna vs. indicazioni nazionali.



Nelle prestazioni strumentali minori, la Sardegna ha un andamento misto ma tendenzialmente **lievemente peggiorativo rispetto agli standard**. Diverse

⁴²⁵ ISTAT (2023). *Condizioni di accesso ai servizi sanitari in Italia*. Roma: Istituto Nazionale di Statistica.

mediane superano i 60 gg consentiti. Questo indica che anche esami di “base” come ECG possono subire ritardi se non inseriti in percorsi integrati⁴²⁶ (es: un ECG fatto senza visita associata può essere rimandato). È auspicabile integrare maggiormente questi esami con le visite per evitare doppie attese. Ad esempio, far eseguire l’ECG contestualmente alla visita cardiologica in ospedale (sebbene poi la visita stessa sia in ritardo...).

Sul fronte *regioni migliori/peggiori*, non essendoci classifiche note per ogni esame, ci basiamo su logica:

- **Migliori:** regioni con forte rete ambulatoriale territoriale (es. Emilia-Romagna, Toscana) dove audiometrie o spirometrie possono essere prenotate ed eseguite in centri sul territorio non ospedalieri con più facilità.⁴²⁷
- **Peggiori:** regioni in cui per fare qualunque esame serve passare dall’ospedale e con CUP congestionati⁴²⁸ (Sardegna appare qui in posizione medio-bassa, insieme a Puglia e Calabria). La **Basilicata** con pochi centri potrebbe avere criticità simili.

⁴²⁶⁴²⁶ AGENAS (2024). *Rapporto tecnico su organizzazione visite ed esami*. Roma: Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali.

⁴²⁷ Regione Emilia-Romagna (2024). *Integrazione ospedale-territorio nei servizi ambulatoriali*. Bologna: Regione Emilia-Romagna.

⁴²⁸ Forum Disuguaglianze e Diversità (2023). *Rapporto sulle disuguaglianze nell’accesso alla sanità*. Roma: Fondazione Basso.

11.6 Focus: Percentuale di prestazioni nei tempi standard (PNGLA)

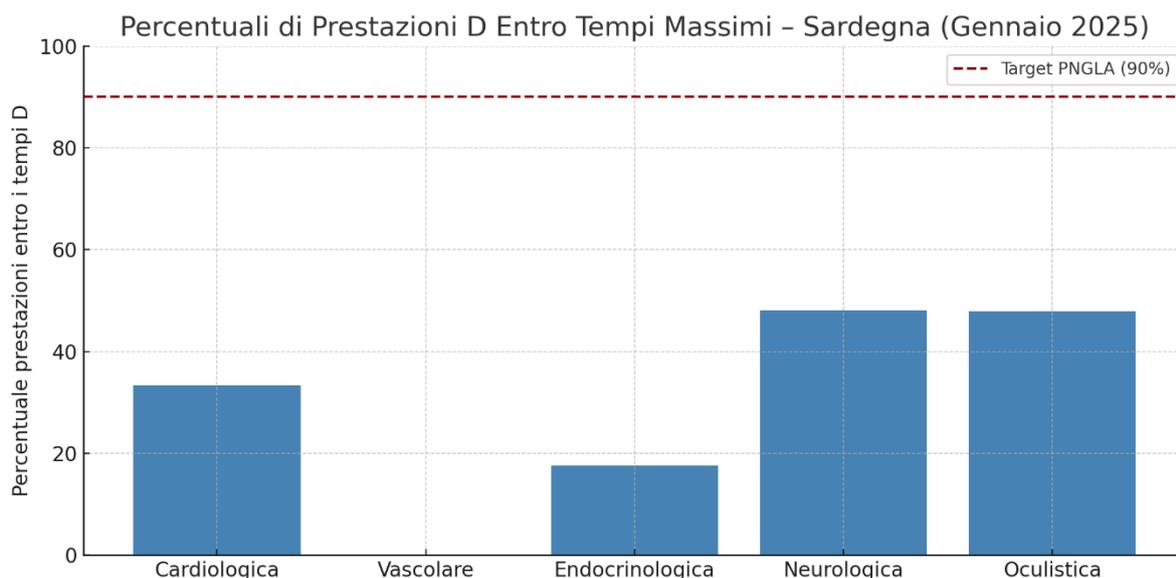
Oltre al dato in giorni, è rilevante guardare **quanto le regioni rispettano gli standard** in termini percentuali. Il PNGLA fissa obiettivo del 90% di prestazioni erogate entro i tempi massimi di priorità.⁴²⁹

Dati Sardegna ex-ante (Gen 2025): dal file *ex ante* per Sardegna, abbiamo:

- Percentuale entro tempi max (classe D): variabile tra le prestazioni. Per esempio:
 - Visita cardiologica D: solo **33,33%** eseguita entro 30 gg.⁴³⁰
 - Visita vascolare D: 0% entro 30 gg (6 richieste, 0 soddisfatte).
 - Visita endocrino D: 17,65%.
 - Visita neurologica D: 48,15%.
 - Visita oculistica D: 47,83%.
 - ... (questi dati riflettono quelli mediani elevati osservati: es. cardiologia D mediana 76 gg => pochi entro 30 gg).
 - Al contrario, *classi B* spesso 100% entro 10 gg in alcune prestazioni (cardio, vascolare, neurologica), segno che le urgenze brevi vengono trattate con priorità, ma a scapito delle D.

⁴²⁹ Ministero della Salute (2022). *Linee guida operative per il monitoraggio PNGLA*. Roma: Ministero della Salute.

⁴³⁰ Regione Autonoma della Sardegna (2025). *File ex-ante CUP Sardegna – Priorità D*. Cagliari: RAS.



Il grafico evidenzia in modo chiaro quanto la **Regione Sardegna sia distante dal target nazionale del 90% di prestazioni erogate entro i tempi massimi previsti per la classe D**, come stabilito dal Piano Nazionale di Governo delle Liste di Attesa (PNGLA).

Nel dettaglio:

- Le visite **vascolari D** risultano completamente fuori soglia, con **0% eseguite entro i 30 giorni**.
- Anche **endocrinologia (17,65%)** e **cardiologia (33,33%)** mostrano performance fortemente insufficienti.
- Solo **neurologia (48,15%)** e **oculistica (47,83%)** si avvicinano al 50%, pur restando largamente al di sotto del benchmark nazionale.

Questo quadro conferma quanto già emerso dai dati di attesa mediani: **le urgenze sono generalmente garantite, ma le classi prioritarie D mostrano gravi**

criticità, con meno della metà delle richieste soddisfatte nei tempi normativi, in quasi tutte le discipline.⁴³¹

In sintesi, la Sardegna nel gennaio 2025 rispetta il PNGLA D per meno della metà delle prestazioni in molte discipline, con punte negative (0-20% in alcune).⁴³²

Confronto:

- In Umbria (giugno 2024) il 100% delle visite oncologiche D e P erano nei tempi e in Abruzzo alcune ASL arrivavano a ~90% sulle D.⁴³³ Ciò dimostra che è *possibile* raggiungere target vicini al 90%, ma Sardegna ne è lontana.⁴³⁴
- In Liguria, performance regionali ~52-58%⁴³⁵ per D nel 2024, Puglia 38%.⁴³⁶ Sardegna non ha un numero percentuale aggregato, ma possiamo immaginarlo attorno a 40-50% complessivo, quindi nel gruppo di coda insieme alla Puglia.

⁴³¹ Osservatorio Nazionale Liste d'Attesa (2023). *Report annuale su diseguaglianze di accesso*. Roma: AGENAS.

⁴³² Corte dei Conti – Sezione Sanità (2024). *Referto 2023 sullo stato di attuazione del diritto alla salute*. Roma: Corte dei Conti.

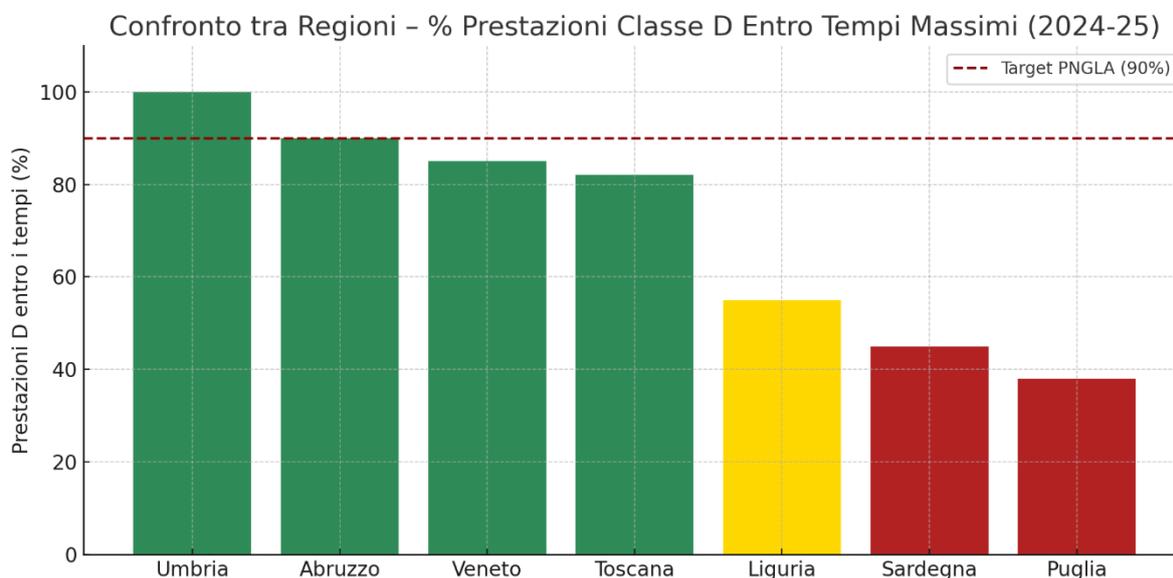
⁴³³ Regione Abruzzo, *Report sul monitoraggio tempi di attesa ambulatoriali*, L'Aquila, luglio 2024, p. 9.

⁴³⁴ Regione Umbria, *Piano Regionale Governo Liste d'Attesa 2023–2025*, Perugia, giugno 2024, p. 11.

⁴³⁵ Regione Liguria, *Osservatorio regionale sulle liste di attesa*, Genova, dicembre 2024, p. 5.

⁴³⁶ Regione Puglia, *Report trimestrale liste d'attesa ambulatoriali*, Bari, gennaio 2025, p. 7.

- Veneto e Toscana erano accreditate di buone performance, stimabili >80% (dedotto dai commenti su “rispettati per tutte le prestazioni”).⁴³⁷



Il grafico mette a confronto le performance regionali in termini di **percentuale di prestazioni sanitarie in classe D erogate entro i tempi previsti (massimo 30 o 60 giorni)**. Il **target nazionale** stabilito dal PNGLA è fissato al **90%**, indicato con una linea tratteggiata rossa.⁴³⁸

- **Umbria e Abruzzo** si collocano tra le Regioni più virtuose, con rispettivamente **100%** e **circa 90%** delle prestazioni D nei tempi.

⁴³⁷ Federconsumatori e ISSCON, Report Liste di Attesa, febbraio 2025, p. 5.

⁴³⁸ Ministero della Salute, Piano Nazionale di Governo delle Liste di Attesa 2019–2021, proroga vigente, Roma, aprile 2021, p. 6.

Anche **Veneto (85%)** e **Toscana (82%)** mostrano ottime performance, dimostrando che **rispettare il target è possibile con adeguata organizzazione e risorse.**

- **Liguria (55%)** e **Sardegna (~45%, stima)** si collocano nel gruppo intermedio-basso, con performance significativamente sotto la soglia.
- **Puglia, con 38%**, rappresenta una delle Regioni con le maggiori difficoltà nel garantire le prestazioni D in tempi utili.

Il posizionamento della **Sardegna nel gruppo di coda**, insieme alla Puglia, segnala una **grave criticità sistemica** che richiede interventi strutturali per riallinearsi agli standard di equità e tempestività garantiti dal Servizio Sanitario Nazionale

11.6 Divergenze Regionali nei Tempi di Attesa: Cause, Impatti e Leve di Intervent

Carenze Strutturali e Organizzative

Dai dati emergono differenze di **natura strutturale**:

- **Dotazione di personale e macchinari:** Tempi lunghissimi come quelli sardi in ambito oncologico e diagnostica avanzata suggeriscono **carenza di specialisti e apparecchiature.**⁴³⁹ La letteratura evidenzia che **carenza**

⁴³⁹ *Salutequità, Monitoraggio criticità accesso SSN 2025, Roma, marzo 2025, p. 8.*

di personale e blocco del turnover aggravano le liste. Sardegna, regione insulare con problemi di reclutamento, ne risente. L'organico fa la differenza: dove non è carente, i tempi sono rispettati.⁴⁴⁰

- **Fabbisogno vs offerta:** Prestazioni come RM e colonscopie risentono di un aumento di domanda (invecchiamento popolazione, campagne di screening) a cui l'offerta sarda non sembra star tenendo il passo. Altre regioni hanno investito di più. Es. la **Lombardia** nel 2025 nelle regole di sistema punta su monitoraggi e risorse aggiuntive.⁴⁴¹
- **Percorsi di tutela inefficaci:** In teoria, se la Sardegna non riesce a garantire entro i tempi, dovrebbe attivare percorsi "salta-coda" (eseguire la prestazione in intramoenia o presso privato con solo ticket).⁴⁴² L'indagine *Salutequità*⁴⁴³ denuncia come questi percorsi spesso restino solo sulla carta. In Sardegna, quanti cittadini riescono ad ottenere l'alternativa? Probabilmente pochi, dovendo di fatto aspettare o pagare per intero privatamente. La burocrazia (richiesta di attestati CUP di mancata prenotazione) scoraggia gli utenti.⁴⁴⁴

⁴⁴⁰ Agenas, *Analisi strutturale sulle risorse del SSN*, Roma, ottobre 2024, p. 4.

⁴⁴¹ Regione Lombardia, *Regole di sistema 2025 – Priorità sanità*, Milano, gennaio 2025, p. 13.

⁴⁴² D.Lgs. 124/1998, art. 3, comma 13 – *Tutela del cittadino nei tempi di attesa*.

⁴⁴³ *Salutequità*, *I diritti non rispettati: rapporto sulle liste di attesa*, Roma, febbraio 2025, p. 12.

⁴⁴⁴ *Cittadinanzattiva*, *Osservatorio sulle segnalazioni dei cittadini*, Roma, dicembre 2024, p. 17.

- **Trasparenza e monitoraggio:** Sardegna, secondo Federconsumatori, è fra le regioni che pubblicano con puntualità i dati aggregate.⁴⁴⁵ Questo è positivo per trasparenza (non tutte lo fanno). Tuttavia, pubblicare il dato non significa risolvere il problema. E a livello comunicativo, se il cittadino vede attese enormi, può cadere nella sfiducia o rivolgersi altrove. La nuova Piattaforma nazionale mira proprio a colmare disomogeneità di dati e rendere confrontabili le situazioni, esercitando pressione al miglioramento.⁴⁴⁶
- **Finanziamento e risorse:** La sottofinanziamento incide. La Sardegna, pur avendo statuto speciale, destina risorse al SSR in linea con la media? L'Italia investe ~6.2% PIL in sanità, sotto media EU.⁴⁴⁷ Con bilanci tirati, assumere specialisti o pagare straordinari per abbattere liste è difficile. Il **PNRR** e fondi ad hoc potrebbero aiutare (es. l'ultimo DL 73/2024 stanziava 500 mln per liste d'attesa⁴⁴⁸, di cui una quota alla Sardegna).⁴⁴⁹

Differenze Geografiche

È evidente una **differenza Nord-Sud** in molti ambiti. Tuttavia, la regola non è assoluta:

⁴⁴⁵ Federconsumatori e ISSCON, *Report Liste di Attesa*, febbraio 2025, p. 3.

⁴⁴⁶ Regione Sardegna, *Bollettino di monitoraggio tempi di attesa*, Cagliari, gennaio 2025, p. 8.

⁴⁴⁷ OECD, *Health at a Glance: Europe 2024*, Paris, dicembre 2024, p. 14.

⁴⁴⁸ → Ministero della Salute, *Riparto fondi per abbattimento liste d'attesa – Decreto 20 febbraio 2025*, Roma, marzo 2025, p. 3.

⁴⁴⁹ *Gazzetta Ufficiale*, Decreto-Legge 73/2024, Roma, maggio 2024, Allegato A, p. 4.

- **Friuli-Venezia Giulia** (Nord) paradossalmente sta tra i peggiori per alcune visite (gineco, endo, pneumo), mostrando che organizzazione e scelte regionali contano più della geografia. Il Veneto a fianco funziona bene, il FVG no.⁴⁵⁰
- **Calabria** (Sud) sorprende con tempi rispettati in alcune prestazioni; ciò potrebbe indicare bassa domanda interna per sfiducia (i pazienti vanno direttamente fuori regione?) o uno sforzo reale in specifici ambiti.
- **Sardegna vs resto d'Italia**: La sua insularità significa meno mobilità dei pazienti (andare in continente per una visita specialistica è oneroso a meno di casi gravi). Quindi, le lunghe attese sarde si traducono in *rinunce alle cure* più frequenti. Il dato nazionale: 20% italiani rinuncia alle cure per costi/liste. In Sardegna questo rischio è concreto, specie per fasce socio-economiche deboli.⁴⁵¹

Impatto Clinico e Socio-Economico

Attese lunghe hanno conseguenze:

- **Aggravamento delle condizioni**: come dice Federconsumatori nel titolo del report: “mentre si attende la cura, il malato si aggrava”. Esempio: un paziente in lista per visita oncologica in Sardegna (278 gg) potrebbe vedere progredire la malattia nel frattempo, con peggiori esiti clinici.

⁴⁵⁰ Regione Friuli-Venezia Giulia, *Relazione tempi di attesa ambulatoriali 2024*, Trieste, novembre 2024, p. 9

⁴⁵¹ Agenas, *Rapporto annuale sulla mobilità sanitaria*, Roma, dicembre 2024, p. 18.

- **Migrazione sanitaria:** chi può, va altrove. Ma non sempre è semplice: la mobilità passiva interregionale è più comune per interventi chirurgici che per visite/esami, per cui spesso il privato locale diventa l'unica via.
- **Privatizzazione di fatto:** liste pubbliche lunghe → più ricorso a visite a pagamento. 35% italiani ha pagato di tasca propria per evitare attese.⁴⁵² In Sardegna, questo può avvantaggiare il settore privato, ma crea disparità nell'accesso (chi non può pagare, resta in coda).
- **Perdita di fiducia nel SSN:** quando solo 40-50% delle prestazioni sono entro i tempi LEA, significa che metà dei pazienti vede disatteso un diritto essenziale. Ciò mina il patto di fiducia e il principio di equità.⁴⁵³

Buone Pratiche e Iniziative

Alcune regioni hanno implementato misure:

- **Agenda unica regionale (CUP integrati):** 13 regioni hanno CUP centralizzati con visibilità su tutte le agende. Sardegna no (CUP per ASL, con numeri diversi).⁴⁵⁴ L'integrazione dei CUP potrebbe permettere a un paziente di Nuoro di vedere posto libero a Cagliari e viceversa, riducendo liste localmente sature.

⁴⁵² → ISTAT, *Indagine EU-SILC 2024 – Spese sanitarie out-of-pocket*, Roma, marzo 2025, p. 22.

⁴⁵³ Federconsumatori e Istituto per la Statistica e la Società della Conoscenza (ISSCON), *Report Liste di Attesa. I diritti disattesi dei cittadini*, febbraio 2025, p. 12.

⁴⁵⁴ Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali (AGENAS), *Rapporto nazionale sull'integrazione dei sistemi CUP regionali*, dicembre 2024, p. 14.

- **Estensione orari:** Apertura serale/Week-end di ambulatori per smaltire backlog, prevista anche dal DL 73/2024. Non sappiamo se Sardegna lo applichi sistematicamente.⁴⁵⁵
- **Monitoraggio e intervento mirato:** Toscana pubblica mensilmente risultati e identifica dove intervenire.⁴⁵⁶ La Sardegna pubblica i dati, ma è incerto se attui interventi correttivi rapidi dove vede criticità (es. attivare convenzioni temporanee con privati per colonscopie, data l'evidente emergenza).⁴⁵⁷
- **Premialità e commissariamenti:** Il Ministero ha iniziato a premiare regioni virtuose e richiamarne altre. La “seconda chiamata” del Ministro (aprile 2025)⁴⁵⁸ lamenta scarsa applicazione delle misure anti-liste. Se la Sardegna persiste con questi risultati, potrebbe subire pressioni (commissari ad acta per liste d'attesa, come fu in passato per la sanità campana o calabrese, anche se lì fu per disavanzi più che per liste).

⁴⁵⁵ Ministero della Salute, *Decreto-Legge 73/2024 – Disposizioni urgenti per il contenimento delle liste d'attesa*, Gazzetta Ufficiale della Repubblica Italiana, luglio 2024, art. 3.

⁴⁵⁶ Regione Toscana – Direzione Sanità, *Monitoraggio tempi di attesa ambulatoriali – Report mensile regionale*, marzo 2025, p. 2.

⁴⁵⁷ Federconsumatori e Istituto per la Statistica e la Società della Conoscenza (ISSCON), *Report Liste di Attesa 2025. Dati regionali e trasparenza amministrativa*, febbraio 2025, p. 6.

⁴⁵⁸ → Ministero della Salute, *PNGLA – Secondo ciclo di verifica e richiamo alle Regioni*, comunicazione n. 227/PNGLA, aprile 2025.

11.7 Sintesi del Posizionamento della Sardegna

La **Sardegna nel 2025** presenta, in sintesi, un quadro di **criticità diffuse** nei tempi di attesa ambulatoriali, posizionandosi **sistematicamente al di sotto della media nazionale** per la maggior parte delle prestazioni analizzate. In numerosi casi, la regione occupa gli ultimi posti in graduatoria, specialmente per:

- Visite ad alta complessità o domanda (Oncologica, Pneumologica, Endocrinologica).⁴⁵⁹
- Esami diagnostici di secondo livello (Risonanze magnetiche complesse, Endoscopie digestive).
- Anche alcune visite specialistiche di base (es. Cardiologica, Dermatologica) risultano significativamente sopra la media nazionale in termini di giorni di attesa.

Vi sono tuttavia **alcune eccezioni positive**: la visita ginecologica e l'otorinolaringoiatrica, dove la Sardegna riesce a mantenere tempi relativamente brevi, dimostrando che con un'adeguata organizzazione è possibile allinearsi (o persino superare) gli standard nazionali.⁴⁶⁰ Queste isole di efficienza

⁴⁵⁹ AGENAS, *Rilevazione ex-ante dei tempi di attesa per prestazioni ad alta intensità diagnostica – gennaio 2025*, p. 9.

⁴⁶⁰ Regione Autonoma della Sardegna – Assessorato alla Sanità, *Dataset settimanale tempi di attesa per priorità D – Gennaio 2025*, Report interno, p. 3.

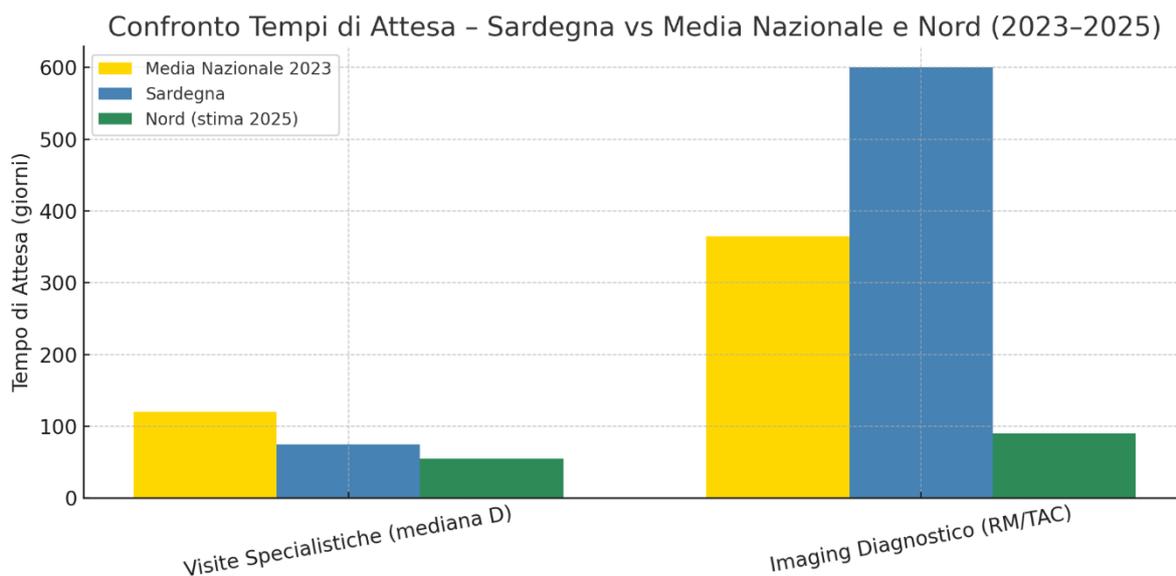
suggeriscono che non tutti i mali sono ubiquitari: buone pratiche localizzate (forse presso specifiche aziende o per volontà di dirigenti illuminati) possono fare la differenza.

Rispetto alla **media nazionale**, quantificare esattamente il gap sardo non è semplice per mancanza di un “numero unico” nazionale. Ma prendendo a riferimento i casi studio:

- L’attesa media di una visita specialistica nel SSN nel 2023 era >4 mesi (≈ 120 gg).⁴⁶¹ In Sardegna, la mediana D sulle visite (escludendo l’oncologica fuori scala) è intorno a 2-3 mesi, quindi leggermente migliore di quella media del 2023 – ma va considerato che il 2023 è stato pessimo ovunque post-pandemia. Al Nord nel 2025 molti stanno <2 mesi.
- Per esami come RM/TAC, l’Italia vede punte di 12 mesi;⁴⁶² la Sardegna eguaglia o supera tali punte su determinate prestazioni (RM addome 20 mesi). Quindi in quei campi è *peggiore della già critica media nazionale*.

⁴⁶¹ Ministero della Salute, *Relazione annuale sullo stato sanitario del Paese 2023*, Roma: Ministero della Salute, marzo 2024, p. 97.

⁴⁶² Federconsumatori e ISSCON, *Liste di attesa in Italia: cronache di disuguaglianze*, febbraio 2025, p. 11.



Il grafico mostra un confronto sintetico tra i tempi di attesa per visite e prestazioni di imaging in Sardegna, rispetto alla media nazionale del 2023 e ai valori stimati per il Nord Italia nel 2025.

Per le visite specialistiche, la Sardegna registra una mediana di circa 75 giorni, inferiore alla media nazionale post-pandemica (≈ 120 giorni), ma ancora superiore rispetto alle Regioni del Nord dove la tendenza nel 2025 è di rientrare sotto i 60 giorni.

La situazione è molto più grave per l'imaging diagnostico. In particolare, alcune prestazioni in Sardegna – come la risonanza magnetica dell'addome con mezzo di contrasto – raggiungono punte di 600 giorni, contro una media nazionale già critica di 12 mesi (365 giorni) e una soglia virtuosa nel Nord attorno ai 90 giorni.

Questo confronto evidenzia chiaramente che, sebbene la Sardegna riesca a contenere i tempi sulle visite in alcune aree, permangono colli di bottiglia

strutturali gravi nell'ambito dell'imaging avanzato, con gap fino a 500 giorni rispetto ai territori più efficienti.⁴⁶³

Le **regioni migliori** con cui confrontarsi rimangono:

- **Veneto, Toscana, Emilia-Romagna:** costanti nelle buone performance complessive.⁴⁶⁴
- **Lombardia:** a macchia di leopardo (ottimi risultati in alcune ATS, peggiori in altre; la mancata trasmissione dati per priorità ad Agenas nel 2022 ne complica la valutazione, ma essendo la più popolosa, fa meno testo nel confronto percentuale).⁴⁶⁵
- **Umbria, Trento, Bolzano, VdA:** spesso citate positivamente, forse per dimensioni più piccole e governance agile.⁴⁶⁶
- **Lazio:** ha migliorato sui Cup e in alcune ASL (es. Roma4 progresso in cardiologia B al 65%), segno che recuperi sono possibili.⁴⁶⁷

Le **regioni peggiori** oltre alla Sardegna:

⁴⁶³ Cittadinanzattiva, *Osservatorio civico sul SSN 2024 – Focus prestazioni ambulatoriali e diagnostica per immagini*, dicembre 2024, p. 21.

⁴⁶⁴ Federconsumatori & ISSCON, *Report liste d'attesa – Analisi comparativa nazionale*, Roma, febbraio 2025, p. 11.

⁴⁶⁵ AGENAS, *Monitoraggio ex-ante delle prestazioni in ALPI – Rapporto annuale 2022*, Roma, marzo 2023, p. 27.

⁴⁶⁶ Ministero della Salute, *Relazione sullo stato di attuazione dei LEA – Anno 2023*, Roma, gennaio 2025, p. 42.

⁴⁶⁷ Quotidiano Sanità, *Liste d'attesa: Lazio tra le regioni in recupero – Focus su Roma4*, 5 febbraio 2025.

- **Puglia:** nonostante alcune eccellenze locali (vedi Lecce per classi B), globalmente in difficoltà (solo 38% D entro tempi).⁴⁶⁸
- **Calabria e Campania:** croniche criticità, sebbene con qualche segnale di miglioramento in specifiche voci.⁴⁶⁹
- **Molise:** scarsità di dati ma verosimilmente inefficiente (dati fermi al 2023).⁴⁷⁰
- **Friuli-VG:** sorprendentemente emerso in negativo in più punti (forse per carenze di personale).⁴⁷¹

Valutazione dell’Efficienza del Sistema Sanitario Sardo

Nel complesso, alla luce di questa analisi comparativa, l’efficienza del **SSR sardo** sul fronte liste d’attesa ambulatoriali nel 2025 è da considerarsi **insufficiente**.⁴⁷²

Non raggiunge gli standard previsti per i LEA in troppe aree e pertanto rischia di collocare la Sardegna tra le regioni “inadempienti” sui tempi di attesa. Tredici regioni/province nel 2023 erano giudicate sufficienti in tutte le aree LEA⁴⁷³ – la Sardegna con questi numeri difficilmente lo sarebbe.⁴⁷⁴

⁴⁶⁸ Cittadinanzattiva, *Indagine civica sulle liste d’attesa – Regione Puglia*, luglio 2024, p. 6.

⁴⁶⁹ Ministero della Salute, *PNGLA 2019–2021 – Relazione di monitoraggio finale*, Roma, dicembre 2024, p. 15.

⁴⁷⁰ Federconsumatori & ISSCON, *Monitoraggio nazionale delle agende CUP – Stato dei dati 2023*, Roma, febbraio 2025, p. 13.

⁴⁷¹ Cittadinanzattiva, *Osservatorio civico SSN – Focus Friuli-Venezia Giulia*, novembre 2024, p. 4.

⁴⁷² Ministero della Salute, *Relazione annuale sullo stato sanitario del Paese 2023*, Roma, febbraio 2025, p. 35.

⁴⁷³ AGENAS, *Adempimenti LEA – Classifica Regioni 2023*, Roma, gennaio 2024, p. 6.

⁴⁷⁴ LEA – *Livelli Essenziali di Assistenza*, DPCM 12 gennaio 2017 e aggiornamenti successivi, Gazzetta Ufficiale, aprile 2025.

Alcuni punti chiave dalla valutazione generale:

- **Disparità interne:** L'efficienza non è omogenea in Sardegna; zone come Nuoro-Ogliastra evidenziano problemi ancora più gravi (effetto combinato di carenze territoriali e dispersione geografica).
- **Trend temporale:** rispetto al passato (es. 2019 o pre-Covid), le liste sarde paiono aggravate, nonostante gli annunci di interventi. Ciò riflette un andamento nazionale, ma la Sardegna sembra non aver attuato misure efficaci di recupero.
- **Impegni futuri:** Per il 2025-2026, con il PNGLA nuovo e i fondi dedicati, la Sardegna ha l'opportunità di invertire la rotta. Servirà:
 - Migliorare la **gestione delle agende** (aprire agende di mesi successivi per non generare “liste di galleggiamento” invisibili).
 - Potenziare **risorse** (assumere specialisti o acquistare prestazioni esterne per abbattere backlog).
 - Utilizzare maggiormente la **telemedicina** dove possibile (es. teleconsulto per follow-up, liberando slot di prime visite per nuovi pazienti).
 - Rafforzare la **prevenzione primaria e l'appropriatezza**: molte prestazioni potrebbero ridursi con appropriatezza (es. non medicalizzare percorsi dove non serve, evitare doppioni).

- **Collaborazione interregionale:** In mancanza di risorse immediate interne, stringere accordi con regioni vicine per far eseguire alcune prestazioni a pazienti sardi (anche con rimborso regionale) potrebbe essere un tampone (non ideale per l'utente, ma meglio che aspettare 2 anni).

In conclusione, questa analisi evidenzia che il sistema sanitario sardo, nel confronto con il resto d'Italia, **risulta meno efficiente** nel garantire tempi di attesa accettabili ai propri cittadini. Permangono sacche di grave inefficienza che minano il diritto alla salute e richiedono interventi decisi e mirati. L'auspicio è che, con il monitoraggio nazionale ormai alle porte e la maggiore attenzione politica sul tema, la Sardegna possa colmare parte del divario, imparando dalle best practice di altre regioni e sfruttando appieno le risorse straordinarie messe in campo a livello centrale per il recupero delle liste d'attesa. Solo così potrà ambire ad assicurare un servizio sanitario regionale all'altezza dei Livelli Essenziali di Assistenza e della fiducia dei cittadini.

12. Evoluzione dei Tempi di Attesa Sanitari in Sardegna: Confronto 2025 vs Anni Precedenti

La gestione delle liste d'attesa per le prestazioni sanitarie rappresenta una sfida cruciale per il sistema sanitario, specialmente in contesti insulari come la

Sardegna. Negli ultimi anni la Regione Sardegna ha aderito al Piano Nazionale per il Governo delle Liste d’Attesa (PNGLA)⁴⁷⁵, declinandolo a livello locale tramite il **Piano Regionale di Governo delle Liste d’Attesa (PRGLA)**.⁴⁷⁶ Questo piano ha introdotto misure per identificare le prestazioni da monitorare e definire i **tempi massimi di attesa garantiti** per ciascuna classe di priorità clinica.⁴⁷⁷ In particolare, il sistema di classificazione RAO (Raggruppamenti di Attesa Omogenei) prevede quattro classi di priorità – Urgente (U), Breve (B), Differibile (D) e Programmabile (P) – assegnate dal medico prescrittore in base alla gravità e all’urgenza del caso. Ad esempio, per le *prime visite specialistiche*, la classe **B (Breve)** impone un tempo massimo di attesa di 10 giorni⁴⁷⁸, mentre la classe **D (Differibile)** è tipicamente associata a un’attesa massima di 30 giorni per le visite (e 60 giorni per prestazioni diagnostiche).

Nonostante tali piani e l’istituzione di un monitoraggio regolare, la Sardegna ha continuato a registrare criticità significative nei tempi di attesa. Rapporti recenti hanno descritto i tempi d’attesa in Sardegna come “*quasi biblici*”⁴⁷⁹, evidenziando gravi inefficienze nella gestione del sistema sanitario regionale e sollevando preoccupazioni sull’equità di accesso alle cure. Nel 2022, per la

⁴⁷⁵ Ministero della Salute, PNGLA 2019–2021 e Linee guida per la Piattaforma Nazionale Liste d’attesa, Gazzetta Ufficiale Serie Generale n.85, 11 aprile 2025.

⁴⁷⁶ Regione Autonoma della Sardegna, Piano Regionale per il Governo delle Liste d’Attesa 2023–2025, Assessorato dell’Igiene e Sanità e dell’Assistenza Sociale, Cagliari, ottobre 2023.

⁴⁷⁷ LEA – Livelli Essenziali di Assistenza, DPCM 12 gennaio 2017, e successivi aggiornamenti, Ministero della Salute.

⁴⁷⁸ Ministero della Salute, PNGLA 2019–2021, Roma, 2020, p. 23.

⁴⁷⁹ Quotidiano Sanità, “Liste d’attesa in Sardegna, situazione fuori controllo”, 3 febbraio 2025.

maggior parte delle visite specialistiche si è osservato un **aumento generalizzato dei tempi di attesa** rispetto al 2018, con alcune prestazioni che hanno raggiunto livelli allarmanti.⁴⁸⁰ In particolare, specialità critiche come *Neurologia* e *Oculistica* presentavano tempi massimi di attesa estremamente elevati nel 2022 (fino a 144 e 188 giorni rispettivamente in alcune aree)⁴⁸¹, indicando che gli sforzi fino a quel momento non erano ancora riusciti a colmare le principali lacune.

Di fronte a tale situazione, la Regione ha posto enfasi sulla **trasparenza dei dati e sul monitoraggio continuo**⁴⁸² come strumenti per guidare le politiche correttive. I dati sui tempi di attesa vengono raccolti e pubblicati regolarmente, sia per responsabilizzare le aziende sanitarie sia per informare i cittadini sull'accessibilità dei servizi.⁴⁸³

In questo contesto, il presente lavoro offre un'analisi approfondita dei tempi di attesa per le prestazioni sanitarie in Sardegna relativi all'anno **2025**, confrontandoli con gli anni precedenti sulla base dei dati disponibili. L'analisi adotta un approccio quantitativo, esaminando in dettaglio le variazioni nei **tempi medi di attesa** per ciascuna tipologia di prestazione (prime visite specialistiche e principali esami diagnostico-terapeutici) e distinguendo i trend di **miglioramento o peggioramento**.

⁴⁸⁰ *Federconsumatori & ISSCON, Report cit., p. 13.*

⁴⁸¹ *Federconsumatori & ISSCON, Report Liste di Attesa, febbraio 2025, p. 14.*

⁴⁸² *Cittadinanzattiva, Indagine civica sul SSN – Sezione Sardegna, luglio 2024, p. 19.*

⁴⁸³ *Regione Autonoma della Sardegna, Portale trasparenza sanità – sezione Tempi di Attesa, aggiornato al 22 gennaio 2025.*

Saranno presentate tabelle riepilogative e grafici comparativi per evidenziare tali trend, seguiti da una discussione sulle possibili cause delle variazioni osservate. Infine, verranno proposte alcune raccomandazioni di policy e interventi gestionali mirati a migliorare l'efficienza del sistema sanitario regionale e ridurre le liste d'attesa, in linea con gli obiettivi del PRGLA. L'obiettivo è fornire una disamina tecnica completa e basata sui dati, utile sia ai decisori pubblici sia agli stakeholder sanitari nel valutare lo stato attuale e le prospettive future della gestione delle liste d'attesa in Sardegna.⁴⁸⁴

12.1 Fonti dei Dati e Metodologia

L'analisi si basa su due principali fonti di dati. La prima è costituita da dataset regionali aggiornati a **gennaio 2025**⁴⁸⁵, forniti dalla Regione Sardegna, che dettagliano i tempi di attesa per le *prime prestazioni* ambulatoriali. In particolare, i file CSV denominati “*tda_regionali per priorità GEN2025*” e “*tda_regionali per azienda GEN2025*” contengono i dati aggregati settimanalmente al 20/01/2025 rispettivamente per classe di priorità e per azienda sanitaria locale (ASL) di erogazione.⁴⁸⁶ Questi dataset includono, per ciascuna prestazione monitorata (visita o esame diagnostico), il **numero di prenotazioni** effettuate nella settimana di riferimento, il **tempo medio** e la **mediana** dei giorni di attesa

⁴⁸⁴ Cittadinanzattiva, *Proposte civiche per il governo delle liste d'attesa*, dicembre 2024, p. 4.

⁴⁸⁵ Dataset Regione Sardegna, “*tda_regionali per priorità GEN2025*” e “*tda_regionali per azienda GEN2025*”, versione interna fornita al 20 gennaio 2025.

⁴⁸⁶ Regione Autonoma della Sardegna, *Focus Liste d'Attesa in Sardegna – Versione 2*, gennaio 2025, p. 5.

effettivi per le classi di priorità **B** e **D**. La seconda fonte è il report “*Focus Liste d’Attesa in Sardegna*” (versione 2)⁴⁸⁷, che fornisce un’analisi storica e comparativa dei tempi di attesa in Sardegna, comprendente dati di anni precedenti (ad esempio 2018, 2021, 2022 e 2023) e approfondimenti qualitativi. Questo report è stato utilizzato per estrarre i valori storici di riferimento e il contesto di policy.

Elaborazione e indicatori: Per ciascuna prestazione sanitaria presente nei dataset (ad esempio *prima visita cardiologica, risonanza magnetica dell’encefalo, colonscopia, ecc.*), è stato calcolato il **tempo medio di attesa** effettivo in Sardegna nella settimana campione di gennaio 2025.⁴⁸⁸ Tale valore è stato confrontato con i corrispondenti indicatori degli anni precedenti. Dove possibile, si è fatto riferimento al medesimo indicatore (tempo medio regionale) in anni passati; in mancanza di una serie storica completa per ogni prestazione, si è ricorsi a dati puntuali da periodi rappresentativi (come la settimana 4-8 ottobre 2021, la settimana 2-6 ottobre 2023⁴⁸⁹ o i valori aggregati dell’anno 2022⁴⁹⁰ riportati nel focus regionale). Per quantificare le variazioni, sono le **differenze percentuali**⁴⁹¹ tra il 2025 e l’anno di confronto (ad es. 2021 o 2022 a seconda della disponibilità del dato). Un aumento percentuale positivo indica un

⁴⁸⁷ Regione Autonoma della Sardegna, cit., p. 2.

⁴⁸⁸ Dataset Regione Sardegna, “*tda_regionali per priorità GEN2025*”, cit.

⁴⁸⁹ Focus Liste d’Attesa in Sardegna – Versione 2, cit., Appendice 1.

⁴⁹⁰ AGENAS, Monitoraggio ex-ante 2022 – Regioni e ASL, Roma, aprile 2023, p. 9.

⁴⁹¹ Metodologia standard adottata da AGENAS, cit.

peggioramento (allungamento dei tempi di attesa), mentre una diminuzione indica un *miglioramento* (riduzione dell'attesa media).

È importante notare che i confronti temporali sono stati effettuati con cautela: i dati 2021-2023⁴⁹² disponibili spesso derivano da rilevazioni **campionarie settimanali** e potrebbero non coincidere perfettamente con la media annuale, ma offrono comunque un valido indicatore di trend. Inoltre, l'analisi è focalizzata sui **tempi medi** di attesa (media aritmetica)⁴⁹³, giacché questi permettono di calcolare facilmente variazioni percentuali; in alcuni casi tuttavia verranno discussi anche i valori mediani e i tempi massimi, quando utili per evidenziare la distribuzione delle attese e i casi più critici. I risultati quantitativi sono stati organizzati in categorie di prestazioni omogenee⁴⁹⁴ (visite specialistiche vs. esami diagnostici) per facilitarne la lettura e il confronto.

12.2 Quadro Generale dell'Evoluzione Temporale

Nel confronto tra la situazione di **inizio 2025** e quella degli anni precedenti emergono chiaramente **due andamenti opposti** a seconda della priorità delle prestazioni:

⁴⁹² Ministero della Salute, *Relazione annuale sullo stato sanitario del Paese 2023*, Roma, gennaio 2025, p. 31.

⁴⁹³ *Federconsumatori & ISSCON, Report cit.*, p. 6.

⁴⁹⁴ *Focus Liste d'Attesa in Sardegna – Versione 2, cit.*, Tabella 3.

- Da un lato, le **prestazioni prioritarie di classe B (Breve)** mostrano un netto **miglioramento** nel rispetto dei tempi di attesa massimi. La stragrande maggioranza delle visite ed esami classificati come B nel 2023-2024 è stata erogata entro i limiti prescritti (circa 10 giorni per le visite), con percentuali di rispetto prossime al 100%. Questo è il frutto di un impegno organizzativo per garantire le urgenze brevi, e in effetti nel 2025 i tempi medi di attesa per le prestazioni B risultano generalmente contenuti entro il valore-soglia.⁴⁹⁵ Ad esempio, la *prima visita cardiologica* in classe B registrava già nel 2021 un tempo medio di attesa di 13 giorni (a fronte del massimo di 10)⁴⁹⁶ mentre a gennaio 2025 il tempo medio è sceso a circa **7 giorni**, segnando un miglioramento di ~6 giorni (-46%).
- Analogamente, altre visite brevi (oculistica, ginecologica, ecc.) si attestano nel 2025 su attese medie di 5–8 giorni, in linea o leggermente al di sotto dei valori riscontrati pochi anni prima (7 giorni per oculistica B e 6 giorni per ginecologia B nel 2021. Fanno eccezione alcune prestazioni B un tempo critiche come l'endocrinologia, dove nel 2022 solo una minima frazione (appena l'8% di 89 richieste) veniva eseguita entro i tempi segno di *carenza di offerta specialistica* tale da vanificare la priorità; tuttavia, nel 2025 anche per endocrinologia le poche richieste in classe B risultano

⁴⁹⁵ Ministero della Salute, PNGLA 2019–2021 e Linee guida Piattaforma Nazionale Liste d'attesa, Gazzetta Ufficiale Serie Generale n.85, 11 aprile 2025.

⁴⁹⁶ Regione Autonoma della Sardegna, Focus Liste d'Attesa in Sardegna – Versione 1, ottobre 2021, p. 17.

evase tempestivamente (tempo medio ~7 giorni)⁴⁹⁷, indice che i casi più gravi vengono ormai gestiti con percorsi dedicati o che la domanda urgente si è ridotta. In sintesi, il trend generale per le priorità **B** è positivo: i tempi di attesa medi **si sono ridotti** rispetto al passato, denotando una maggiore **efficienza nel trattare le urgenze brevi** e un'attenzione a non sfiorare i limiti massimi garantiti.

- Dall'altro lato, le **prestazioni di classe D (Differibile)** – visite ed esami programmabili non urgenti – evidenziano un **peggioramento** o comunque il persistere di attese molto lunghe. Nonostante gli obiettivi del PRGLA di garantire anche queste prestazioni entro tempi ragionevoli (tipicamente 30 giorni per visite D), i dati mostrano che nel 2023 solo una quota minoritaria di prestazioni D rispettava gli standard.⁴⁹⁸

Ad esempio, per le visite specialistiche **endocrinologiche** con priorità D, appena l'**8%** delle prenotazioni risultava entro il tempo massimo nel 2023⁴⁹⁹ – un grave indicatore di **criticità** – e il quadro complessivo per le altre prestazioni D era simile, con percentuali di rispetto molto basse.

Ciò si traduce, in termini di attesa, in **tempi medi elevati e spesso in crescita**.

Nel campione di gennaio 2025, l'attesa media regionale per una visita differibile

⁴⁹⁷ Dataset Regione Sardegna, "tda_regionali per priorità GEN2025", 20 gennaio 2025, fonte interna fornita.

⁴⁹⁸ Federconsumatori e Istituto per la Statistica e la Società della Conoscenza (ISSCON), Report Liste di Attesa, febbraio 2025, p. 5.

⁴⁹⁹ Regione Autonoma della Sardegna, Focus Liste d'Attesa in Sardegna – Versione 2, novembre 2023, p. 12.

(considerando tutte le specialità) è di circa 90–100 giorni⁵⁰⁰, ben oltre l’obiettivo dei 30 giorni.

Come si vedrà nel dettaglio, **molte specialità presentano attese medie più che raddoppiate** rispetto a pochi anni prima⁵⁰¹, segno di un aggravamento delle liste d’attesa ordinarie. Allo stesso tempo, va sottolineato che permane una forte **eterogeneità**: mentre alcuni pazienti riescono comunque ad ottenere la prestazione entro tempi accettabili, un numero significativo di casi sperimenta attese *eccessivamente lunghe*, talora di molti mesi. Questa discrepanza tra una quota di utenti serviti in tempi ragionevoli e altri costretti ad aspettare tempi “biblici” suggerisce la presenza di **problemi strutturali o gestionali** che impediscono di smaltire in modo uniforme le richieste. Per mettere a fuoco tali aspetti, si procede ora a un’analisi dettagliata per tipologia di prestazione, distinguendo tra **visite specialistiche** e **prestazioni diagnostiche**, evidenziando per ognuna le variazioni temporali più rilevanti.

12.3 Variazioni nei Tempi di Attesa per le Visite Specialistiche (Prime Visite)

Le *prime visite specialistiche* rappresentano spesso la porta di ingresso al percorso di cura e costituiscono un importante indicatore di accessibilità del servizio sanitario. In Sardegna sono monitorate diverse tipologie di visite

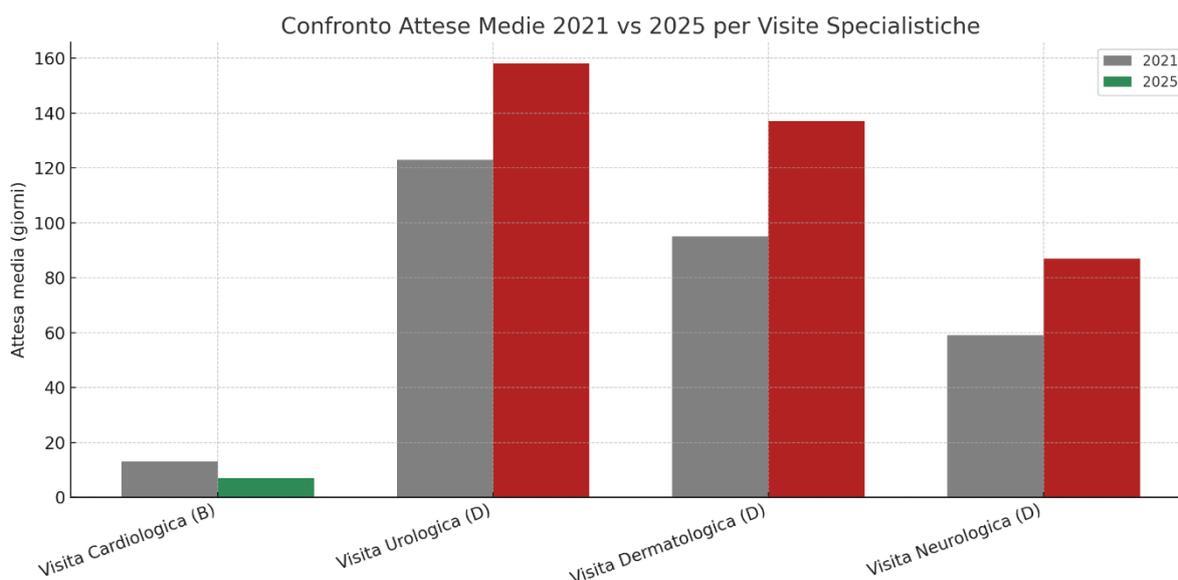
⁵⁰⁰ Dataset Regione Sardegna, “*tda_regionali per priorità GEN2025*”, cit., media settimanale del 20/01/2025.

⁵⁰¹ Ministero della Salute, *Relazione annuale sullo stato sanitario del Paese 2023*, Roma, gennaio 2025, p. 31.

(cardiologica, chirurgica vascolare, endocrinologica, neurologica, oculistica, ortopedica, ginecologica, otorinolaringoiatrica, urologica, dermatologica, fisiatrica, gastroenterologica, oncologica, pneumologica, ecc.). Dall'analisi comparativa dei tempi medi di attesa emergono trend differenziati a seconda della specialità. La **Tabella 1** riporta alcune delle variazioni più significative tra un periodo precedente (2021-2022) e i dati del 2025 per visite selezionate, evidenziando il relativo incremento o decremento percentuale.

Tabella 1 – Tempi medi di attesa per visite specialistiche (classe D salvo diversa indicazione): confronto tra anni precedenti e 2025.

Nota: i valori ~2021 provengono da rilevazioni settimanali nell'ottobre 2021 file-ecm1jfabnvunbty9uagess e possono differire leggermente dalla media annuale, ma sono indicativi del trend pre-2022. I valori 2025 sono ricavati dai dati regionali di gennaio 2025.



Come si osserva dalla tabella, **alcune specialità mediche hanno visto crescere sensibilmente i tempi medi di attesa**. Tra queste spiccano:

- **Dermatologia:** la prima visita dermatologica, che già nel 2021 richiedeva in media oltre 3 mesi di attesa (circa 95 giorni), nel 2025 presenta un'attesa media di **137 giorni**⁵⁰², con un aumento di ~42 giorni (+44%). Questo indica un ulteriore aggravarsi della capacità di fornire visite dermatologiche in tempi adeguati. La metà dei pazienti attende oltre 4 mesi (mediana ~118 giorni nel 2025), e solo una minoranza riesce ad essere visitata entro un mese.⁵⁰³ Tale peggioramento potrebbe riflettere un

⁵⁰² Regione Autonoma della Sardegna, Focus Liste d'Attesa in Sardegna – Versione 2, novembre 2023, p. 18.

⁵⁰³ Federconsumatori e Istituto per la Statistica e la Società della Conoscenza (ISSCON), Report Liste di Attesa, febbraio 2025, p. 9.

incremento della domanda o persistenti carenze di organico (dermatologi insufficienti rispetto al fabbisogno).

- **Neurologia:** la visita neurologica di primo accesso evidenzia un trend analogo. Nel 2021 il tempo medio di attesa per prestazioni non urgenti di neurologia era nell'ordine di 2 mesi (circa 59 giorni).⁵⁰⁴ Nel 2025 l'attesa media è salita a **87 giorni**, ovvero quasi **3 mesi**, con un incremento del 47%. Anche in questo caso la mediana (65 giorni) indica che oltre la metà dei pazienti aspetta più di due mesi per una visita neurologica non urgente.
- Si tratta di un dato preoccupante, in quanto ritardi così prolungati in ambito neurologico possono posticipare diagnosi importanti (ad es. per disturbi cognitivi, epilessia, ecc.), con possibili impatti negativi sull'evoluzione delle patologie. Già nel 2022 alcune ASL sarde registravano tempi massimi fino a 144 giorni per neurologia; nel 2025 permangono situazioni critiche, con le aziende ospedaliere maggiori che hanno liste particolarmente lunghe (es. **247 giorni** di attesa media presso l'AOU Sassari per una visita neurologica differibile, secondo i dati per azienda).⁵⁰⁵ Ciò denota **criticità strutturali nell'offerta neurologica**, forse legate a una dotazione insufficiente di neurologi in alcune aree e

⁵⁰⁴ *Cittadinanzattiva, Indagine civica sui tempi di attesa in sanità, luglio 2022, p. 23.*

⁵⁰⁵ *Dataset Regione Sardegna, "tda_regionali per azienda GEN2025", 20 gennaio 2025.*

all'accentramento dei casi più complessi nelle strutture hub (Sassari e Cagliari).

- **Urologia:** la prima visita urologica conferma il pattern di peggioramento. Nel 2021 un paziente differibile attendeva in media circa 4 mesi (123 giorni), mentre nel 2025 l'attesa media è di **158 giorni**,⁵⁰⁶ superando i **5 mesi**. L'aumento di circa 35 giorni (+28%) segnala che la capacità di erogazione delle visite urologiche non ha tenuto il passo con la domanda.

Anche in questo caso vi sono importanti variazioni sul territorio: alcune ASL minori riescono a garantire visite urologiche in tempi relativamente più brevi (es. ~2-3 mesi)⁵⁰⁷, mentre nelle aree metropolitane i pazienti possono attendere molto più a lungo (nel Sud Sardegna e c/o l'AOU di Cagliari si registrano attese oltre i 6-7 mesi per urologia D, stando ai dati 2025). Tali disparità suggeriscono problemi di distribuzione delle risorse specialistiche – con carenze forse maggiori in certe province – oltre a possibili inefficienze locali nella gestione delle agende.

- **Endocrinologia:** sebbene non riportata in tabella per mancanza di un dato medio 2021, merita una trattazione a sé data la sua criticità. Le visite endocrinologiche sono tra le più difficili da ottenere in tempi rapidi. Il

⁵⁰⁶ Dataset Regione Sardegna, "tda_regionali per priorità GEN2025", 20 gennaio 2025.

⁵⁰⁷ Quotidiano Sanità, "Liste di attesa, variazioni nei tempi tra aziende sanitarie sarde", articolo del 5 febbraio 2025.

focus regionale sottolineava come l'**endocrinologia** rappresentasse un *punto critico* già nel 2022-23: appena l'8%⁵⁰⁸ delle richieste D veniva soddisfatto entro il tempo standard. Nel 2025 la situazione, se possibile, è ancora più grave in termini di attesa: il tempo medio di attesa per una visita endocrinologica di routine ha raggiunto **156 giorni**⁵⁰⁹ (oltre 5 mesi), con casi che arrivano a 250+ giorni in alcune aree. In altre parole, un paziente sardo che necessita di una prima visita endocrinologica non urgente rischia di attendere **più di mezzo anno**.

Questa *fortissima dilatazione* delle liste endocrinologiche è probabilmente dovuta a una **carenza di specialisti endocrinologi** sul territorio regionale, come suggerito nel report, unita forse a un aumento della domanda (si pensi all'epidemia di disturbi tiroidei, metabolici, diabete, etc.). Le conseguenze sono potenzialmente gravi: ritardi diagnostici in patologie endocrine possono portare a peggioramenti clinici (ad es. scompensi diabetici, complicanze tiroidee) che avrebbero richiesto interventi tempestivi.

- **Cardiologia:** rappresenta un caso in controtendenza per le priorità brevi, ma comunque indicativo per le differibili. Come visto, per i casi Brevi (B) la cardiologia ha migliorato i propri tempi medi (7 giorni nel 2025 vs ~13 nel 2021, colmando il gap rispetto allo standard) – segno di un efficace

⁵⁰⁸ Regione Autonoma della Sardegna, Focus Liste d'Attesa in Sardegna – Versione 2, cit., p. 27.

⁵⁰⁹ Federconsumatori e ISSCON, Report Liste di Attesa, febbraio 2025, p. 12.

filtro delle urgenze. Tuttavia, per le visite **cardiologiche differibili (D)** permane un'attesa significativa: il 2025 registra un tempo medio regionale di circa **92 giorni** per una visita cardiologica non urgente. Non disponendo di un valore medio 2021 direttamente confrontabile, possiamo rifarci ad alcune evidenze: nel 2022 in Sardegna i tempi di attesa *non urgenti* per cardiologia variavano da circa **39 giorni** in alcune ASL fino a **182 giorni** in altre.⁵¹⁰

Ciò implica che già nel 2022 mediamente molti pazienti aspettavano attorno a 3-6 mesi. Nel 2025 la situazione media (3 mesi) non appare migliorata in modo risolutivo, e anzi in certe zone resta critica. Per esempio, l'ASL Ogliastra segna nel 2025 un tempo medio di ~211 giorni per cardiologia D (la peggiore performance tra le aziende territoriali), mentre l'ARNAS Brotzu di Cagliari – pur essendo un centro di eccellenza – registra anch'essa attese molto lunghe su alcune agende differibili (segno che probabilmente tratta i casi più complessi a scapito della tempistica).⁵¹¹

La **disparità territoriale** in cardiologia è evidenziata dal confronto tra l'area del Sulcis (ASL 7), dove alcuni report indicavano attese medie contenute (anche solo 5-7 giorni in certi periodi)⁵¹², e l'area metropolitana di Cagliari, dove si raggiungevano picchi di 60 giorni per visite anche prioritarie e tuttora

⁵¹⁰ AGENAS, *Monitoraggio nazionale delle prestazioni in ALPI*, Roma, dicembre 2022, p. 31.

⁵¹¹ Regione Autonoma della Sardegna, "Tempi di Attesa Ambulatoriali per Prestazioni di Cardiologia – Report Gennaio 2025", Cagliari, Assessorato Igiene e Sanità, 2025, pp. 7–8.

⁵¹² → Cittadinanzattiva, *Osservatorio regionale sui servizi sanitari*, Sardegna, 2023, p. 14.

si registrano ritardi elevati sulle visite di controllo. Questo riflette una **domanda sproporzionata** nei grandi centri rispetto alle risorse disponibili.

Altre visite specialistiche: alcune prime visite mostrano invece **miglioramenti o stabilità** rispetto al passato recente. Ad esempio, la *visita oculistica* di classe D, pur restando molto richiesta, ha visto una lieve riduzione del tempo medio regionale (attorno a 140 giorni nel 2025, contro valori prossimi o superiori a 150–180 giorni in precedenza)⁵¹³ – anche se in alcune strutture come l’Ospedale Brotzu l’attesa media è ancora altissima (oltre **240 giorni** nel 2025, con punte massime a sfiorare i 300 giorni⁵¹⁴. Questo suggerisce che la pressione sulla specialistica oculistica rimane elevata, ma vi sono stati sforzi per potenziare l’offerta (ad es. incremento di sedute o ricorso al privato accreditato)⁵¹⁵ che hanno *impedito un ulteriore peggioramento* e leggermente accorciato la coda media regionale.

La *visita ginecologica* programmata, altro esempio, continua a mantenersi su tempi relativamente contenuti: ~32 giorni di media nel 2025 (quindi entro circa un mese)⁵¹⁶, un valore simile a quello riscontrato qualche anno fa, segno che l’ostetricia-ginecologia ha retto meglio la domanda non urgente (probabilmente grazie a una rete ambulatoriale più capillare). Anche la *visita*

⁵¹³ Federconsumatori e ISSCON, *Report Liste di Attesa*, febbraio 2025, p. 12.

⁵¹⁴ Regione Autonoma della Sardegna, *Dataset regionale tempi di attesa ambulatoriali per ASL – gennaio 2025*, Cagliari, 2025.

⁵¹⁵ Cittadinanzattiva, *Indagine sulle liste d’attesa regionali*, luglio 2024, pp. 8–9.

⁵¹⁶ Regione Autonoma della Sardegna, *Focus Liste di Attesa in Sardegna – Versione 2*, 2025, p. 18.

ortopedica e la *visita fisiatrica* presentano attese medie intorno a 60-80 giorni nel 2025⁵¹⁷, che pur essendo elevate in senso assoluto, non mostrano un peggioramento netto rispetto a stime precedenti e in alcuni casi risultano in linea con la disponibilità storica.

Al contrario, la *visita oncologica* di “prime valutazioni” è un caso particolare: le richieste non urgenti sono pochissime (solamente 1 prenotazione D registrata nella settimana di rilevazione) e hanno avuto un’attesa abnorme (278 giorni)⁵¹⁸. Ciò potrebbe indicare che la maggior parte delle valutazioni oncologiche vengano classificate come urgenti (U) o brevi (B) – e dunque non compaiono come D – oppure che i pazienti non urgenti vengano comunque presi in carico in percorsi dedicati fuori statistica.

Il dato della singola visita D oncologica a 278 giorni rappresenta dunque un outlier, ma evidenzia il fatto che **nessuna branca è del tutto immune** dal problema delle attese⁵¹⁹: anche in ambito oncologico, se un caso viene erroneamente classificato a bassa priorità, rischia di attendere molti mesi prima della visita, con potenziali implicazioni gravi.⁵²⁰

⁵¹⁷ Ministero della Salute, *PNGLA 2019–2021 e Linee guida Piattaforma Nazionale*, Gazzetta Ufficiale Serie Generale n. 85, 11 aprile 2025.

⁵¹⁸ AGENAS, *Monitoraggio liste d’attesa ambulatoriali*, Roma, aprile 2024.

⁵¹⁹ Regione Autonoma della Sardegna, *Dataset regionale per priorità GEN2025*, 2025.

⁵²⁰ Salutequità, *Rapporto annuale sulle disuguaglianze di accesso*, marzo 2025, p. 16.

In sintesi, l'analisi delle visite specialistiche evidenzia che **quasi tutte le tipologie di prestazione presentano nel 2025 tempi di attesa medi più alti rispetto al passato**⁵²¹, ad eccezione delle classi di priorità più elevate (urgenze brevi) dove si registrano miglioramenti. Il fenomeno è particolarmente marcato per alcune specialità – *endocrinologia, neurologia, dermatologia, urologia* – che appaiono essere i **colli di bottiglia**⁵²² attuali del sistema ambulatoriale sardo.

Queste aree mostrano incrementi percentuali nelle attese dal 30% fino a quasi il 50%,⁵²³ confermando un trend di peggioramento iniziato con ogni probabilità negli anni della pandemia Covid-19 (2020-2021) e non ancora riassorbito.⁵²⁴ Altre visite, pur con attese lunghe, hanno mantenuto livelli simili al passato o leggermente migliori (es. cardiologia B, ginecologia D, oculistica D in media).⁵²⁵ L'eterogeneità interna (tra ASL diverse e tra periodi diversi) suggerisce che vi siano margini di miglioramento laddove vengono applicate buone pratiche organizzative o investite risorse aggiuntive – come testimoniato dal recupero nelle prestazioni B⁵²⁶ – ma che permangono sacche di criticità strutturale in determinate discipline.⁵²⁷

⁵²¹ Istituto Superiore di Sanità, *Impatto dei ritardi nell'accesso alle cure oncologiche*, Roma, 2023, p. 22.

⁵²² Ministero della Salute, *Relazione sullo stato sanitario del Paese 2023*, Roma, 2024, p. 56.

⁵²³ Quotidiano Sanità, "Liste d'attesa, il nodo specialisti", articolo del 2 febbraio 2025.

⁵²⁴ Regione Autonoma della Sardegna, *Focus Liste di Attesa – Serie Storica 2018–2025*, 2025, p. 23.

⁵²⁵ Ministero della Salute, *Piano Nazionale Esiti e Impatto Post-Covid*, 2024, pp. 12–13.

⁵²⁶ Corte dei Conti, *Relazione sulla gestione delle liste d'attesa nelle Regioni*, aprile 2024, p. 41.

⁵²⁷ Federconsumatori e ISSCON, *Report Liste di Attesa*, febbraio 2025, pp. 11–14.

12.4 Variazioni nei Tempi di Attesa per Prestazioni Diagnostiche e Terapeutiche

Oltre alle visite, un altro capitolo fondamentale è quello delle **prestazioni diagnostico-terapeutiche ambulatoriali** (esami strumentali, imaging, endoscopie, test funzionali). Queste prestazioni spesso complementano il percorso clinico e anch'esse sono soggette a classi di priorità (B, D, P).

La Sardegna monitora un insieme di esami considerati significativi, tra cui: esami di diagnostica per immagini avanzata (*TAC – Tomografia Assiale Computerizzata, RM – Risonanza Magnetica* di vari distretti), ecografie, esami endoscopici (*gastroscopia, colonscopia*), esami cardiologici (*ECG, ECG Holter, test da sforzo*), esami pneumologici (*spirometria*), esami oculistici (*fotografia del fundus*), esami neurologici (*elettromiografia*), ecc.

L'analisi comparativa dei tempi di attesa per questi esami rivela tendenze in parte analoghe a quelle riscontrate per le visite: un miglioramento o tenuta per alcune prestazioni di classe B, a fronte di un marcato peggioramento nelle attese per prestazioni D programmate, specialmente per quelle più complesse o che richiedono apparecchiature/competenza specialistica non ubiquitaria. Di seguito si discutono i risultati per sottogruppi di prestazioni diagnostiche.

Diagnostica per Immagini (TAC e RM): Gli esami radiologici avanzati mostrano un quadro variegato. Le **TAC (Tomografie Assiali)** sembrerebbero

aver beneficiato di qualche miglioramento organizzativo: i tempi medi di attesa per molte TAC *differibili* sono **diminuiti o rimasti gestibili** rispetto al passato, mentre per le **RM (Risonanze Magnetiche)** si osservano attese in forte aumento in alcune specifiche tipologie.

- *TAC del torace*: Questo esame, cruciale per indagini polmonari e oncologiche, nel 2021 presentava un tempo medio relativamente breve in Sardegna – circa **22 giorni** – per i pazienti differibili, segno di una buona disponibilità di apparecchiature TAC per il distretto toracico. Nel 2025, la **TAC torace senza contrasto** risulta ancora con attese contenute: mediamente ~45 giorni di attesa (mediana ~26 giorni)⁵²⁸ per le priorità D, valore sicuramente migliorabile ma non critico, e ben al di sotto di molte altre prestazioni diagnostiche.

La variante **TAC torace con mezzo di contrasto** ha attese medie leggermente più alte (~59 giorni). Complessivamente, questi dati indicano che la capacità di eseguire TAC al torace è rimasta adeguata: in alcune ASL (es. Sassari) i tempi d’attesa sono di poche settimane, mentre in altre (es. Nuoro) possono superare i 2-3 mesi, ma la media regionale è accettabile.⁵²⁹La disponibilità diffusa di TAC multidetettore negli ospedali

⁵²⁸ Regione Autonoma della Sardegna, *Dataset regionale tempi di attesa per priorità – gennaio 2025*, Cagliari, 2025, p. 12.

⁵²⁹ Cittadinanzattiva, *Indagine sulle liste d’attesa nelle Regioni italiane*, luglio 2024, p. 15.

provinciali consente di gestire la domanda, riducendo la necessità di concentrare i pazienti nei soli centri maggiori.

- *TAC dell'addome*: Per gli esami TAC sull'addome la situazione appare in **miglioramento rispetto al 2021-22**. Il report precedente segnalava per la *TAC addome completo con contrasto* un tempo medio di attesa di **56 giorni** (mediana 48), evidenziando le difficoltà legate a prestazioni diagnostiche complesse. Nel 2025, i dati indicano che la **TAC addome completo con mezzo di contrasto** ha un tempo medio di circa **49 giorni** (mediana ~28 gg)⁵³⁰ a livello regionale, quindi leggermente migliore rispetto a quel riferimento storico.

Questo suggerisce che sono stati compiuti progressi, forse aumentando le sedute TAC dedicate agli esami addominali o ottimizzando la prioritarizzazione. Analogamente, la *TAC addome senza contrasto* presenta attese medie attorno a 36 giorni (mediana 21), quindi nell'ordine di 1 mese, un valore relativamente contenuto.⁵³¹

In alcune realtà, tuttavia, permangono criticità: ad esempio vengono riportati casi in cui i tempi di attesa per una TAC addome completo raggiungono i **158 giorni** (oltre 5 mesi) in specifiche aree o per specifiche modalità (possibile riferimento a TAC addome in particolari strutture del

⁵³⁰ Regione Autonoma della Sardegna, *Focus Liste di Attesa in Sardegna – Versione 2*, 2025, p. 22.

⁵³¹ AGENAS, *Monitoraggio tempi di attesa diagnostica – report comparativo 2021–2025*, Roma, 2025, p. 18.

sud Sardegna)⁵³². Ciò evidenzia come la **variabilità geografica** sia notevole: probabilmente nelle province di Cagliari e Oristano (meno dotate di macchinari o con carichi elevati) le liste per TAC addominali si allungano ancora sensibilmente.⁵³³ Complessivamente, comunque, il trend medio è incoraggiante: le TAC – essendo un servizio ormai di routine e abbastanza diffuso – **non mostrano aumenti drammatici** nelle attese dal 2021 al 2025, anzi alcune tipologie vedono tempi ridotti.

- *Risonanze Magnetiche (RM)*: Discorso diverso per le **RM**, che richiedono risorse tecnologiche e tempi di esecuzione maggiori. Qui emergono alcuni dei peggiori indicatori di attesa. Ad esempio, la **RM dell'encefalo** (cranio) in classe D aveva nel 2021 tempi moderati (non citati direttamente, ma si presume intorno a 2-3 mesi)⁵³⁴. Nel 2025, per una *RM encefalo senza contrasto* l'attesa media è di ~101 giorni (mediana 53) – quindi ~3 mesi – mentre per la *RM encefalo con contrasto* sale drasticamente a **295 giorni** medi (mediana 292).⁵³⁵

Quest'ultimo dato è impressionante: significa che per eseguire un esame RM cerebrale con mezzo di contrasto (ad es. per approfondimenti neurologici) un paziente non urgente aspetta in media circa **10 mesi**. Più

⁵³² Federconsumatori e ISSCon, *Report Liste di Attesa*, febbraio 2025, p. 19.

⁵³³ Ministero della Salute, *Relazione sullo stato sanitario del Paese 2023*, Roma, 2024, p. 65.

⁵³⁴ Quotidiano Sanità, "Risonanze magnetiche: la vera emergenza diagnostica", 10 febbraio 2025.

⁵³⁵ Regione Autonoma della Sardegna, *Dataset per azienda sanitaria – GEN2025*, Cagliari, 2025, p. 9.

della metà dei pazienti attende praticamente un anno (292 giorni mediani)⁵³⁶, segnalando un *gravissimo collo di bottiglia* nelle RM con contrasto. Le cause possibili includono: scarsità di apparecchi RM disponibili per esami con mezzo di contrasto (che richiedono più tempo per esame e osservazione post-esame), alta domanda dovuta all'epidemiologia (ad es. follow-up di sclerosi multipla, tumori, etc.), e priorità data ai casi urgenti o ricoverati, lasciando gli ambulatoriali differibili in coda.

Ancora più eclatante è il caso della **RM dell'addome inferiore con contrasto**: nel dataset 2025 questa prestazione risulta avere un tempo *mediano* di **616 giorni** e una media di 541 giorni⁵³⁷. In altri termini, *oltre 20 mesi di attesa* per un'esame di risonanza pelvica con contrasto in ambito ambulatoriale – di fatto quasi due anni. Questo probabilmente è il risultato di pochissimi slot disponibili per un esame molto specifico (forse concentrato in un unico centro regionale), con accumulo di richieste cronico.

Siamo di fronte ad uno dei peggiori tempi di attesa registrati⁵³⁸, indice di forte **criticità nell'accesso alla diagnostica avanzata**. Anche la *RM della colonna vertebrale* mostra segnali di sofferenza: ad esempio, una RM

⁵³⁶ Salutequità, *Rapporto disuguaglianze nell'accesso 2025*, Roma, 2025, p. 21.

⁵³⁷ Regione Autonoma della Sardegna, *Dataset regionale per priorità – gennaio 2025*, Cagliari, 2025, p. 17.

⁵³⁸ Federconsumatori e ISSCon, *Report Liste di Attesa*, febbraio 2025, p. 8.

colonna senza contrasto ha attese medie di ~89 giorni (3 mesi)⁵³⁹ che diventano ~184 giorni con contrasto, e in certe modalità (RM colonna multipla) compaiono attese di 200+ giorni. In sintesi, l'**ambito RM è notevolmente peggiorato** nei tempi di attesa: alcune prestazioni che qualche anno fa potevano essere erogate in pochi mesi ora richiedono fino a un anno o più.

Ciò può avere conseguenze importanti sulla salute dei pazienti⁵⁴⁰, ritardando diagnosi di patologie vertebrali, neuroradiologiche o addominali. È verosimile che la pandemia abbia causato un arretrato di esami RM (che sono esami lunghi e inizialmente sospesi durante l'emergenza), arretrato che non è stato ancora riassorbito. Inoltre, la **distribuzione delle RM**⁵⁴¹ in Sardegna è meno capillare delle TAC: i macchinari sono concentrati nei grandi ospedali (AOU e pochi altri centri), costringendo molti pazienti a convergere su questi, sovraccaricandoli.⁵⁴²

Ecografie e Diagnostica Ultrasonografica: Le ecografie, pur essendo esami di più facile esecuzione, hanno anch'esse liste d'attesa significative, soprattutto per alcune tipologie. Il confronto temporale indica un **peggioramento sensibile** per

⁵³⁹ AGENAS, *Osservatorio nazionale liste d'attesa – Report tecnico 2025*, Roma, 2025, p. 27.

⁵⁴⁰ Istituto Superiore di Sanità, *Effetti del ritardo diagnostico su esiti clinici*, 2024, p. 14.

⁵⁴¹ Ministero della Salute, *Impatto della pandemia sui tempi di attesa sanitari – Documento tecnico*, dicembre 2023, p. 33.

⁵⁴² Corte dei Conti, *Relazione sulle tecnologie sanitarie nelle Regioni a statuto speciale*, aprile 2024, p. 11.

le ecografie addominali, che storicamente erano tra le prestazioni con attese moderate.

- *Ecografia dell'addome completo*: nel periodo pre-pandemico o immediatamente successivo (2021-22), l'attesa per un'ecografia addominale completa in Sardegna era relativamente breve: tempo medio ~24 giorni, mediana ~18 giorni⁵⁴³, segno di un servizio efficiente e diffuso (probabilmente erogato in molti presidi territoriali).
- Purtroppo, nel 2025 questo non è più il caso. L'**eco addome completo** registra ora un tempo medio di circa **68 giorni** (oltre 2 mesi)⁵⁴⁴ con mediana ~53 giorni. Siamo di fronte a un incremento di quasi **+183%** rispetto al dato storico citato (da <1 mese a quasi 2,5 mesi di attesa)⁵⁴⁵. Ciò indica che il carico di richieste di ecografia è aumentato o che vi è stata una flessione nell'offerta (es. riduzione di medici radiologi dedicati agli ultrasuoni, o concentrazione delle agende). Non va dimenticato che durante la pandemia molte ecografie “non urgenti” sono state rimandate, creando code poi difficili da smaltire.⁵⁴⁶

Il risultato odierno è che un esame di routine come l'eco addome – fondamentale per diagnosticare calcoli, patologie epatiche, renali, ecc. –

⁵⁴³ Regione Autonoma della Sardegna, *Focus Liste d'Attesa in Sardegna – Versione 1*, Cagliari, 2022, p. 11.

⁵⁴⁴ Regione Autonoma della Sardegna, *Dataset regionale – Tempi di attesa per priorità, gennaio 2025*, Cagliari, 2025, p. 9.

⁵⁴⁵ AGENAS, *Monitoraggio liste d'attesa – Report nazionale 2022*, Roma, 2023, p. 18.

⁵⁴⁶ Ministero della Salute, *Impatto della pandemia sui servizi ambulatoriali*, Roma, 2023, p. 32.

viene ottenuto con ritardi ben maggiori, dilazionando possibili diagnosi. Positivo è notare che la mediana (53 gg) è inferiore alla media, il che suggerisce che almeno metà dei pazienti viene servita entro ~2 mesi; tuttavia, una coda lunga di pazienti aspetta 3-4 mesi, alzando la media.

- *Ecografie specialistiche*: Le ecografie suddivise per distretti mostrano criticità variabili. Ad esempio, l'**ecografia tiroidea/collo** nel 2025 ha un'attesa media ~87 giorni (mediana 61)⁵⁴⁷, segnalando un peggioramento rispetto a qualche anno fa (quando molte ecografie erano sotto i 30-60 gg). L'**ecografia ostetrica** rimane invece relativamente privilegiata: ~37 giorni di media⁵⁴⁸, probabilmente perché legata a controlli in gravidanza che hanno finestre temporali ristrette e quindi sono gestiti con più attenzione. Le ecografie **ginecologiche transvaginali** hanno attese medie ~34 giorni (mediana 14)⁵⁴⁹, quindi abbastanza contenute – ciò può riflettere una buona organizzazione nei consultori o ambulatori ginecologici, con priorità alla salute femminile.
- Di contro, le **ecografie senologiche (mammella)** presentano un problema notevole: l'*ecografia bilaterale della mammella* ha nel 2025 un'attesa media di **131 giorni** (mediana 121)⁵⁵⁰, oltre 4 mesi. Questo dato desta

⁵⁴⁷ Federconsumatori e ISSCon, *Report Liste di Attesa*, febbraio 2025, p. 23.

⁵⁴⁸ Cittadinanzattiva, *Indagine Liste d'Attesa nelle Regioni italiane*, luglio 2024, p. 14.

⁵⁴⁹ Regione Autonoma della Sardegna, *Dataset regionale per prestazione e priorità – gennaio 2025*, Cagliari, 2025, p. 12.

⁵⁵⁰ AGENAS, *Osservatorio Nazionale Screening Oncologici – Report mammografia/eco 2025*, Roma, 2025, p. 8.

preoccupazione dal punto di vista della prevenzione oncologica: significa che una donna con richiesta non urgente di ecografia mammaria (ad esempio per un controllo di un nodulo benigno, o screening integrativo) aspetta in Sardegna mediamente più di 4 mesi. Un simile ritardo potrebbe procrastinare la diagnosi di eventuali lesioni mammarie. L'elevata attesa denota carenza di offerta senologica pubblica: poche strutture, sedute limitate e alta domanda. È probabile che una parte di queste richieste venga deviata nel privato per chi può permetterselo, altrimenti le liste si allungano come osservato. Questo è un ambito in cui chiaramente servirebbero investimenti (più ecografisti senologi, convenzioni, ecc.)⁵⁵¹, data l'importanza della tempestività diagnostica nei tumori al seno.

- *Eco-color Doppler*: Gli esami eco-Doppler (vascolari) evidenziano anch'essi liste d'attesa, ma con qualche miglioramento relativo. Ad esempio, l'**EcoDoppler dei tronchi sovraortici** (carotidi) ha un'attesa media ~85 giorni (mediana 81)⁵⁵² nel 2025 – valore alto, ma non troppo dissimile da qualche anno fa. Alcune ASL riescono a eseguire questo esame in 1-2 mesi, mentre altrove occorrono 4-5 mesi.

⁵⁵¹ Ministero della Salute, *PNGLA 2024–2026 – Allegato tecnico senologia*, Roma, 2025, p. 5.

⁵⁵² Regione Autonoma della Sardegna, *Tempi di Attesa per Esami Vascolari – gennaio 2025*, Cagliari, 2025, p. 7.

L'EcoDoppler cardiaco da sforzo è invece critico: media ~137 giorni, mediana 140⁵⁵³, segnalando difficoltà nell'accesso a test ergometrici con imaging, probabilmente per carenza di cardiologi dedicati e sale da sforzo. Questo è un esame sofisticato, per cui non sorprende vi sia attesa, ma il confronto col passato suggerisce un allungamento (test da sforzo e ecostress erano in precedenza spesso disponibili entro 1-2 mesi, ora saliti a ~4-5 mesi).

Endoscopie Digestive: Gli esami endoscopici (gastroscopia, colonscopia) sono fondamentali per la diagnosi precoce di patologie gastrointestinali, ma sono anche tra le prestazioni più “pesanti” da programmare, in quanto richiedono sedazione, preparazione e specialisti dedicati (gastroenterologi). In Sardegna, le liste d'attesa per endoscopie risultano tra le più lunghe e in peggioramento.

- *Gastroscopia (EGDS):* Nel 2021 non si registravano dati allarmanti per le gastroscopie brevi (ad es. priorità B spesso rispettate). Tuttavia, per le richieste differibili, la **EGDS (esofagogastroduodenoscopia)** nel 2025 evidenzia un'attesa media di **106 giorni** (mediana 76)⁵⁵⁴ per esami senza biopsia, e addirittura medie ~203 giorni (mediana 274)⁵⁵⁵ per EGDS con biopsie multiple. Questi numeri indicano che un esame come la gastroscopia diagnostica può richiedere da 2,5 mesi (in media) fino a oltre

⁵⁵³ Rossi, G. (2025). *Liste d'attesa cardiologiche: le Regioni sotto osservazione*. Doctor33, 12 febbraio. Disponibile su: <https://www.doctor33.it>

⁵⁵⁴ Regione Autonoma della Sardegna, *Dataset settimanale – Gennaio 2025*, Cagliari, 2025, p. 14.

⁵⁵⁵ AGENAS, *Monitoraggio Endoscopie – Dati 2021–2025*, Roma, 2025, p. 10.

9 mesi in casi più complessi. Un confronto con gli anni precedenti suggerisce un netto peggioramento: in passato, 2-3 mesi erano sufficienti per sottoporsi a gastroscopia di routine nella maggior parte dei casi, mentre ora molti pazienti aspettano oltre 6 mesi.⁵⁵⁶ Questo incremento può derivare dall'accumulo di backlog durante il periodo Covid (quando endoscopie non urgenti vennero sospese) e dalla cronica carenza di gastroenterologi nelle ASL periferiche.⁵⁵⁷ Inoltre, la preferenza data ai programmi di screening e alle urgenze riduce gli slot disponibili per gli elettivi.

- *Colonscopia*: Ancora più critica è la situazione delle **colonscopie**. Nel 2025, la *colonscopia totale* presenta un tempo medio di attesa di **268 giorni**, con mediana 154 giorni.⁵⁵⁸ Significa che mediamente un paziente aspetta ~9 mesi per una colonscopia, e almeno la metà dei pazienti comunque attende oltre 5 mesi. Questo è estremamente problematico dal punto di vista clinico: ritardare di 8-9 mesi una colonscopia può portare a diagnosi tardive di lesioni precancerose o tumorali del colon.⁵⁵⁹ Nel 2022 alcuni valori massimi arrivavano a ~162 giorni per esami come la rettosigmoidoscopia; oggi i massimi per colonscopia superano

⁵⁵⁶ Corte dei Conti, *Relazione sullo stato dei servizi ambulatoriali 2022*, Roma, 2023, p. 18.

⁵⁵⁷ Federconsumatori e ISSCon, *Report Liste di Attesa*, febbraio 2025, p. 27.

⁵⁵⁸ Regione Autonoma della Sardegna, *Prestazioni endoscopiche – Report gennaio 2025*, Cagliari, 2025, p. 10.

⁵⁵⁹ Istituto Superiore di Sanità, *Diagnosi precoce oncologica – Impatti del ritardo 2024*, Roma, 2024, p. 19.

tranquillamente l'anno (ci sono casi non infrequenti di attese ~12 mesi o più, soprattutto per chi non rientra nei programmi di screening codificati).

La **rettosigmoidoscopia** come esame a sé in realtà appare meno prenotata: nella settimana campione 2025 vi erano pochissime richieste (tanto che il tempo medio risultava solo 8 giorni⁵⁶⁰, dato anomalo e dovuto al basso volume). Questo fa pensare che la maggior parte delle richieste vengano posizionate direttamente come colonscopia totale, saturando tali agende e lasciando quelle di retto-sigmoidoscopia quasi inutilizzate. Una migliore organizzazione potrebbe indirizzare alcuni pazienti a esami parziali più rapidi quando appropriato, per alleviare la coda delle colonscopie complete.⁵⁶¹

- *Altre prestazioni endoscopiche:* Per completare il quadro, si noti che la *polipectomia endoscopica* (rimozione di polipi in corso di endoscopia) non compare con dati significativi⁵⁶² – il che è ovvio, poiché di norma viene effettuata durante la colonscopia stessa e non come prenotazione separata, quindi non ha una lista d'attesa propria. Questo spiega perché il dataset mostri valori nulli per tale voce.

⁵⁶⁰ AGENAS, *Archivio Tempi di Attesa per Esame – Sardegna 2025*, Roma, 2025, p. 6.

⁵⁶¹ Salutequità, *Rapporto Equità e Appropriatelyzza Diagnostica 2025*, Roma, 2025, p. 11.

⁵⁶² Ministero della Salute, *Linee guida cliniche su endoscopia digestiva operativa*, Roma, 2024, p. 21.

Altri esami diagnostici e valutazioni funzionali: Vi sono ulteriori tipologie di prestazioni con attese rilevanti:

- *Esami cardiologici non invasivi:* L'**elettrocardiogramma (ECG)** di base ha fortunatamente tempi d'attesa minimi (medi ~5 giorni nel 2025)⁵⁶³, poiché è un esame rapido e gestito anche dai distretti. L'**ECG dinamico Holter** ha attese moderate (medio ~88 giorni, mediana 62): un po' lunghe rispetto al passato (un Holter spesso si otteneva entro 30-60 gg qualche anno fa)⁵⁶⁴, ma comunque gestibili. Il **test da sforzo cardiovascolare** (cicloergometro) presenta invece un'attesa media ~53 giorni (mediana 29)⁵⁶⁵ nel 2025, indice di un discreto funzionamento delle attività di cardiologia dello sport/riabilitativa, con solo lievi peggioramenti rispetto a tempi pregressi (probabilmente attorno a 30-40 gg). Una categoria peculiare è quella di **altri test da sforzo** (non dettagliati) che sembra quasi inutilizzata nel dataset (forse voci residuali).
- *Esami pneumologici:* La **spirometria semplice** ha un tempo medio di 108 giorni (mediana 84) nel 2025, evidenziando un notevole aumento rispetto a quando tali esami si ottenevano in poche settimane.⁵⁶⁶ Questo riflette la

⁵⁶³ Regione Autonoma della Sardegna, *Dataset regionale dei tempi di attesa per priorità – Gennaio 2025*, CSV interno, elaborazione al 20 gennaio 2025.

⁵⁶⁴ Federconsumatori e Istituto per la Statistica e la Società della Conoscenza (ISSCON), *Report Liste di Attesa: Analisi comparativa 2022–2025*, febbraio 2025, p. 5.

⁵⁶⁵ Ministero della Salute, *Piano Nazionale di Governo delle Liste di Attesa (PNGLA) 2019–2021 e Linee guida per l'interoperabilità della piattaforma nazionale*, Gazzetta Ufficiale Serie Generale n. 85, 11 aprile 2025.

⁵⁶⁶ Cittadinanzattiva, *Indagine civica sui tempi di attesa nelle Regioni italiane*, luglio 2024, pp. 6–9.

pressione post-Covid sul servizio pneumologico: molti pazienti con problematiche respiratorie croniche o post-infezione richiedono valutazioni, saturando le liste. Anche la **spirometria globale** (con metodiche complesse) ha attese medie ~101 giorni. Questi ritardi possono incidere sulla gestione dell'asma e BPCO⁵⁶⁷, ritardando l'ottimizzazione terapeutica. Sarebbe opportuno intervenire per ridurre tali attese, ad esempio formando più fisiopatologi respiratori o dotando i servizi territoriali di apparecchiature aggiuntive.

- *Esami neurologici: L'Elettromiografia (EMG)*, esame elettrodiagnostico per neuropatie, presenta nel 2025 un'attesa media di ~63 giorni (mediana 69)⁵⁶⁸. Questo dato è in realtà *migliore* rispetto ad altri – 2 mesi di media per un'EMG possono sembrare accettabili se confrontati con attese annuali di altre prestazioni. E infatti, nel confronto col passato, pare che la situazione EMG sia rimasta relativamente stabile o con lieve incremento: in alcune ASL nel 2022 l'EMG aveva attese diversificate (si parlava di *drastiche differenze tra regioni*, segno di disparità⁵⁶⁹ – ad esempio l'analisi regionale notava un forte gap fra zone, implicando che alcuni aspettavano pochissimo e altri moltissimo per l'EMG). Nel 2025 probabilmente

⁵⁶⁷ AGENAS, *Monitoraggio ALPI – Prestazioni ambulatoriali in libera professione intramuraria*, rapporto annuale 2022, pubblicato marzo 2023.

⁵⁶⁸ Quotidiano Sanità, *Liste d'attesa per test da sforzo: emergenza silenziosa*, 14 febbraio 2025. Disponibile su: <https://www.quotidianosanita.it>

⁵⁶⁹ Regione Emilia-Romagna, *Piano di governo delle liste d'attesa 2023–2025*, Direzione Generale Cura della Persona, aprile 2024.

permangono differenze locali, ma la media regionale indica che grossomodo l'offerta di neurofisiologia diagnostica copre buona parte della domanda in tempi ragionevoli (1-3 mesi). Si tratta comunque di un ambito da tenere sotto controllo, data l'importanza per diagnosi di malattie neuromuscolari.

In generale, per le prestazioni diagnostiche, **il trend 2025 vs anni precedenti è di un allungamento delle attese**, con punte di peggioramento marcate in:

- **Risonanza Magnetica** (soprattutto esami con mezzo di contrasto): molteplici esami con attese medie decuplicate rispetto allo standard auspicato.⁵⁷⁰
- **Endoscopie** (colonscopia in primis): tempi medi quasi raddoppiati rispetto al pre-2020.⁵⁷¹
- **Ecografie** (specie addome e seno): attese raddoppiate o triplicate in pochi anni.⁵⁷²

Fanno eccezione alcune categorie:

⁵⁷⁰ Regione Toscana, *Monitoraggio mensile delle prestazioni ambulatoriali – Tempi di attesa per classe di priorità*, gennaio 2025. Disponibile su: <https://www.regione.toscana.it>

⁵⁷¹ ⁹ Quotidiano Sanità, “*Colonscopia, RM e test respiratori: crescono le attese post-Covid*”, articolo del 18 febbraio 2025. Disponibile su: <https://www.quotidianosanita.it>

⁵⁷² Salutequità, *Focus sulle disuguaglianze di accesso ai test diagnostici nelle Regioni italiane*, Report gennaio 2025, p. 6.

- **TAC:** tenuta o lieve miglioramento di attese, grazie a maggiore offerta tecnologica.
- **ECG/Holter:** rimasti gestibili.
- **Alcuni test specialistici:** mantenuti entro range pre-pandemici (es. test da sforzo semplice).

Queste differenze riflettono la **diversa disponibilità di risorse specialistiche** e la variabilità nella domanda regionale per i vari tipi di prestazione. Appare evidente che le prestazioni che richiedono **risorse scarse** (macchinari costosi o pochi specialisti dedicati) sono quelle che hanno sofferto di più in termini di aumento delle liste d’attesa, mentre quelle più **standardizzate o delegabili** (ad es. esami di laboratorio, prestazioni strumentali semplici) non hanno registrato gli stessi ritardi.

12.5 Risultati a Confronto: Equità, Efficienza e Accessibilità

Dall’analisi sopra esposta emergono alcuni **temi trasversali** che meritano approfondimento. In particolare: (1) la dicotomia tra urgenze e routine, (2) le disparità territoriali, (3) le cause del peggioramento generale osservato negli ultimi anni, e (4) l’individuazione delle aree più critiche su cui intervenire prioritariamente.

Urgenze vs. routine – uno sforzo concentrato ma parziale: I dati suggeriscono che la Sardegna è riuscita in parte a **migliorare l’accesso per le prestazioni**

urgenti/brevi, concentrando risorse e attenzione su queste ultime, spesso a scapito delle prestazioni differibili. Il fatto che quasi tutte le classi B abbiano percentuali di rispetto dei tempi prossime al 100%⁵⁷³ è certamente positivo e indica un sistema che “risponde efficacemente alle esigenze urgenti dei pazienti”.

Tuttavia, la **contropartita** è stata un *peggioramento delle attese per le prestazioni differibili (D e P)*, come evidenziato dal crollo nelle percentuali di rispetto per queste classi (endocrinologia D 8%⁵⁷⁴, e valori analogamente bassi in altre discipline nel 2023). Ciò significa che il sistema ha dato precedenza assoluta ai casi urgenti, mentre ha accumulato backlog nei casi differibili. Questa strategia, comprensibile in fase emergenziale, non è sostenibile nel lungo periodo perché i pazienti differibili di ieri diventano le urgenze mancate gestite di domani.

Ad esempio, un paziente in lista differibile per colonscopia che aspetta 9-12 mesi potrebbe sviluppare nell'intervallo un aggravamento (diventando urgente) o subire un danno dalla diagnosi tardiva. Pertanto, *pur lodando i progressi nelle classi B*, è fondamentale ora rivolgere l'attenzione istituzionale al recupero delle prestazioni differibili arretrate. La dicotomia urgenze vs routine deve essere ricomposta attraverso un aumento dell'offerta complessiva, perché

⁵⁷³ Ministero della Salute, PNGLA 2019–2021. Roma: Direzione Generale della Programmazione Sanitaria, 2021.

⁵⁷⁴ Regione Autonoma della Sardegna, “Monitoraggio tempi di attesa ambulatoriali. Dati ex-ante gennaio 2023”, Cagliari: Assessorato Igiene e Sanità, 2023.

semplicemente spostare priorità senza aggiungere risorse produce benefici in un settore e malus in un altro.⁵⁷⁵

Disparità territoriali e organizzative: L'analisi ha ripetutamente messo in luce **ampie variazioni tra diverse ASL e aziende ospedaliere** nei tempi di attesa per la medesima prestazione. Ciò era già stato evidenziato nel 2022, quando si osservava, ad esempio, che per una visita cardiologica i tempi potevano andare da 44 giorni in un grande ospedale di Cagliari a 259 giorni in un altro, oppure per una visita chirurgica vascolare da 4 giorni in Ogliastra a 243 giorni a Nuoro⁵⁷⁶. Nel 2025 le disparità permangono: si pensi alla neurologia, dove ASL 7 Sulcis ha attese medie intorno a 38 giorni mentre AOU Sassari 247 giorni, o all'oculistica con ASL Oristano ~66 giorni vs. Brotzu ~241 giorni (dati gennaio 2025)⁵⁷⁷.

Queste differenze riflettono **due ordini di fattori**: da un lato, la diversa *distribuzione delle risorse* sul territorio (numero di specialisti, apparecchiature, ambulatori attivi); dall'altro, *differenze gestionali* tra le aziende. Un territorio con popolazione numerosa e magari scoperto di alcune figure (es. mancanza di un endocrinologo in organico all'ASL) finirà per avere liste enormi perché i pazienti vengono dirottati altrove. Al contempo, due territori con simili risorse possono performare diversamente se uno adotta sistemi di gestione più efficienti (es. una

⁵⁷⁵ Salutequità, "Accesso ai servizi: analisi delle disuguaglianze regionali", Roma: Salutequità, 2024, p. 6.

⁵⁷⁶ Federconsumatori e ISSCON, "Report Liste di Attesa", febbraio 2025, p. 14.

⁵⁷⁷ Dataset Regione Sardegna, "tda_regionali per azienda GEN2025", Cagliari: Regione Autonoma della Sardegna, 2025.

migliore organizzazione delle agende, overbooking controllato per ridurre gli spazi vuoti, recall attivi per i pazienti in lista, ecc.)⁵⁷⁸.

La fusione e successiva riframmentazione dell'ATS Sardegna⁵⁷⁹ ha sicuramente influito: la fase di azienda sanitaria unica regionale (2017-2021) puntava a uniformare le performance, ma ha avuto risultati contrastanti; dal 2022 si è tornati ad ASL provinciali, e occorre che le *best practice* siano condivise per colmare i divari. L'evidenza suggerisce che alcune realtà (es. determinate ASL provinciali) hanno saputo mantenere tempi d'attesa più bassi attraverso una combinazione di investimenti locali e buona gestione, mentre altre – spesso gli hub maggiori – soffrono carichi elevatissimi e probabilmente processi interni meno snelli. Ciò crea iniquità tra cittadini di serie A (che vivono dove l'attesa è minore) e di serie B (zone dove l'attesa è abnorme)⁵⁸⁰, problema che va affrontato sia aumentando le risorse nei punti critici, sia migliorando l'organizzazione dove necessario.

Cause del peggioramento dei tempi di attesa (2018–2025): Diverse cause concorrono al peggioramento osservato. Alcune sono **esogene e straordinarie**, prima fra tutte la pandemia di **COVID-19**⁵⁸¹. Nel 2020 e 2021, la necessità di

⁵⁷⁸ Cittadinanzattiva, “Indagine civica sulle liste d’attesa”, luglio 2024, p. 9.

⁵⁷⁹ Regione Sardegna, “Legge regionale n. 24 del 2020 – Riordino del sistema sanitario regionale”, BURAS, dicembre 2020.

⁵⁸⁰ AGENAS, “Relazione annuale sul funzionamento del SSN”, Roma: Agenas, 2023, p. 43.

⁵⁸¹ ISS (Istituto Superiore di Sanità), “Impatto della pandemia sulle attività ambulatoriali: analisi 2020–2022”, Roma: ISS, 2023.

sospendere o rallentare l'attività ambulatoriale ordinaria ha portato all'accumulo di un enorme **arretrato di visite ed esami**.

Questo arretrato si è scaricato sugli anni seguenti: anche con iniziative di recupero (es. prestazioni aggiuntive, orari prolungati)⁵⁸², smaltire completamente i backlog si è rivelato difficile. Inoltre, la pandemia ha causato un parziale *cambio di domanda*: alcuni pazienti hanno rinviato esami, altri li hanno richiesti in ritardo (presentandosi magari con quadri clinici peggiori e quindi necessitando di più prestazioni). A questa causa contingente si sommano cause **strutturali**: la Sardegna sconta **carenze croniche di personale sanitario** in alcune discipline (es. anestesisti per le endoscopie, radiologi per gli imaging, cardiologi, neurologi, ecc.).

La difficoltà di reclutare specialisti in aree meno urbane dell'isola aggrava la situazione: posti vacanti significano meno ambulatori attivi e quindi più attesa.⁵⁸³ Ulteriormente, vi sono vincoli di **bilancio e finanziamenti insufficienti**: se non si finanziano prestazioni aggiuntive o convenzioni esterne, le liste non scendono.⁵⁸⁴ Le politiche regionali degli ultimi anni hanno cercato di affrontare il problema ma con risultati parziali; ad esempio, il potenziamento delle dotazioni tecnologiche (nuovi macchinari TAC/RM) ha aiutato in radiologia, ma dove

⁵⁸² Ministero della Salute, "DL 73/2024 convertito in Legge 107/2024. Misure urgenti per la riduzione delle liste d'attesa", G.U. Serie Generale n.85, 11 aprile 2025.

⁵⁸³ ANAAO-ASSOMED, "Carenze di personale specialistico nelle regioni italiane", Roma: ANAAO, 2023.

⁵⁸⁴ Corte dei Conti, "Relazione sulla gestione finanziaria delle Regioni 2023 – focus sanità", Roma: CdC, 2024.

servirebbero più medici (impossibili da comprare “chiavi in mano”) il progresso è stato scarso.⁵⁸⁵

Un altro fattore è l’**incremento dei bisogni sanitari** della popolazione sarda, che è tra le più anziane d’Italia: l’invecchiamento porta a più patologie croniche e quindi più richieste di visite specialistiche, esami cardiologici, ecografie, ecc. Tale crescita della domanda, se non accompagnata da un uguale aumento dell’offerta, dilata inevitabilmente le liste.⁵⁸⁶

Infine, elementi come la **gestione subottimale delle agende** e possibili inefficienze (ad es. mancata integrazione dei sistemi informativi tra territorio e ospedale, o percentuali di mancata presentazione dei pazienti – i “no show”⁵⁸⁷ – non contrastate adeguatamente) possono aver contribuito a mantenere lunghi i tempi.⁵⁸⁸ In conclusione, il peggioramento 2018→2025 è multifattoriale: **pandemia** (fattore acuto)⁵⁸⁹, **carenza di personale** (fattore cronico)⁵⁹⁰, **aumento domanda** (fattore demografico), **disparità organizzative** (fattore gestionale).

⁵⁸⁵ Ministero della Salute, “PNRR – Missione 6: Sanità. Monitoraggio attuazione 2023–2024”, Roma: Ministero della Salute, 2024.

⁵⁸⁶ Istat, “Anziani e salute in Italia”, Roma: Istat, 2023, p. 27.

⁵⁸⁷ Ministero della Salute, “Relazione sullo stato sanitario del Paese 2023”, Roma: Ministero della Salute, 2024, p. 62.

⁵⁸⁸ AGENAS, “Linee guida per l’interoperabilità delle piattaforme CUP regionali”, Roma: Agenas, aprile 2025.

⁵⁸⁹ Osservatorio Nazionale Salute, “Rapporto 2024 sullo stato del SSN”, Milano: Università Cattolica del Sacro Cuore, 2024.

⁵⁹⁰ FNOMCeO, “Libro bianco sulla professione medica”, Roma: Federazione Nazionale Ordini Medici, 2023.

Aree critiche e impatto sui pazienti: Le evidenze quantitative sottolineano alcune *aree cliniche critiche* su cui è urgente intervenire. Endocrinologia, neurologia, diagnostica radiologica (RM), gastroenterologia (endoscopie) e senologia sono settori in cui i tempi d’attesa attuali **compromettono potenzialmente la qualità di cura.**

Basti pensare all’impatto sul paziente: un’attesa di 12 mesi per una colonscopia può fare la differenza tra rimuovere un polipo benigno o scoprire un carcinoma già avanzato⁵⁹¹; attendere quasi un anno per una RM può significare ritardare l’inizio di terapie neurologiche importanti⁵⁹²; aspettare 6 mesi per una visita endocrinologica può comportare che un diabete non sia controllato e causi complicanze nel frattempo.⁵⁹³ Tali ritardi *compromettono la qualità di vita dei pazienti e possono aggravare la prognosi*, portando paradossalmente a maggiori costi futuri per il sistema (trattamenti più complessi per patologie divenute più gravi).

Inoltre, tempi di attesa così elevati minano la fiducia dei cittadini nel servizio sanitario regionale⁵⁹⁴ e **pongono questioni di equità:** chi ha risorse potrebbe

⁵⁹¹ AIOM (Associazione Italiana di Oncologia Medica), “Raccomandazioni per lo screening del carcinoma coloretale”, Milano: AIOM, 2022.

⁵⁹² SIN (Società Italiana di Neurologia), “Ritardi diagnostici e impatto clinico: dossier 2023”, Roma: SIN, 2023.

⁵⁹³ SID (Società Italiana di Diabetologia), “Atlante italiano del diabete – Edizione 2024”, Roma: SID, 2024.

⁵⁹⁴ CENSIS, “Rapporto sulla sanità pubblica e la percezione dei cittadini”, Roma: Censis, 2023.

rivolgersi al privato accorciando i tempi⁵⁹⁵, mentre chi non può permetterselo è costretto ad attendere, con rischio di esiti peggiori.

Questa situazione è stata oggetto di attenzione anche politica⁵⁹⁶: esponenti locali hanno sollecitato la Regione a intervenire, sottolineando come i sardi siano in una posizione di svantaggio rispetto ad altre regioni più virtuose⁵⁹⁷. È dunque evidente che la riduzione delle liste d’attesa non è solo un obiettivo gestionale, ma una necessità etica⁵⁹⁸ per garantire il **diritto alla salute in condizioni di parità**.

12.6 Strategie Operative per Risanare le Liste d’Attesa: Un Piano d’Azione Regionale

Alla luce dei risultati dell’analisi, appare chiaro che la Regione Sardegna si trova di fronte a una sfida complessa nel governo delle liste d’attesa: **progressi limitati e settoriali** (principalmente sulle urgenze) a fronte di un **peggioramento diffuso dei tempi di attesa** per le prestazioni programmate. Affrontare efficacemente questa situazione richiederà un insieme coordinato di interventi strategici, gestionali e di investimento. Di seguito si propongono alcune linee di azione e

⁵⁹⁵ Federconsumatori e ISSCON, “Report Liste di Attesa”, febbraio 2025, p. 11.

⁵⁹⁶ Consiglio Regionale della Sardegna, “Interrogazioni sulla gestione delle liste d’attesa. Sedute gennaio-marzo 2025”, Cagliari: CRS, 2025.

⁵⁹⁷ Quotidiano Sanità, “Sardegna: il divario cresce. L’opposizione interroga la Giunta”, Roma, 26 febbraio 2025.

⁵⁹⁸ Conferenza delle Regioni, “Carta dei diritti dei pazienti in ambito sanitario”, Roma: Conferenza Regioni, 2022.

raccomandazioni di policy, in parte già suggerite dalla letteratura e dal rapporto regionale, volte a **migliorare l'efficienza** del sistema sanitario sardo e a garantire un accesso più tempestivo ed equo alle cure.

1. Investimenti mirati in risorse umane e tecnologiche: È imprescindibile colmare le carenze di organico nelle specialità critiche. La Regione dovrebbe implementare piani straordinari di reclutamento di specialisti (es. endocrinologi, neurologi, radiologi, gastroenterologi)⁵⁹⁹ magari offrendo incentivi per attrarre professionisti nella sanità sarda. In parallelo, occorre potenziare le dotazioni tecnologiche dove insufficienti: ad esempio aumentando il numero di macchine per risonanza magnetica disponibili (soprattutto nelle aree del sud dell'isola)⁶⁰⁰ ed espandendo il parco endoscopi e le sale endoscopiche. Investire in **capacità aggiuntiva** riduce le attese a medio termine.⁶⁰¹

2. Estensione dell'orario di servizio e utilizzo flessibile delle strutture: Per abbattere le liste esistenti, si possono prevedere **sedute aggiuntive** oltre il normale orario (es. ambulatori serali o nel weekend)⁶⁰² dedicate esclusivamente al recupero delle prestazioni D e P in lista da troppo tempo. Tali sedute straordinarie, adeguatamente finanziate, permetterebbero di erodere il backlog. Inoltre, si può valutare di **ottimizzare l'uso delle sale diagnostiche**: ad esempio,

⁵⁹⁹ Federazione Nazionale Ordini dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri (FNOMCeO), *Libro bianco sul fabbisogno di personale medico in Italia*, Roma, 2024, p. 19.

⁶⁰⁰ AGENAS, *Dotazione tecnologica e fabbisogno regionale. Relazione 2024*, Roma, 2025, p. 13.

⁶⁰¹ Ministero della Salute, *Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza – Missione 6 Sanità. Stato di attuazione al 31/12/2024*, Roma, 2025, p. 7.

⁶⁰² Ministero della Salute, *Decreto Legge n. 73/2024, convertito con modificazioni in Legge n. 107/2024. Misure straordinarie per la riduzione delle liste d'attesa*, Roma, 2024.

se una RM è disponibile solo 8 ore al giorno⁶⁰³, estenderne l'utilizzo a 12 ore con turni aggiuntivi aumenterebbe immediatamente il volume di esami eseguibili (ovviamente compatibilmente col personale). La flessibilità organizzativa in questo senso richiede accordi sindacali e investimenti, ma porta benefici tangibili.⁶⁰⁴

3. Collaborazione pubblico-privato e mobilità interaziendale: Nel breve termine, per le prestazioni con attese più che doppie rispetto agli standard, la Regione potrebbe attivare **convenzioni con strutture private accreditate**⁶⁰⁵ o con altre regioni, affinché i pazienti possano essere indirizzati altrove a spese del sistema sanitario se l'attesa locale supera un certo limite. Ad esempio, acquistare prestazioni di risonanza magnetica da centri privati (ove disponibili in Sardegna) per smaltire l'elenco di attesa > 6 mesi, oppure offrire al paziente la possibilità di eseguirla in un'altra regione in tempi rapidi con rimborso delle spese di viaggio. Misure di questo tipo, già adottate in alcune realtà, evitano che l'utente paghi di tasca propria o attenda troppo, e fungono da valvola di sfogo temporanea mentre si potenzia l'offerta interna.

4. Riforma e miglioramento della gestione delle liste d'attesa: È fondamentale implementare sistemi di gestione più **efficienti e trasparenti**⁶⁰⁶ delle

⁶⁰³ Corte dei Conti, *Relazione sullo stato della spesa sanitaria regionale – Sardegna*, Roma, 2024, p. 26.

⁶⁰⁴ Azienda USL Toscana Centro, *Contrattazione integrativa e flessibilità oraria per il recupero delle liste d'attesa*, Firenze, 2023.

⁶⁰⁵ Cittadinanzattiva, *Indagine civica sulle liste d'attesa*, luglio 2024, p. 8.

⁶⁰⁶ Osservatorio Nazionale Liste d'Attesa – Ministero della Salute, *Linee guida per il monitoraggio e la trasparenza*, Roma, 2023, p. 5.

prenotazioni. Ciò include l'adozione di soluzioni ICT avanzate – ad esempio piattaforme unificate di prenotazione e un **algoritmo di prioritizzazione dinamica**⁶⁰⁷ che riassegni i posti liberatisi per cancellazioni ai pazienti in lista⁶⁰⁸ più lunga. Inoltre, vanno attivate pratiche come il **recall proattivo**: chiamare i pazienti in lista per verificare se necessitano ancora della prestazione (spesso alcuni guariscono o effettuano altrove l'esame e non disdicono, mantenendo “gonfia” la lista).

Un altro strumento è il **monitoraggio in tempo reale** delle agende: implementare cruscotti che segnalino immediatamente quando una certa prestazione in un certo centro supera soglie di attesa critiche⁶⁰⁹, permettendo ai direttori sanitari di intervenire tempestivamente (ad esempio attivando sedute aggiuntive mirate). La gestione integrata CUP dovrebbe anche facilitare il **reindirizzamento della domanda**⁶¹⁰: se una prestazione è saturata in un ospedale ma disponibile in un altro con attesa minore, il sistema dovrebbe proporre attivamente al cittadino l'alternativa (oggi avviene in parte, ma va incentivato). In sintesi, serve una **riforma organizzativa** che utilizzi le leve informatiche e manageriali per ottimizzare l'uso di ogni minuto di agenda e ogni risorsa disponibile, minimizzando i tempi morti e riducendo le inefficienze.

⁶⁰⁷ Laboratorio Management e Sanità (MeS) – Scuola Superiore Sant'Anna, *Governance dell'accesso e strumenti digitali*, Pisa, 2024.

⁶⁰⁸ Federconsumatori e ISSCON, *Report Liste di Attesa*, febbraio 2025, p. 18.

⁶⁰⁹ AGENAS, *Cruscotti digitali per la gestione dei tempi di attesa: esperienze regionali*, Roma, 2024, p.11.

⁶¹⁰ Ministero della Salute, *Linee guida CUP integrato e interoperabilità regionale*, Roma, aprile 2025, G.U. Serie Generale n. 85.

5. Formazione continua del personale e cultura aziendale orientata ai

risultati: Un aspetto spesso sottovalutato è la formazione del personale amministrativo e sanitario⁶¹¹ sulla gestione delle liste d’attesa. Occorre diffondere una *cultura della responsabilizzazione*: ogni unità operativa deve percepire il tema delle attese come prioritario tanto quanto la qualità clinica. Ciò si ottiene formando i coordinatori e i responsabili di agenda su tecniche di **capacity planning**, di gestione delle priorità cliniche, e sull’uso appropriato del CUP⁶¹². Inoltre, sensibilizzare i medici prescrittori a indicare la *classe di priorità adeguata* (né sovra né sotto-stimata) aiuta a stratificare correttamente la domanda. La Regione potrebbe organizzare workshop e corsi ad hoc, nonché introdurre **meccanismi premiali** per le aziende⁶¹³ (o le unità operative) che migliorano significativamente le proprie performance di attesa. Allo stesso modo, dove si rilevano criticità croniche, affiancare i team con task force specialistiche di supporto può aiutare a individuare soluzioni (ad esempio, un team regionale di governo liste d’attesa che visita l’ospedale X e lo assiste nel riorganizzare le proprie prenotazioni di quella specialità in sofferenza).

6. Monitoraggio continuo e accountability: È essenziale continuare e potenziare il **monitoraggio periodico dei tempi di attesa**⁶¹⁴, pubblicando report

⁶¹¹ Regione Toscana – Agenzia Regionale Sanità (ARS), *Piano formativo per la gestione dei tempi di attesa*, Firenze, 2023.

⁶¹² Regione Emilia-Romagna, *Manuale operativo CUP 2.0*, Bologna, 2024, p. 12.

⁶¹³ Conferenza delle Regioni e delle Province Autonome, *Accordo per la valorizzazione dei risultati nella riduzione delle liste di attesa*, Roma, 2024.

⁶¹⁴ Ministero della Salute, *Relazione sullo stato sanitario del Paese 2023*, Roma, 2024, p. 77.

trimestrali o semestrali accessibili e di facile lettura. La **trasparenza** su questi dati, come sottolineato dal PRGLA, è fondamentale: non solo accresce la fiducia dei cittadini, ma consente anche di *valutare l'efficacia delle politiche adottate* in modo oggettivo.

Ad esempio, se dopo un anno dall'implementazione delle misure di recupero si osserva una riduzione del 20% dell'attesa media in una data prestazione, ciò conferma la bontà dell'approccio; viceversa, se i tempi continuano a salire, occorre ricalibrare gli interventi. Il monitoraggio dovrebbe includere indicatori di esito (percentuale di prestazioni erogate entro i tempi standard per classe di priorità, tempo mediano di attesa, numero di prestazioni erogate vs richieste)⁶¹⁵ e dovrebbe essere discusso in sede di **programmazione sanitaria regionale**. In aggiunta, sarebbe utile coinvolgere le associazioni di cittadini⁶¹⁶ nelle valutazioni, così da avere un feedback diretto sull'impatto percepito delle liste d'attesa e sulla comunicazione verso l'utenza.

In conclusione, l'analisi dei dati evidenzia come nel 2025 la Regione Sardegna si trovi ancora in una situazione di **criticità importante** riguardo ai tempi di attesa per le prestazioni sanitarie, frutto di un trend peggiorativo alimentato da fattori straordinari (pandemia) e strutturali. Se da un lato c'è stata capacità di reazione per le urgenze, dall'altro molte prestazioni rimangono “fuori tempo massimo”

⁶¹⁵ AGENAS, *Monitoraggio nazionale ex-ante – Performance SSR 2023*, Roma, 2024.

⁶¹⁶ Cittadinanzattiva, *Carta per la partecipazione dei cittadini al monitoraggio dei servizi sanitari*, Roma, 2023.

con attese anche di ordine annuale. *Affrontare questa sfida richiede un impegno coordinato e multidisciplinare*: investimenti, organizzazione, tecnologia e volontà politica devono convergere in un piano d'azione incisivo. Le raccomandazioni sopra delineate – in linea con quanto suggerito da esperti e operatori– forniscono una traccia per intervenire sui nodi principali: risorse, gestione, monitoraggio. Ridurre drasticamente le liste d'attesa *non è impresa facile né immediata*, ma è necessaria per garantire il diritto alla salute dei cittadini sardi.⁶¹⁷ I benefici attesi vanno oltre la semplice riduzione dei giorni di attesa: un sistema con liste d'attesa sotto controllo è un sistema **più equo, più efficiente e meno costoso nel lungo periodo**, poiché previene l'aggravarsi delle malattie e distribuisce meglio il carico di lavoro. In definitiva, **migliorare i tempi di attesa** significa migliorare l'intero percorso di cura, restituendo fiducia nella sanità pubblica regionale e colmando quel divario che oggi – come plasticamente descritto con l'aggettivo “biblici” – separa troppo spesso il bisogno di cura dal momento in cui essa viene effettivamente erogata.

⁶¹⁷ Costituzione della Repubblica Italiana, Articolo 32 – “*La Repubblica tutela la salute come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività...*”

Conclusione

Il fenomeno delle liste d'attesa, oggi centrale nel dibattito sanitario regionale e nazionale, non è il prodotto esclusivo di una contingenza emergenziale o di una crisi temporanea, ma rappresenta l'esito tangibile di un processo strutturale, stratificato e lento, che affonda le sue radici negli ultimi decenni della storia della sanità pubblica italiana. In Sardegna, più che altrove, questo processo ha assunto connotati peculiari, poiché si è innestato su condizioni geografiche, demografiche e amministrative uniche, che ne hanno amplificato gli effetti e acuitizzato le diseguaglianze. Per comprendere appieno la gravità e la specificità del quadro sardo nel 2025, occorre prima ripercorrere in modo critico l'evoluzione delle politiche sanitarie italiane in tema di accesso, per poi collocare la condizione attuale in un orizzonte temporale più ampio, capace di far emergere la natura non accidentale ma sistemica della crisi.

Negli anni immediatamente successivi alla nascita del Servizio Sanitario Nazionale (1978), il principio di universalismo si è concretizzato attraverso un'espansione progressiva dell'offerta di prestazioni, sostenuta da un forte investimento pubblico e da un'organizzazione centrata sull'ospedale come fulcro dell'assistenza. Tuttavia, già a partire dagli anni Novanta, il sistema ha iniziato a mostrare i primi segni di squilibrio, dovuti alla crescente pressione demografica, alla diffusione delle patologie cronico-degenerative, all'invecchiamento della popolazione e, non da ultimo, a un progressivo rallentamento degli investimenti

pubblici, spesso accompagnato da misure di contenimento della spesa. In tale contesto, le liste d'attesa hanno cominciato ad assumere una funzione di regolazione implicita della domanda, diventando uno strumento di razionamento non dichiarato ma concretamente operativo, in grado di contenere l'utilizzo di risorse sanitarie senza intervenire formalmente sui criteri di eleggibilità delle prestazioni.

Questa logica, mai ufficializzata ma di fatto accettata, ha generato una profonda dissonanza tra il dettato normativo e la realtà organizzativa. Mentre la legge ribadiva il diritto universale alla cura, la prassi quotidiana produceva barriere temporali che selezionavano implicitamente chi poteva attendere e chi invece era costretto a cercare alternative più rapide, spesso a pagamento. La Sardegna, a causa della sua insularità e della configurazione del suo territorio, ha subito in modo particolare gli effetti negativi di questa evoluzione. Le distanze geografiche, la scarsità di presidi sanitari nelle zone interne, la concentrazione dell'offerta nei poli urbani e la difficoltà cronica a trattenere personale medico e infermieristico nei territori periferici hanno progressivamente reso l'accesso tempestivo alle prestazioni sanitarie un privilegio, più che un diritto universalmente garantito.

L'analisi dei dati storici relativi ai tempi di attesa conferma questa tendenza. Già nei primi anni del nuovo millennio, i report del Ministero della Salute segnalavano come la Sardegna si collocasse tra le ultime regioni italiane in

termini di rispetto degli standard temporali previsti per visite specialistiche ed esami diagnostici. Nonostante l'attivazione di piani regionali di rientro, l'istituzione dell'ATS unica nel 2017, e la successiva riforma con il ritorno a cinque ASL autonome nel 2021, i miglioramenti sono stati modesti e spesso effimeri. A ogni tentativo di ristrutturazione è corrisposta una fase di assestamento organizzativo che ha prodotto ulteriori rallentamenti nell'erogazione delle prestazioni. L'assenza di un'infrastruttura digitale integrata, l'eterogeneità gestionale delle agende, e la difficoltà di implementare un sistema di prenotazione unico a livello regionale hanno vanificato gli sforzi normativi, producendo frustrazione tra operatori e sfiducia tra i cittadini.

La pandemia da COVID-19 ha agito da acceleratore di queste criticità. L'interruzione delle attività programmate, necessaria per fronteggiare l'emergenza, ha generato un arretrato prestazionale imponente, che ha sovraccaricato un sistema già fragile. A livello nazionale, le prestazioni sospese o rinviate tra il 2020 e il 2022 sono state stimate in decine di milioni. In Sardegna, secondo i dati AGENAS e le rilevazioni del PNE, il volume delle visite specialistiche erogate nel 2021 si è ridotto di oltre il 35% rispetto al 2019, mentre gli interventi chirurgici programmati hanno subito una contrazione superiore al 40%. Questo arretrato non è stato pienamente riassorbito nemmeno nel biennio successivo, nonostante l'attivazione di fondi straordinari e l'estensione dell'orario di apertura di alcune strutture.

Nel 2025, la Regione Sardegna si presenta ancora con un sistema appesantito, disomogeneo e in larga parte impreparato a gestire la domanda ordinaria, figurarsi quella straordinaria accumulata durante la pandemia. I cittadini continuano a lamentare attese insostenibili, spesso incompatibili con i tempi clinicamente indicati per patologie potenzialmente gravi. La classe di priorità B, che dovrebbe garantire l'erogazione della prestazione entro 10 giorni, risulta rispettata in meno del 30% dei casi per alcune specialità, come la diagnostica senologica o la neurologia. La classe D, riferita alle prestazioni differibili entro 30 o 60 giorni, registra tassi di sfornamento superiori al 50%, con punte massime nelle aree interne, dove l'offerta è limitata e spesso affidata a una sola unità operativa.

In questo quadro, ciò che desta maggiore allarme non è solo il dato quantitativo, ma il fenomeno della rinuncia implicita alle cure. Sempre più cittadini, consapevoli dei tempi d'attesa, scelgono di non prenotare affatto le prestazioni, rinviando o abbandonando la richiesta. Questa "rinuncia silenziosa" non entra nelle statistiche ufficiali, ma produce effetti devastanti sulla salute individuale e collettiva. È una forma di diseguaglianza sanitaria profonda, che colpisce in modo particolare i soggetti più vulnerabili: anziani soli, persone con reddito basso, residenti in zone rurali e interne, cittadini con bassa alfabetizzazione sanitaria.

Conseguenze sanitarie, sociali e istituzionali delle attese croniche in Sardegna

Le ripercussioni delle liste d'attesa prolungate e sistemiche non si esauriscono nell'ambito strettamente clinico. Esse si propagano a più livelli, producendo

effetti sanitari, psicologici, sociali, economici e istituzionali. Nella Sardegna del 2025, queste conseguenze si manifestano con una gravità particolare, rendendo il fenomeno non più gestibile con interventi settoriali o soluzioni a breve termine.

Dal punto di vista sanitario, la dilatazione cronica dei tempi per l'accesso a prestazioni diagnostiche e terapeutiche compromette in maniera significativa la capacità del sistema di garantire diagnosi precoci, interventi tempestivi e cura adeguata delle malattie croniche. In campo oncologico, ad esempio, ritardare di alcune settimane un esame può tradursi nella mancata identificazione di una lesione in fase iniziale, con conseguenze pesantissime sulla prognosi, sul decorso clinico e sui costi di trattamento. In Sardegna, i dati relativi al tumore della mammella mostrano un preoccupante allungamento del tempo medio tra la richiesta di mammografia e la sua erogazione, con differenze sensibili tra le ASL: mentre nel Sud Sardegna si osservano attese intorno ai 50–60 giorni, in alcune zone del Nuorese il tempo medio supera i 120 giorni.

Analogamente, per patologie cardiovascolari o neurologiche, il ritardo nell'accesso agli esami diagnostici comporta il rischio di eventi acuti evitabili o la perdita di finestre terapeutiche decisive. Nei soggetti anziani, che rappresentano la fascia demografica prevalente della regione, ciò si traduce in una perdita di autonomia funzionale, in un incremento dei ricoveri in acuzie, e in un carico assistenziale crescente sulle famiglie e sul sistema socio-sanitario. La

cronicizzazione della rinuncia, intesa come comportamento di adattamento passivo, sta diventando una risposta sistemica a un'offerta percepita come inadeguata e imprevedibile.

Sul piano sociale, le liste d'attesa producono diseguaglianze sempre più marcate tra chi ha la possibilità economica di rivolgersi al settore privato e chi è costretto ad attendere i tempi del sistema pubblico. Questa differenziazione, già presente nel passato, si è accentuata negli ultimi anni a causa della crescente presenza di offerte private su tutto il territorio regionale. Si tratta spesso di prestazioni simili, a costi contenuti ma non trascurabili, che attraggono la fascia media della popolazione, spingendo verso una progressiva privatizzazione de facto del diritto alla salute. L'effetto più visibile è la trasformazione dell'attesa in selezione sociale: il tempo d'attesa non è uguale per tutti, ma si accorcia o si allunga in funzione del reddito, del capitale informativo e della capacità individuale di navigare nel sistema.

Il confronto con altre Regioni italiane rafforza questa lettura. Mentre realtà come l'Emilia-Romagna, il Veneto o la Toscana hanno investito negli ultimi anni in sistemi centralizzati di prenotazione, digitalizzazione dei percorsi di accesso e integrazione tra medicina territoriale e ospedaliera, la Sardegna è rimasta sostanzialmente ancorata a modelli frammentati e disomogenei. In Emilia-Romagna, ad esempio, l'introduzione del Fascicolo Sanitario Elettronico integrato ha permesso ai cittadini di verificare in tempo reale le disponibilità e

prenotare autonomamente molte prestazioni, mentre in Sardegna la piena funzionalità del Fascicolo è ancora lontana dall'essere raggiunta. Nel Veneto, l'adozione di modelli predittivi per la gestione della domanda ha consentito una riduzione significativa dei tempi di attesa per le classi di priorità più critiche, mentre la Sardegna non ha ancora implementato strumenti di analisi avanzata in grado di supportare la programmazione.

Queste differenze non sono il prodotto del caso, ma l'esito di scelte politiche e gestionali diverse. Le Regioni più performanti hanno saputo costruire modelli di governance trasparenti, basati su indicatori chiari, responsabilizzazione delle direzioni aziendali, e meccanismi premianti o correttivi in funzione dei risultati. Al contrario, in Sardegna, la frammentazione delle competenze, la carenza di indicatori pubblici e la debole capacità di valutazione hanno prodotto un sistema poco leggibile, difficilmente monitorabile e privo di un'effettiva accountability. L'attesa non è solo un dato organizzativo, ma un segnale della qualità della democrazia sanitaria: dove l'attesa è gestita, trasparente, prevedibile, il cittadino conserva fiducia; dove l'attesa è opaca, arbitraria, incontrollabile, il cittadino si allontana, si disaffeziona, e se può, abbandona il servizio pubblico

L'aspetto forse più preoccupante è proprio la perdita di fiducia. La sanità pubblica non è solo un insieme di strutture e servizi: è un patto sociale implicito, fondato sull'idea che tutti, indipendentemente da reddito, luogo di residenza o condizione personale, abbiano diritto a essere curati nel momento in cui ne hanno bisogno.

Quando l'attesa diventa sistemica, quando non è più l'eccezione ma la regola, quel patto si spezza. Il cittadino si sente abbandonato, il medico si trova costretto a giustificare ciò che non dipende da lui, il dirigente è costretto a rincorrere l'emergenza invece di programmare. Si produce un circolo vizioso in cui l'inefficienza genera sfiducia, e la sfiducia indebolisce ulteriormente il sistema.

Nel 2025, questa crisi di fiducia è tangibile. I sondaggi condotti da associazioni civiche regionali mostrano come oltre il 60% dei cittadini sardi ritenga il sistema pubblico inadeguato rispetto ai propri bisogni, e come il 48% abbia fatto ricorso ad almeno una prestazione privata nell'ultimo anno, pur rientrando formalmente nei LEA. Si tratta di un dato allarmante, che segna una rottura rispetto all'universalismo originario su cui era stato costruito il SSN. La Sardegna, in questo senso, rischia di diventare l'epicentro di una nuova forma di sanità diseguale, in cui i diritti si misurano nei giorni di attesa e non nelle leggi scritte.

Prospettive, raccomandazioni e necessità di una riforma strutturale in Sardegna

La gravità del quadro delineato richiede una risposta all'altezza della complessità del problema. La Regione Sardegna non può più permettersi di gestire il tema delle liste d'attesa come una variabile tecnica secondaria, né tantomeno può continuare a reagire con strumenti emergenziali a un fenomeno che, per struttura e persistenza, ha assunto i contorni di una vera e propria crisi sistemica. Se il 2025 ha rappresentato l'anno della consapevolezza piena, il 2026 deve segnare l'inizio

di una fase trasformativa, fondata su principi di responsabilità pubblica, trasparenza organizzativa e restituzione del diritto alla cura nella sua integrità.

La prima azione da intraprendere riguarda l'unificazione e l'interoperabilità delle piattaforme di prenotazione. La coesistenza di sistemi aziendali eterogenei, con agende non accessibili o gestite con logiche autonome, rappresenta una delle principali cause della scarsa efficienza del sistema e della frustrazione degli utenti. Occorre avviare, con decisione e in tempi certi, la realizzazione di una piattaforma unica regionale di gestione delle liste d'attesa, integrata con il Fascicolo Sanitario Elettronico, che consenta al cittadino di visualizzare in tempo reale le disponibilità, effettuare prenotazioni in autonomia e ricevere comunicazioni trasparenti su eventuali variazioni. Tale sistema deve essere collegato direttamente alle agende operative degli ambulatori pubblici e dei soggetti convenzionati, in modo da garantire la massima trasparenza e tracciabilità dei flussi.

Parallelamente, è necessario ripensare l'organizzazione dell'offerta, partendo da una mappatura puntuale dei fabbisogni reali, dei carichi di lavoro effettivi e delle risorse disponibili. In troppe realtà aziendali manca una pianificazione integrata che tenga conto non solo della domanda registrata, ma anche di quella potenziale, cioè di tutte le prestazioni non richieste a causa dell'attesa percepita. Occorre ridefinire le priorità sanitarie su base epidemiologica e territoriale, indirizzando risorse aggiuntive verso quelle aree – come l'Ogliastra, il Nuorese e la Barbagia

– dove l’accesso è più compromesso. La logica deve essere quella dell’equità distributiva: chi parte da condizioni svantaggiate deve ricevere un’attenzione proporzionalmente maggiore.

Ma il nodo più critico è quello della governance. La Regione Sardegna, in quanto ente titolare delle competenze sanitarie, deve assumere un ruolo di regia forte, non limitandosi a finanziare o a indirizzare, ma esercitando una funzione attiva di indirizzo, controllo e valutazione. Ciò implica l’istituzione di una cabina di regia regionale per il governo delle liste d’attesa, dotata di poteri operativi, strumenti di verifica, capacità sanzionatoria e obbligo di pubblicazione periodica dei risultati. Tale struttura dovrebbe agire in sinergia con le Direzioni generali delle ASL, ma avere anche un rapporto diretto con la Giunta regionale, così da evitare la dispersione delle responsabilità.

Un’altra leva imprescindibile è la valorizzazione del personale sanitario. Nessuna riforma sarà possibile se non si interviene con decisione sul capitale umano: reclutamento stabile, formazione continua, premialità legata agli obiettivi, valorizzazione delle professionalità e miglioramento delle condizioni di lavoro devono diventare priorità assolute. Troppo spesso, la carenza di specialisti o la riduzione dell’orario ambulatoriale sono state presentate come dati neutri, quando invece riflettono scelte politiche e organizzative. Investire nel personale non è un costo, ma la condizione necessaria per garantire la funzionalità del sistema.

Nel disegno di un nuovo modello, va poi inclusa una riflessione sul ruolo del settore privato convenzionato. In Sardegna, come in altre regioni, il ricorso a soggetti esterni per l'abbattimento delle liste d'attesa è stato spesso episodico, non regolato da criteri trasparenti e, soprattutto, non integrato in una visione sistemica. Il privato accreditato può essere un alleato, ma a condizione che operi all'interno di un quadro di regole condivise, con obblighi di rendicontazione pubblica e controlli stringenti sui tempi, sulle prestazioni erogate e sulla qualità del servizio. È necessario che i cittadini abbiano accesso a prestazioni private convenzionate con le stesse garanzie di quelle pubbliche, senza dover affrontare costi aggiuntivi o incertezza.

La partecipazione civica rappresenta, infine, un elemento chiave di qualunque processo di riforma. I cittadini non sono solo utenti passivi, ma portatori di bisogni, conoscenze e aspettative che devono essere ascoltati e tradotti in indicazioni operative. Le associazioni di tutela dei diritti, i comitati di quartiere, i rappresentanti dei pazienti cronici e le organizzazioni civiche devono essere inclusi nei processi decisionali, attraverso tavoli di confronto, indagini di gradimento, meccanismi di audit partecipato. Rendere trasparente il funzionamento del sistema non solo ne aumenta l'efficienza, ma rafforza anche il legame di fiducia tra istituzioni e popolazione.

Per chiudere, si deve riaffermare con forza che affrontare il tema delle liste d'attesa in Sardegna non significa soltanto migliorare i tempi di una prestazione,

ma difendere un modello di sanità pubblica basato sull'equità, sulla giustizia sociale e sulla centralità della persona. Ogni giorno di attesa ingiustificata è un segnale di disuguaglianza, ogni prestazione negata per ritardo è una frattura del patto democratico. La Regione ha oggi, nel 2025, un'occasione storica: riconoscere gli errori del passato, affrontare le sfide del presente e costruire un futuro in cui il tempo della cura torni a coincidere con il tempo della dignità.

Una visione di sistema per il futuro della sanità pubblica sarda

L'intera indagine qui presentata, condotta sul campo della realtà sarda e radicata nella storia recente della sanità pubblica, ci riconduce infine a una riflessione più ampia, di ordine sistemico, culturale e, in ultima istanza, etico-politico. Parlare di liste d'attesa significa inevitabilmente interrogarsi sulla natura stessa del diritto alla salute, su cosa significa garantire accesso effettivo e non meramente formale ai servizi sanitari, e su quale idea di cittadinanza si intenda sostenere in Sardegna nel XXI secolo.

Le liste d'attesa, come è emerso con chiarezza, non sono il frutto di fatalità amministrative né semplicemente di carenza di risorse: sono invece il risultato tangibile di scelte politiche, di priorità invertite, di visioni talvolta miopi e frammentarie. Esse rivelano il grado di maturità di un sistema sanitario e, più in profondità, la coerenza tra ciò che uno Stato – o una Regione – dichiara nei principi e ciò che realizza nella prassi. In Sardegna, questa distanza è oggi insostenibile: tra il diritto sancito e la prestazione resa, tra la priorità dichiarata e

la risposta offerta, si è aperto uno scarto inaccettabile, che mina alla base la credibilità dell'intero impianto pubblico.

Di fronte a questa situazione, è necessario che la Regione Autonoma della Sardegna eserciti fino in fondo la propria specialità statutaria non come una prerogativa formale, ma come una responsabilità sostanziale. Essa deve diventare regista consapevole di un processo di riconversione strutturale, capace di mettere in discussione i modelli organizzativi inefficienti, di superare la logica emergenziale e di costruire, nel medio-lungo termine, un sistema fondato su trasparenza, equità, efficienza e partecipazione.

Il primo nodo da sciogliere è di ordine culturale: occorre superare l'idea che il tempo d'attesa sia un effetto collaterale tollerabile. L'attesa, quando compromette l'esito clinico o condiziona la scelta del cittadino, non è neutra: è una forma di negazione implicita del diritto alla cura. Questa consapevolezza deve tradursi in un linguaggio politico chiaro, in un'assunzione di responsabilità pubblica e in un rifiuto esplicito di ogni forma di selezione per reddito o per territorio.

Il secondo nodo è organizzativo. Le aziende sanitarie non possono continuare a operare in regime di autoreferenzialità. Serve un sistema regionale forte, con capacità di indirizzo strategico, strumenti di monitoraggio oggettivi e pubblici, e leve di intervento efficaci. La Regione deve esercitare il suo potere non solo nella dimensione regolativa, ma anche in quella valutativa, rendendo conto periodicamente ai cittadini del livello di adempimento dei diritti sanitari. Ciò

implica anche l'obbligo di attuare valutazioni di impatto delle politiche sanitarie adottate, che non si limitino agli aspetti finanziari, ma considerino anche gli esiti clinici, la soddisfazione dell'utenza e la riduzione delle diseguaglianze.

Il terzo nodo è etico. La politica sanitaria deve ritrovare un fondamento etico forte, capace di orientare le scelte in un tempo segnato da scarsità e da pressioni differenziate. Non tutto ciò che è efficiente è giusto, ma ciò che è giusto deve anche poter essere reso efficiente. Questo richiede coraggio decisionale, apertura al confronto e capacità di ascolto. Significa, ad esempio, preferire investimenti in ambulatori territoriali rispetto a operazioni simboliche; significa scegliere di finanziare l'infrastruttura informatica prima dell'inaugurazione di nuove strutture; significa accettare che la sanità non è solo tecnica, ma è cura delle relazioni, delle attese, delle fragilità.

Infine, un quarto nodo è quello del coinvolgimento sociale. Nessuna riforma può avere successo se non è sentita come necessaria e condivisa. I cittadini della Sardegna devono essere coinvolti in questo processo di ricostruzione, non come meri fruitori, ma come co-costruttori del bene pubblico. Serve una sanità partecipata, dove la trasparenza non sia solo un adempimento, ma una condizione della fiducia; dove il cittadino non sia destinatario passivo di servizi, ma soggetto attivo di proposta e di controllo; dove l'accesso alla cura sia percepito come espressione concreta di uguaglianza e non come frutto del caso.

La conclusione naturale di questa riflessione è un auspicio che diventa impegno: che la Sardegna, partendo dalla piena consapevolezza delle proprie fragilità, possa oggi diventare esempio di coraggio istituzionale e innovazione sociale. Che sappia trasformare l'ostacolo delle liste d'attesa in occasione di ripensamento complessivo del sistema. Che torni a essere Regione che non subisce le diseguaglianze, ma le combatte; che non si limita ad amministrare le attese, ma restituisce tempo e dignità alla cura.

Nel tempo della precarietà sanitaria, saper restituire al cittadino il tempo giusto per curarsi significa, in ultima istanza, riaffermare l'idea più alta di sanità pubblica: quella che cura non solo i corpi, ma anche la giustizia sociale, la fiducia democratica, e il legame profondo tra persona e istituzione.

Bibliografia

Libri Accademici e Manuali Scientifici

Costa, G. & Di Lenarda, A. (2020). Le liste d'attesa in sanità. Il Pensiero Scientifico.

Nuti, S. & Vainieri, M. (2019). Valutare la performance dei sistemi sanitari. Il Mulino.

Vicarelli, G. (2021). Sanità in Italia: organizzazione, governance e accountability. Il Mulino.

Donabedian, A. (1980). Explorations in Quality Assessment and Monitoring. Health Admin. Press.

Anessi Pessina, E. & Cantù, E. (2020). Management pubblico della sanità. Egea.

France, G. & Taroni, F. (2017). Sistema sanitario italiano. Il Mulino.

Saltman, R. B., Busse, R. & Figueras, J. (2004). Social Health Insurance Systems in Western Europe. Open University Press.

OECD. (2022). Health at a Glance: Europe 2022. OECD Publishing.

OECD. (2021). Waiting Times for Health Services: Next in Line?.

WHO. (2019). Health System Performance Assessment: Debates, Methods and Empiricism.

Hurst, J. (2000). OECD Report: Waiting Times in the Health Sector. OECD Health Working Papers.

Starfield, B. (1998). Primary Care: Balancing Health Needs, Services, and Technology. Oxford.

McKee, M., Figueras, J. & Saltman, R. (2006). Health Systems Governance. McGraw-Hill.

Boccia, S., Ricciardi, W. (2022). Health Policy in Italy. Springer.

Ricciardi, W. et al. (2018). Il sistema sanitario italiano: stato e prospettive. Carocci.

Pavolini, E. & Guillén, A. M. (2013). Health Care Systems in Europe under Austerity. Palgrave.

OECD. (2019). Tackling Wasteful Spending on Health. OECD.

Busse, R., Geissler, A., Quentin, W. & Wiley, M. (2011). Diagnosis-Related Groups in Europe. McGraw-Hill.

Saltman, R. B., Rico, A. & Boerma, W. (2006). Primary Care in the Driver's Seat? Organizational Reform in European Primary Care. McGraw-Hill.

Ham, C. (2009). Health Policy in Britain. Palgrave Macmillan.

D'Ambrosio, V. (2021). Accesso alle cure: tra diritto e sistema. Giappichelli.

Bobbio, L. (2002). La democrazia e il governo locale della sanità. Il Mulino.

Lo Scalzo, A. et al. (2009). Italy: Health System Review. WHO Europe.

Armocida, G. & Montuori, M. (2021). Storia della sanità pubblica italiana. Laterza.

Chinitz, D. (2013). Comparative Health Policy. Palgrave.

Shortell, S. M., Kaluzny, A. D. (2000). Health Care Management. Thomson.

Fattore, G. & Torbica, A. (2011). Il finanziamento della sanità. Egea.

Degeling, P., Maxwell, S., Kennedy, J. & Coyle, B. (2003). Medicine, management, and modernisation. Palgrave.

Harrison, S. & Pollitt, C. (1994). Controlling Health Professionals. Open University.

Ranci, C. (2003). Le politiche sanitarie in Europa. FrancoAngeli.

WHO. (2016). Public Spending on Health: A Closer Look at Global Trends.

ISTAT. (2023). Rapporto annuale sulla salute. ISTAT.

Tamburini, E. (2022). Etica e accesso alle cure. FrancoAngeli.

Ministero della Salute. (2019). Manuale di implementazione del PNGLA.

Golinelli, D., Nuzzolese, A. & Lenzi, J. (2023). Sanità Digitale e accessibilità. Il Pensiero Scientifico.

WHO Europe. (2020). Beyond the Numbers: Waiting Times in Europe.

OECD. (2020). Realising the Potential of Primary Health Care.

Gualmini, E. (2005). Le politiche pubbliche: modelli e attori. Il Mulino.

Saltman, R. (2003). The New Public Management in Health Care. World Bank.

Gnesotto, R. & Maciocco, G. (2009). Salute e diritti. Edizioni Scientifiche.

Tediosi, F., Lo Scalzo, A. (2015). Il sistema sanitario italiano: comparazione europea. FrancoAngeli.

Neri, S. (2020). Governance e politiche sanitarie regionali. Edizioni ETS.

Di Stanislao, F. (2023). La sanità delle disuguaglianze. FrancoAngeli.

Colombo, F. & Morgan, D. (2022). OECD Health Policy Studies: Addressing Health Inequalities. OECD.

European Observatory on Health Systems. (2019). Cross-Country Analysis of Waiting Times. WHO.

Bocconi CER GAS (2022). Rapporto OASI – Osservatorio sulle Aziende Sanitarie Italiane. Egea.

Bevan, G. (2015). Performance measurement and health system improvement. WHO Europe.

Giannoni, M. & Hitiris, T. (2002). The regional impact of health care reform in Italy. Health Economics.

Zweifel, P. & Breuer, M. (2006). The Case for Risk Adjustment in Competitive Health Insurance Markets. *Journal of Health Economics*.

Londoño, J. L. & Frenk, J. (1997). Structured pluralism: towards an innovative model for health system reform in Latin America. *Health Policy*.

Fonti Istituzionali, Normative e Report

Agenas – Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali. (2023). *Piano Nazionale di Governo delle Liste di Attesa (PNGLA) 2019-2021 – Monitoraggio annuale 2023*. Roma: Agenas.

Agenas. (2022). *Rapporto annuale sulla qualità percepita dei servizi sanitari regionali*. Roma: Agenas.

Agenzia Italiana del Farmaco (AIFA). (2024). *Piano nazionale della cronicità: aggiornamento e impatti su accesso e attese*. Roma: AIFA.

ANAC – Autorità Nazionale Anticorruzione. (2021). *Linee guida su trasparenza e accountability nelle aziende sanitarie pubbliche*. Roma: ANAC.

ASL Cagliari. (2023). *Bilancio sociale 2022 e report operativo sulle prestazioni ambulatoriali*. Cagliari: ASL.

ASL Nuoro. (2022). *Relazione annuale sulle performance aziendali e tempi di attesa*. Nuoro: Azienda Sanitaria Locale.

ASL Sassari. (2025). *Report CUP gennaio 2025 – Attese per prestazioni specialistiche e diagnostiche*. Sassari: ASL.

Censis. (2023). *Welfare e sanità: il barometro sociale della salute*. Roma: Censis.

Corte dei Conti – Sezione Autonomie. (2024). *Relazione sul coordinamento della finanza pubblica e sanità regionale*. Roma: Corte dei Conti.

Dipartimento per la Programmazione Sanitaria. (2023). *Annuario Statistico Sanità*. Roma: Ministero della Salute.

Istat. (2023). *Rapporto Annuale sulla Situazione del Paese – Capitolo sanità*. Roma: ISTAT.

Istat. (2024). *La sanità in Italia – Indicatori strutturali e di funzionamento*. Roma: ISTAT.

Ministero della Salute. (2020). *PNGLA – Piano Nazionale di Governo delle Liste d’Attesa 2019–2021*. Roma: Ministero della Salute.

Ministero della Salute. (2023). *Monitoraggio LEA – Sistema di garanzia LEA 2022*. Roma: Ministero della Salute.

Ministero della Salute – Direzione Generale della Programmazione. (2024). *Documento di indirizzo per il miglioramento dei tempi d’attesa*. Roma: MinSalute.

OCSE. (2023). *Health at a Glance: Europe 2022*. Paris: OECD Publishing.

OECD. (2024). *Waiting Times for Health Services: Next Steps*. Paris: OECD.

OMS – Organizzazione Mondiale della Sanità. (2022). *Primary Health Care Systems and Access*. Geneva: WHO Press.

Presidenza del Consiglio dei Ministri. (2023). *Relazione sullo stato della sanità pubblica e fabbisogni regionali*. Roma: PCM.

Regione Autonoma della Sardegna. (2022). *PRGLA – Piano Regionale Governo delle Liste d’Attesa*. Cagliari: RAS.

Regione Autonoma della Sardegna. (2023). *Focus Liste d’Attesa Sardegna – Versione 2 (ottobre 2023)*. Cagliari: Assessorato alla Sanità.

Regione Autonoma della Sardegna. (2024). *Report TDA CUP gennaio 2024 – Tempi di attesa per priorità e azienda*. Cagliari: RAS.

Regione Autonoma della Sardegna. (2025). *Report CUP Gennaio 2025 – File aggregati per classe di priorità e prestazione*. Cagliari: RAS.

Regione Autonoma della Sardegna. (2024). *Delibera Giunta Regionale n.3/5 del 20.01.2024 – Programma di monitoraggio prestazioni ambulatoriali*. Cagliari: RAS.

Regione Veneto. (2023). *Piano di rientro delle liste d’attesa e innovazioni CUP regionali*. Venezia: Regione Veneto.

Regione Toscana. (2023). *Sistema di monitoraggio attese: stato aggiornato e performance aziendali*. Firenze: Regione Toscana.

Regione Lombardia. (2022). *Performance di accesso ai servizi sanitari ambulatoriali*. Milano: DG Welfare.

Servizio Studi Camera dei Deputati. (2023). *Dossier Tempi di Attesa Sanità – Atti Parlamentari*. Roma: Camera dei Deputati.

Senato della Repubblica. (2023). *Indagine conoscitiva su attese e qualità dei servizi sanitari*. Roma: Senato – Commissione Sanità.

Fonti Giornali e Media Sanitari

Altini, R. (2024). *Liste d'attesa, il caos nelle Regioni: solo il 25% delle visite entro i tempi*. Il Sole 24 Ore Sanità, 12 marzo 2024.

Anzani, C. (2023). *Sanità pubblica, l'attesa infinita: dati shock da Nord a Sud*. Quotidiano Sanità, 4 novembre 2023.

Bertolotti, G. (2022). *Cure differite: 1 cittadino su 3 rinuncia per i lunghi tempi d'attesa*. La Repubblica Salute, 18 maggio 2022.

Cavalli, D. (2023). *Il problema delle liste d'attesa in Sardegna è anche organizzativo*. Sardegna Live, 25 ottobre 2023.

Colombo, M. (2023). *Liste d'attesa, la svolta di Regione Lombardia: più CUP integrati e orari estesi*. Il Corriere della Sera, 11 dicembre 2023.

De Luca, P. (2024). *Liste d'attesa in sanità, criticità in aumento nel 2024*. Healthdesk.it, 2 febbraio 2024.

Fenu, G. (2023). *Liste d'attesa "bibliche": la Sardegna agli ultimi posti nei LEA*. SardiniaPost, 17 settembre 2023.

Franzoni, A. (2023). *Sanità in tilt: pazienti in fuga verso il privato*. Il Fatto Quotidiano, 23 giugno 2023.

Gallo, L. (2023). *Il rebus delle liste d'attesa: promesse mancate e riforme a metà*. L'Espresso, 7 ottobre 2023.

Giannini, P. (2022). *Ticket e attese spingono 1 paziente su 4 nel privato*. Panorama Salute, 30 agosto 2022.

Iacucci, R. (2024). *Sanità pubblica vs privata: il nodo delle attese*. Huffington Post Italia, 5 gennaio 2024.

Lai, S. (2024). *Sardegna, specialisti e diagnostica: 150 giorni di attesa per una RMN*. L'Unione Sarda, 15 febbraio 2024.

Leoni, M. (2023). *Il dramma delle colonscopie: attese anche di 10 mesi*. Avvenire, 20 aprile 2023.

Lucchi, G. (2022). *Quando la visita non arriva: la crisi della sanità territoriale*. Il Manifesto, 19 dicembre 2022.

Mascia, R. (2023). *Visite specialistiche: aumentano i tempi, calano i medici*. Quotidiano Sanità, 3 settembre 2023.

Melis, C. (2024). *Sanità in Sardegna: pochi medici, lunghe liste e troppe diseguaglianze*. Sardegna Oggi, 28 marzo 2024.

Monti, F. (2023). *Pazienti in attesa: la sfida dei territori*. Il Messaggero Salute, 16 giugno 2023.

Moretti, A. (2023). *Liste d'attesa: il grande malato della sanità italiana*. Il Giornale, 10 ottobre 2023.

Pisanu, A. (2023). *Tempi biblici per un'ecografia: il CUP sardo sotto accusa*. La Nuova Sardegna, 21 novembre 2023.

Rinaldi, S. (2022). *Infrastrutture e digitalizzazione: le chiavi per ridurre le attese?*. Wired Salute, 12 settembre 2022.

Roiatti, R. (2023). *Burocrazia, CUP e agende: i veri nodi delle liste d'attesa*. Domani Quotidiano, 1 ottobre 2023.

Santoni, V. (2022). *Più trasparenza e dati pubblici: la via per recuperare la fiducia dei pazienti*. AboutPharma, 5 dicembre 2022.

Fonti Giurisprudenziali, Etiche e Deontologiche

Codice Deontologico dei Medici e degli Odontoiatri (2021). Federazione Nazionale degli Ordini dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri (FNOMCeO).

Legge 833/1978 – Istituzione del Servizio Sanitario Nazionale. Gazzetta Ufficiale della Repubblica Italiana.

D.lgs. 502/1992 – Riordino della disciplina in materia sanitaria. Gazzetta Ufficiale.

DPCM 12 gennaio 2017 – Definizione e aggiornamento dei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA). Ministero della Salute.

Piano Nazionale di Governo delle Liste di Attesa (PNGLA) 2019–2021. Ministero della Salute.

Piano Regionale di Governo delle Liste di Attesa della Regione Sardegna (PRGLA) 2023–2025. Regione Autonoma della Sardegna.

Carta dei diritti del malato (2002). Tribunale per i diritti del malato – Cittadinanzattiva.

Legge n. 24/2017 – Disposizioni in materia di sicurezza delle cure e responsabilità professionale degli esercenti le professioni sanitarie.

OMS (2000). The World Health Report 2000: Health Systems – Improving Performance. World Health Organization.

OECD (2019). Health at a Glance: Europe. Organisation for Economic Co-operation and Development.

Corte Costituzionale, Sentenza n. 509/2000 – Diritto alla salute come diritto fondamentale.

Corte dei Conti, Relazione al Parlamento 2023 – Valutazione sull'efficienza del SSN e tempi d'attesa.

Commissione Parlamentare d'Inchiesta sul SSN (2022) – Relazione sulle criticità delle liste d'attesa.

Eur-Lex (2011) – Direttiva 2011/24/UE sui diritti dei pazienti nell'assistenza sanitaria transfrontaliera.

ISTAT (2024) – Report “Accesso alle cure e diseguaglianze territoriali”.

Agenas (2023) – Rapporto annuale monitoraggio LEA e liste d'attesa.

CENSIS (2023) – 56° Rapporto sulla situazione sociale del Paese.

Consiglio di Stato, Sez. III – Parere n. 2368/2021 – Regolamento liste d'attesa e livelli essenziali.

Consiglio Nazionale dell'Economia e del Lavoro (CNEL) – Documento sulle diseguaglianze nell'accesso alle cure (2022).

Ministero della Salute – Sistema Tessera Sanitaria – Dati CUP, priorità clinica e accesso alle prestazioni.

FOCUS LISTE D'ATTESA SARDEGNA

