

La verità e la propaganda sulle liste di attesa

Nota a cura Aldo Gazzetti 23 giugno 2026

Elenco sintetico contenuti.

Antefatto: Domande chiave sulle criticità delle liste di attesa (pag. 1)
Stato delle conoscenze sul governo regionale delle liste di attesa (pag. 2)
Tempi di attesa nelle cure non urgenti: rischi, disuguaglianze e impatto della pandemia (pag. 4)
Lombardia, la propaganda dei risultati: comunicazione e realtà (pag. 6)
Modalità di accesso e criteri di priorità (pag. 10)
Evoluzione dell'offerta nel periodo post-pandemico (pag. 12)
Comunicazione istituzionale e trasparenza nell'offerta ambulatoriale (pag. 13)
Analisi erogazione prestazioni nella Diagnostica e distribuzione delle classi di priorità (pag. 14)
Analisi erogazione VISITE (2016-2025) e distribuzione delle classi di priorità (pag. 16)
Liste d'attesa in Lombardia: trasparenza, criticità e disomogeneità informativa (pag. 19)
Esempio: report ASST Niguarda (pag. 21)
Confronto volumi Niguarda e San Raffaele (pag. 23)
Brevi conclusioni (pag. 24)
Limiti dello studio e criteri di assegnazione
Impatto della priorità sui tempi di attesa
Innovazioni PNGLA 2026-2028
Fuga dalle cure
Investimenti strutturali e tecnologici: efficacia?
Il Servizio Sanitario Lombardo tra mercato e diritto alla salute

Origine, caratteristiche delle liste di attesa con ricognizione dei dati nel Servizio Sanitario Lombardo

Antefatto

Nel recente numero della newsletter Diritti in Salute (13 giugno) nel dare notizia del varo da parte di Agenas della Piattaforma nazionale delle liste di attesa, Agnoletto proponeva alcune domande:

Dove sono finite il 50% circa delle prime visite e degli esami diagnostici richiesti con ricetta del SSN ma poi non eseguiti, né nel SSN né nel privato convenzionato? Quanti hanno rinunciato e quanti sono passati al privato? E perché?

Come mai risulta una percentuale molto alta di codici di priorità P, ossia prestazioni da eseguire entro 120 giorni? Perché il 20% dei cittadini avrebbe rifiutato una prima proposta per un appuntamento entro i termini previsti per accettarne uno in una data più lontana?

Stato delle conoscenze sul governo regionale delle liste di attesa

Al fine di offrire una panoramica utile per rispondere, almeno in parte, a questi e altri interrogativi circa la gestione regionale delle liste di attesa, questo studio sintetico si propone di analizzare i dati e le dinamiche che caratterizzano il fenomeno in Lombardia. La trattazione si articola nei seguenti punti di approfondimento, ciascuno volto a documentare lo stato attuale delle conoscenze e a individuare tendenze e criticità rilevanti.

1. Distribuzione delle prescrizioni per prestazioni ambulatoriali secondo le classi di priorità

Si prende in esame il numero di prescrizioni relative alle prestazioni ambulatoriali, suddivise per classe di priorità (U: urgente, B: breve, D: differibile, P: programmabile), su base regionale, nell'arco temporale 2016-2025. Questa analisi consente di comprendere come si distribuisca la domanda tra le diverse categorie di urgenza, fornendo un quadro utile per valutare l'appropriatezza delle assegnazioni e l'impatto delle politiche di regolazione.¹

2. Percentuali di prestazioni erogate entro i tempi previsti per ciascuna classe

Il secondo punto riguarda il confronto tra Ospedale Pubblico e Ospedale Privato (accreditato e contrattualizzato) relativamente alla percentuale di prestazioni che vengono effettivamente erogate in regime SSN entro i tempi stabiliti per ciascuna classe di priorità. In questo modo si evidenziano eventuali differenze di capacità di risposta tra i due sistemi, e si individuano le aree dove si concentrano i ritardi più significativi.

¹ Le classi di priorità attualmente in vigore in Lombardia sono:

- **U (Urgente):** entro 72 ore
- **B (Breve):** entro 10 giorni
- **D (Differibile):** entro 30 giorni per visite, 60 giorni per esami
- **P (Programmabile):** entro 120 giorni

3. Volume complessivo delle prestazioni erogate nel decennio in regime SSN



Infine, viene analizzato il volume delle prestazioni erogate a livello regionale nel corso dell'ultimo decennio, con particolare riferimento alle visite mediche e agli esami diagnostici, suddivisi per classe di priorità. Questo dato permette di valutare l'andamento nel tempo dell'attività svolta, evidenziando eventuali fluttuazioni o trend consolidati nella risposta del Servizio Sanitario lombardo alle richieste dei cittadini. L'allungamento della durata delle liste di attesa è dunque dipendente dai volumi dell'offerta assistenziale da parte delle strutture pubbliche e private accreditate e contrattualizzate. In Lombardia, le strutture private, sia profit che non profit, non sono vincolate nei contratti a fornire un volume prefissato di prestazioni o a garantire specifiche tipologie di servizi. Al contrario, viene stabilito un budget complessivo, che solitamente ricalca quello dell'anno precedente. Questa impostazione comporta che il SSN, per quanto riguarda l'offerta ambulatoriale, non sia orientato da una programmazione attenta né da un monitoraggio continuo della domanda di assistenza da parte della Regione. La programmazione resta pertanto nelle mani delle strutture private, che possono definire liberamente la propria offerta e tendono a limitare la disponibilità di prestazioni in regime SSN, preferendo riservare risorse alla clientela pagante o assicurata. Per i privati, infatti, è fondamentale incrementare la quota di clientela pagante o assicurata, dato che la remunerazione regionale copre circa il 60% dei ricavi. L'orientamento gestionale delle strutture private tende quindi a ridurre le disponibilità assistenziali per il SSN, a vantaggio di prestazioni offerte a pagamento. Un ulteriore limite è rappresentato dalla scarsa accessibilità alle informazioni istituzionali: non è possibile acquisire dati dettagliati dai siti dei vari Enti privati. Solo in alcuni bilanci si possono individuare, in modo parziale, gli incrementi dei ricavi derivanti da prestazioni ambulatoriali offerte a privati nel periodo analizzato, senza un quadro esaustivo o trasparente delle dinamiche effettive delle scelte indotte da parte dei cittadini verso l'offerta a pagamento.² Il

² Un elemento determinante per comprendere l'orientamento gestionale delle strutture sanitarie private è l'analisi approfondita delle tariffe applicate alle diverse tipologie di prestazioni erogate. Le modalità di erogazione delle prestazioni possono infatti avvenire secondo due principali regimi: quello pubblico, tramite il Servizio Sanitario Nazionale (SSN), e quello privatistico o assicurativo. Le tariffe variano in modo significativo a seconda del regime prescelto. Per lo stesso tipo di prestazione, ad esempio una visita specialistica, il costo per l'utente e la remunerazione per la struttura possono differire sensibilmente. In regime privatistico, una visita può raggiungere un costo di circa centoventi euro, mentre la stessa prestazione, se fornita tramite una convenzione assicurativa, viene remunerata attorno agli ottanta euro. Tuttavia, quando la visita è erogata in regime SSN, la tariffa riconosciuta scende a venticinque euro. Questo divario così marcato tra le tariffe riconosciute nei diversi regimi spiega il motivo per cui molte strutture private scelgano di privilegiare l'erogazione di prestazioni in ambito privatistico o assicurativo. La possibilità di ottenere ricavi nettamente superiori per prestazione rappresenta un incentivo concreto a destinare una quota sempre minore delle proprie attività al regime SSN. In particolare, per quanto riguarda le visite, la tariffa compresa tra 120 e 150 euro favorisce anche l'attività del personale libero-professionista a prestazione, che in questi casi riceve normalmente una percentuale significativa del compenso, generalmente tra il 50% e il 55%. In sintesi, l'osservazione delle differenze tariffarie consente di cogliere con chiarezza la logica economica che orienta le scelte organizzative delle strutture private, le quali tendono a massimizzare

numero delle variabili in campo è notevole: ogni anno circa **150 milioni di prestazioni vengono erogate** dal Servizio Sanitario Lombardo. Nel decennio questo dato è costante ma mentre sono **aumentati gli esami di laboratorio, visite e diagnostica sono stati ridotti**, a fronte di una crescita della domanda indotta principalmente dall'invecchiamento e dalle trasformazioni demografiche e sociali. Le prestazioni oggetto dei monitoraggi sono una cinquantina sostanzialmente visite e esami strumentali.³

Tempi di attesa nelle cure non urgenti, il nodo irrisolto della sanità: tra rischi, disuguaglianze e l'impatto della pandemia

In un viaggio attraverso i sistemi sanitari europei, salta subito agli occhi una realtà scomoda: i tempi di attesa per accedere alle cure non urgenti sono un problema trasversale, la cui gravità varia sensibilmente da paese a paese. Le disparità sono profonde e rispecchiano la diversa capacità organizzativa, il livello di finanziamento e una domanda che, in costante crescita, mette sotto pressione anche i sistemi più rodati. Restare in attesa non è mai una scelta, ma una necessità imposta: tempi elevati si traducono in bisogni di salute non soddisfatti, peggioramenti clinici e un aumento concreto dei rischi di mortalità e morbilità. Il diritto alla salute rischia così di diventare un privilegio dei più fortunati o dei più abili a navigare tra le pieghe del sistema. La pandemia di COVID-19 ha rappresentato una vera e propria tempesta perfetta. Le procedure elettive sono state drasticamente ridotte, le liste d'attesa si sono allungate e gli arretrati hanno raggiunto livelli mai visti prima. Il sistema, già sottoposto a grandi pressioni, si è piegato ulteriormente sotto il peso di un'emergenza senza precedenti. Gli studi e la letteratura scientifica sono unanimi nel sottolineare le conseguenze nefaste di questa situazione: attese prolungate danneggiano la salute generale e peggiorano i risultati sociali ed economici — con effetti particolarmente gravi per la salute mentale e nell'ambito ortopedico. Non si tratta solo di una questione sanitaria, ma di un vero e proprio nodo sociale e di giustizia.

Effetti sulla salute

I lunghi tempi di attesa, ben più che una semplice scomodità, si traducono in un vero e proprio ostacolo all'ottenimento dei benefici delle cure: ritardano miglioramenti, peggiorano condizioni e, in molti casi, conducono a un aumento di

i ricavi concentrando la propria offerta di servizi sulle modalità che garantiscono una remunerazione più elevata pur conservando il flusso costante e garantito derivante dalla contrattazione con la Regione

³ I dati riassunti e rappresentati sono tratti e elaborati dal data base **Prestazioni Ambulatoriali** acquisibile in Open Data Lombardia o da siti regionali o delle singole ATS. I dati relativi a singole strutture ospedaliere sono tratti dalla documentazione prodotta nei rispettivi siti.

mortalità e morbilità. È un paradosso che in un sistema sanitario avanzato la differenza tra salute e malattia sia spesso solo una questione di calendario e di reddito. Le evidenze scientifiche sono chiare: la qualità della vita ne esce compromessa e i ricoveri d'emergenza aumentano, mentre l'impatto delle attese varia in modo marcato tra le diverse patologie, alimentando un sistema in cui il caso e non la necessità determina le priorità. Non sorprende che la perdita di salute sia direttamente proporzionale all'efficacia del trattamento rimandato e si aggravi con l'allungarsi dell'attesa. In sostanza, più si aspetta, più si rischia di sprecare il potenziale terapeutico delle cure, con conseguenze spesso irreversibili. Una migliore prioritizzazione potrebbe arginare queste perdite, ma nella realtà spesso è una chimera: i pazienti più gravi o con maggiori limitazioni funzionali dovrebbero essere privilegiati, ma la pratica mostra troppe eccezioni e diseguaglianze. Stabilire delle priorità tra trattamenti e pazienti è presentato come la panacea per aumentare l'efficienza e tutelare la salute, ma troppo spesso resta sulla carta. Le buone intenzioni si scontrano con la complessità del sistema e con una burocrazia che raramente premia il merito clinico. I dati dimostrano che, mentre i trattamenti dichiarati urgenti ricevono tempi di attesa più brevi, la vera sfida è all'interno delle stesse categorie, dove la priorità tra pazienti è applicata in modo disomogeneo e frequentemente inefficace. Le politiche di limite massimo di attesa e di assegnazione in base alla gravità, tanto sbandierate come soluzione, sono spesso di difficile applicazione e risultano poco incisive: la realtà è che troppi pazienti restano in coda.⁴ Le diseguaglianze socioeconomiche, infine, restano il vero nodo irrisolto: chi parte svantaggiato, attende di più. Un sistema che dovrebbe essere equo si trasforma così in uno strumento che amplifica disparità, lasciando indietro chi avrebbe più bisogno.

⁴ Per ogni prestazione o per intervento non si conosce il numero delle persone in coda. Nel SSN inglese (NHS) la riduzione del numero delle persone in attesa e la sua riduzione è il principale ed esplicito obiettivo. Nel sistema sanitario britannico, la “**assistenza inversa**” (**Inverse Care Law**) indica che la qualità delle cure mediche è spesso inversamente proporzionale al bisogno: chi necessita di più assistenza trova meno risorse, mentre chi ha meno bisogno beneficia di maggiori servizi. Formulata da Julian Tudor Hart nel 1971 osservando il NHS, questa teoria spiega perché zone svantaggiate hanno meno medici, attese più lunghe e più ostacoli rispetto alle aree ricche, che offrono più servizi a popolazioni generalmente più sane.

Lombardia, la propaganda dei risultati: Fontana e Bertolaso celebrano i progressi sulle liste d'attesa⁵

Dietro l'enfasi sulla trasparenza e sul monitoraggio delle liste d'attesa si cela una realtà ben diversa: i dati sbandierati e i provvedimenti legislativi – regionali e nazionali – sembrano più strumenti di propaganda che reali soluzioni, utili solo a giustificare il progressivo peggioramento dell'accesso alle cure. L'esempio lampante arriva dalla Lombardia, dove annunci e innovazioni organizzative vengono presentati come la svolta definitiva contro le lungaggini delle liste d'attesa, ma nella pratica si tratta spesso di mere operazioni di facciata. A ben vedere, il problema resta irrisolto, mentre si continua a celebrare risultati miracolosi senza fornire una reale e completa visione della situazione.

La Regione Lombardia mette in primo piano i successi della sanità Lombarda con toni trionfalistici: il presidente Attilio Fontana e l'assessore al Welfare Guido Bertolaso rivendicano una svolta “concreta e misurabile” nell'abbattimento delle liste d'attesa per le visite mediche. Secondo la narrativa assessorile, il rispetto dei tempi brevi sarebbe nettamente migliorato, con un incremento di 21 punti percentuali per le prestazioni urgenti (classe B) e di 11 punti per quelle differibili (classe D), grazie all'azione della Cabina di Regia regionale.

Bertolaso insiste sull'efficacia del nuovo “modello unitario di governo delle liste d'attesa”, fondato su controllo costante, interventi mirati e responsabilizzazione degli enti. Il sistema operativo multilivello viene presentato come la chiave per garantire equità, rapidità e trasparenza nell'accesso alle cure, mentre il CUP unico regionale – ora attivo per il 53% delle prestazioni pubbliche – viene indicato come strumento strategico e decisivo per il monitoraggio e la tempestività delle risposte.

Il messaggio dei vertici regionali è chiaro: la governance lombarda sta rafforzando il sistema sanitario e migliorando concretamente l'accesso alle cure per i cittadini, promettendo di proseguire “con determinazione” su questa strada. Una narrazione costruita per consolidare fiducia e consenso nell'operato della giunta, esaltando ogni miglioramento con toni da campagna elettorale (ormai prossima) e contestare con i numeri reali le denunce dell'opposizione sulla durata delle liste di attesa.

In Lombardia, con tali risultati si festeggiano traguardi miracolosi: ora più visite mediche arrivano nei tempi previsti, con balzi percentuali che fanno quasi pensare a una sanità da manuale. Dal 58% al 79% per la classe B, dal 64% al 75% per la D:

⁵ <https://www.lombardianotizie.online/liste-attesa-tempi-brevi/> Pubblicato il 27 Aprile 2026

<https://www.regione.lombardia.it/content/dam/rl/DGR%205611%202026%20-%20Costituzione%20cabina%20di%20regia%20gestione%20e%20monitoraggio%20LA.pdf>

numeri che fanno risplendere la **Cabina di Regia regionale** come se questa avesse scoperto la formula magica contro le attese, e tutto in soli due mesi.

Il tutto condito da una trasparenza mai vista prima e un CUP unico che – udite, udite – copre già il 53% delle prestazioni pubbliche, lasciando intendere che il resto arriverà “a breve” (fine 2026).

Bertolaso esibisce, con entusiasmo, le prove: *“Nel dettaglio, nel confronto tra il periodo 5–20 aprile 2025 e lo stesso periodo del 2026: le prestazioni in classe B (entro 10 giorni) passano dal 58% al 79% e le prestazioni in classe D (entro 30/60 giorni) passano dal 64% al 75%. Un miglioramento che si conferma anche su scala più ampia: tra gennaio e marzo 2026, rispetto allo stesso periodo del 2025, **28 erogatori pubblici** su 32 hanno aumentato le prestazioni entro soglia per la classe B e 26 su 32 per la classe D.”*

Viene da chiedersi quanti, persino tra gli operatori sanitari o gli esperti, siano effettivamente messi nelle condizioni di valutare la reale portata dei risultati tanto celebrati, visto che manca sistematicamente una visione d’insieme delle prestazioni assicurate su scala regionale dai vari erogatori pubblici e, soprattutto, quali siano nello specifico queste prestazioni. Ormai la strategia comunicativa della Regione sembra un copione già scritta: si sbandierano numeri selezionati e convenienti, evitando però di fornire dati completi e report realmente trasparenti e dettagliati. In sostanza, si preferisce la vetrina alla sostanza, lasciando nell’ombra ciò che non torna utile alla narrazione ufficiale (o elettorale). L’informazione “trasparente” continua elencando tutti gli interventi che giustificano il lusinghiero bilancio. ⁶

Azione/Intervento	Descrizione
Piano operativo regionale	Adozione con DGR n. XII/6141 dell'11/05/2026
Finanziamento	Circa 91 milioni di euro agli erogatori pubblici e privati per prestazioni aggiuntive e contratti di scopo
Centralizzazione liste d'attesa ricovero	Implementazione piattaforma LAR ⁷ per trasparenza e gestione condivisa

⁶ <https://www.regione.lombardia.it/sanita/prenotazioni-e-tempi-d-attesa/monitoraggio-azioni-miglioramento-liste-attesa>

⁷ la D.g.r. 2 marzo 2026 – n. XII/5794 “Determinazioni in ordine al trattamento dei dati personali inerente la digitalizzazione delle liste di attesa – Sistema di gestione centralizzata delle Liste di Attesa per i Ricoveri (LAR)”. Per ” Al fine di migliorare la programmazione e la gestione dell’offerta sanitaria, incrementare l’efficienza del sistema e ridurre i tempi di attesa per i ricoveri caratterizzati da maggior urgenza o priorità, Regione Lombardia ha avviato un processo di transizione dalla gestione decentrata delle liste di attesa a un modello di gestione centralizzata, più dinamico e interconnesso.”

Attività di recall	Call Center Regionale: 102.201 slot resi disponibili (mag. 2024 - apr. 2026)
Estensione orario agende	Ampliamento attività ambulatoriale in fascia pomeridiana, serale e prefestiva
Monitoraggio agende RRP	Controllo periodico per garantire accessibilità e segnalazione difformità
Recall anticipazione appuntamenti	Dicembre 2025: 70% recall negativi per mancata accettazione dell'anticipo
Appropriatezza prescrittiva	Applicazione RAO ⁸ e modulo prescrittivo regionale per

⁸ **RAO Raggruppamenti di Attesa Omogenea per priorità clinica.** Varie Fonti. Vedasi” Piano Nazionale per il Governo delle Liste di Attesa (PNGLA) 2019-2021 approvato con Intesa Stato-Regioni del 21 febbraio 2019”

Dal MANUALE RAO AGENAS Luglio 2020 https://openssn.marcopingitore.it/wp-content/uploads/2025/04/Manuale_RAO_13_gen.pdf

“Il metodo RAO (Raggruppamenti di attesa omogenea) ha l'obiettivo di differenziare i tempi di attesa per i cittadini/pazienti che accedono alle prestazioni specialistiche ambulatoriali erogate direttamente dal SSN o per conto del SSN, in base a criteri clinici espliciti. Il percorso di coinvolgimento progressivo dei principali attori (medici di famiglia, medici specialisti, rappresentanti dei cittadini), che prendono parte al processo di prescrizione ed erogazione delle prestazioni specialistiche, porta all'identificazione condivisa di “parole chiave” (indicazioni cliniche) per ciascun gruppo di priorità clinica, alle quali sono associate a priori, cioè al momento stesso della prescrizione della prestazione, i tempi di attesa ritenuti adeguati. Tali “parole chiave” con i relativi tempi di attesa sono indicazioni di aiuto alla decisione per il medico che prescrive la prestazione, coerenti con l'appropriatezza clinica.”

CLASS_RAO 005	ECO(COLOR)DOPPLERGRAFIA DEI TRONCHI SOVRAAORTICI - Codice 88.73.5 Incluso: carotidi, vertebrali, tronco anonimo e succlavia. A riposo o dopo prova fisica o farmacologica. Valutazione degli indici quantitativi e semiquantitativi	
CLASSE DI PRIORITA'	TEMPO MASSIMO DI ATTESA	INDICAZIONI CLINICHE RACCOMANDATE DAL GRUPPO DI LAVORO
U	72 h	INDICAZIONI CLINICHE NON PREVISTE*
B	10 gg	1. Trombosi retinica arteriosa accertata 2. Altro (10%)**
D	60 gg	1. Arteriopatia clinica manifesta 2. Cardiopatia ischemica o arteriopatia obliterante degli arti inferiori sintomatica o dilatazione aortica 3. Presenza di gradiente pressorio >30 mm Hg tra i due arti superiori 4. Soffio carotideo isolato 5. Altro (10%)**
P	120 gg	1. Fattori di rischio cardiovascolare 2. Altro (10%)**

Esempio tratto dal Manuale Agenas. Con indicazioni cliniche per l'indicazione delle classi di priorità per ecodopplergrafia dei tronchi sovraaortici. Osservazione: **Dal database Regionale per l'anno 2025 le prescrizioni per ecodoppler con priorità assente o programmabile computate sono circa l'80% del totale (1 milione circa su 1,3 milioni totale)**

	supporto ai clinici
Presa in carico pazienti	Prenotazione follow-up al momento della dimissione
CUP Unico regionale	Standardizzazione agende e monitoraggio in tempo reale, attivato presso vari Enti

Nella stessa pagina del sito vengono indicati alcuni dati complessivi relativi alla erogazione delle visite e della diagnostica nei primi 10 mesi del 2025.

Questi dati attestano che solo poco più della metà delle prescrizioni effettuate dai MMG viene poi seguito dall'effettiva fruizione da parte del cittadino.

Classe di priorità	Prescritto	Erogato	Prenotato non ancora erogato	% Preso in carico dal SSR
U	490.132	275.984	11.772	59%
B	2.014.171	1.108.427	70.173	59%
D	5.109.733	2.410.929	185.837	51%
P	22.182.865	11.998.255	894.569	58%
Totale	29.796.901	15.793.595	1.162.351	57%

Figura 1

Dall'analisi regionale riportata emerge una conferma del dato iniziale: tra coloro che ricevono una prescrizione, ben il 41-43% non accede alla prestazione indicata. Un fenomeno su cui, però, l'Assessorato Regionale non sembra voler indagare a fondo: resta infatti senza risposta il quesito su quanti cittadini abbiano rinunciato a curarsi e quanti, invece, abbiano scelto di rivolgersi a strutture a pagamento per usufruire della prescrizione. Nel contesto generale, si confermano anche le percentuali delle diverse classi di priorità rilevate da Agenas: soltanto il 2% delle prescrizioni per visite ed esami diagnostici viene classificato come urgente (U), il 7% rientra nella priorità breve, il 17% in quella differibile, mentre la stragrande maggioranza — quasi il 74% — viene indicata come programmabile (P).

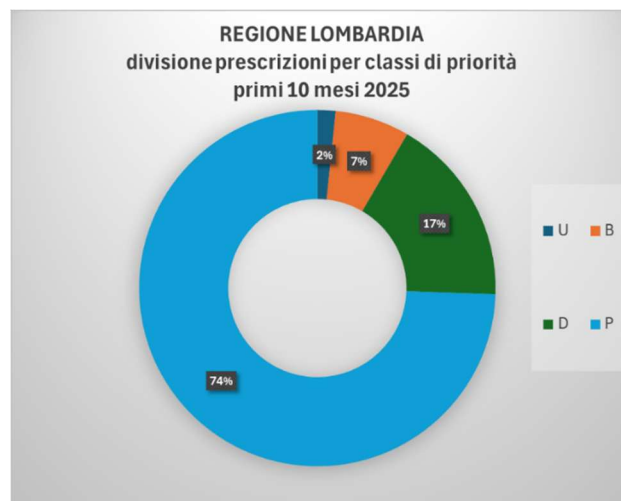


Figura 2

Modalità di accesso e criteri di priorità (promemoria)

Quando un cittadino si trova nella necessità di effettuare una prestazione ambulatoriale prescritta, deve orientarsi tra diversi canali informativi sui tempi di attesa. Alcuni di questi percorsi risultano complicati e poco trasparenti, mentre altri sono più semplici e chiari. È fondamentale precisare che la valutazione dell'urgenza non è demandata al paziente, la cui percezione, si dice, può essere influenzata dalla gravità soggettiva del disagio, sia esso temporaneo o persistente.

Classe	Significato	Tempo massimo di attesa	Commento
U (Urgente)	Intervento da eseguire nel minor tempo possibile	Entro 72 ore	Riservata a situazioni in cui un ritardo potrebbe peggiorare rapidamente la salute del paziente. Spesso riguarda casi di sospetta gravità clinica, ma la percentuale di prescrizioni urgenti resta estremamente ridotta rispetto al totale, segno che il sistema tende a privilegiare le priorità meno stringenti.
B (Breve)	Intervento da effettuare in tempi rapidi	Entro 10 giorni	Si applica a casi in cui il trattamento non può essere rimandato troppo a lungo. Tuttavia, la quota di prescrizioni brevissime rimane minoritaria, lasciando spazio a tempistiche più dilatate che spesso non rispondono pienamente alle esigenze dei pazienti.
D (Differibile)	Prestazione da pianificare	Entro 30 giorni (visite) / 60 giorni (esami strumentali)	Riguarda patologie non urgenti, ma che richiedono comunque tempi ragionevoli. Nonostante la categoria differibile sia pensata per evitare peggioramenti, spesso le attese reali

			superano le soglie previste, generando insoddisfazione e rischi di aggravamento.
P (Programmata)	Prestazione pianificata senza urgenza	Entro 120 giorni	Comprende tutte le prestazioni che possono essere rimandate senza rischi rilevanti. Tuttavia, la predominanza di questa classe nelle prescrizioni evidenzia una tendenza a diluire le risposte sanitarie, spesso a scapito delle urgenze reali e delle aspettative dei cittadini.

Alcune fonti normative inerenti le classi di priorità

- **Accordi Stato-Regioni del 14 febbraio e 11 luglio 2002** → criteri clinici di priorità e classi A-B-C(-D).
- **PNCTA 2006-2008 (Intesa 28 marzo 2006)** → introduzione delle classi U-B-D-P.
- **PNGLA 2010-2012** → consolidamento e diffusione nazionale del sistema U-B-D-P
- **PNGLA 2019-2021** → uso sistematico e obbligatorio delle classi di priorità. U-B-D-P

La classificazione della priorità, indicata dal medico sulla ricetta, dovrebbe garantire che l'accesso alle prestazioni sia realmente coerente con le necessità cliniche. Tuttavia, le percentuali evidenziate nel contesto mostrano come la maggioranza delle prescrizioni sia assegnata alla classe programmata, mentre le urgenze rappresentano solo una minima parte. Questo squilibrio rischia di penalizzare i pazienti più fragili e di generare inefficienze, dimostrando che il sistema, pur formalmente corretto, non sempre riesce a rispondere in modo tempestivo e appropriato alle esigenze della popolazione.⁹

Evoluzione dell'offerta nel periodo post-pandemico

E' avvenuto il ripristino dei livelli assistenziali pre-pandemici?

Nel contesto lombardo, l'analisi delle prestazioni ambulatoriali destinate ai cittadini aventi diritto e prescrivibili tramite il Servizio Sanitario Nazionale evidenzia che, negli anni successivi alla pandemia, l'offerta complessiva è tornata ai livelli osservati nel periodo 2016-2019. In particolare, nel 2019 sono state erogate circa 138 milioni di prestazioni, mentre nel 2025 il totale è salito a quasi 154 milioni. Questo dato suggerisce in apparenza che la capacità di erogazione

⁹ Per consultazione normativa; https://www.salute.gov.it/new/it/pubblicazione/piano-nazionale-di-contenimento-dei-tempi-di-attesa-il-triennio-2006-2008/?utm_source=chatgpt.com. Anche premessa Manuale RAO vedi nota.

incrementata non ha subito un impatto negativo sulle liste di attesa, garantendo una continuità rispetto agli anni di riferimento.

Boom “inspiegabile” delle prestazioni di laboratorio

L'aumento dell'offerta complessiva è dovuto in larga parte alle prestazioni raggruppate sotto la voce “Laboratorio”. Nel 2019, anno pre-pandemico, le prestazioni di laboratorio ammontavano a 97,5 milioni, mentre nel 2025 si è registrato un incremento significativo, raggiungendo quota 118 milioni.¹⁰ Questo balzo in avanti ha contribuito sostanzialmente all'incremento complessivo delle prestazioni erogate.

Deficit nelle visite e nella diagnostica

Nonostante il ritorno complessivo ai livelli pre-pandemici e l'incremento delle prestazioni di laboratorio, se si analizzano le VISITE e la DIAGNOSTICA emerge un aggravamento indotto delle liste di attesa negli anni post-pandemici. In questi settori, infatti, si osservano notevoli deficit erogativi, che indicano una difficoltà nel soddisfare la domanda e una persistente criticità nell'accesso alle prestazioni SSN. Le VISITE erogate nel 2025 sono circa il 13% in meno rispetto a quanto riscontrato nel 2019 (da 12,4 milioni pre-pandemia a 11 milioni nel 2025). Anche le prestazioni raggruppate in DIAGNOSTICA (es. Tac, RMN ecc) diminuiscono circa nella stessa misura del 13% e passano da 15,6 milioni del 2019 a 13,8 nel 2025. In quest'anno i recuperi avvenuti negli anni 2023 e 2024 rispetto al 2019, vengono cancellati.

¹⁰ Vedi figura 3. I dati qui rappresentati nelle figure numerate da 3 a 12 a sono il frutto della elaborazione effettuata da Aldo Gazzetti basandosi sul **database “Prestazioni ambulatoriali” di circa 600000 record disponibile in OPEN DATA Regione Lombardia riguardante il periodo 2016-2025.**

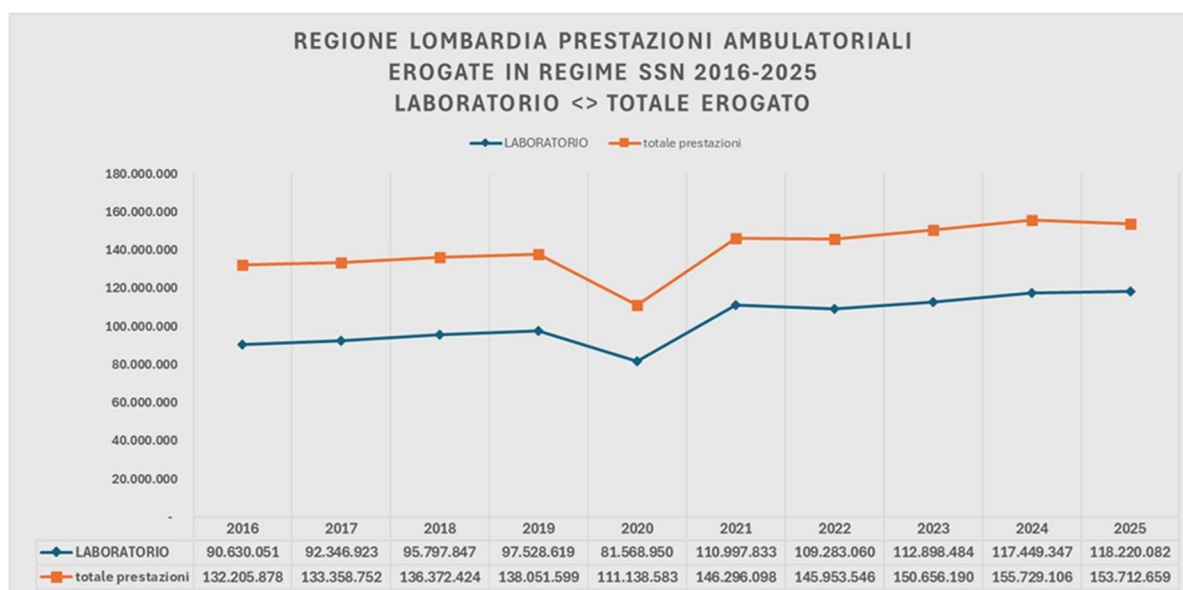


Figura 3

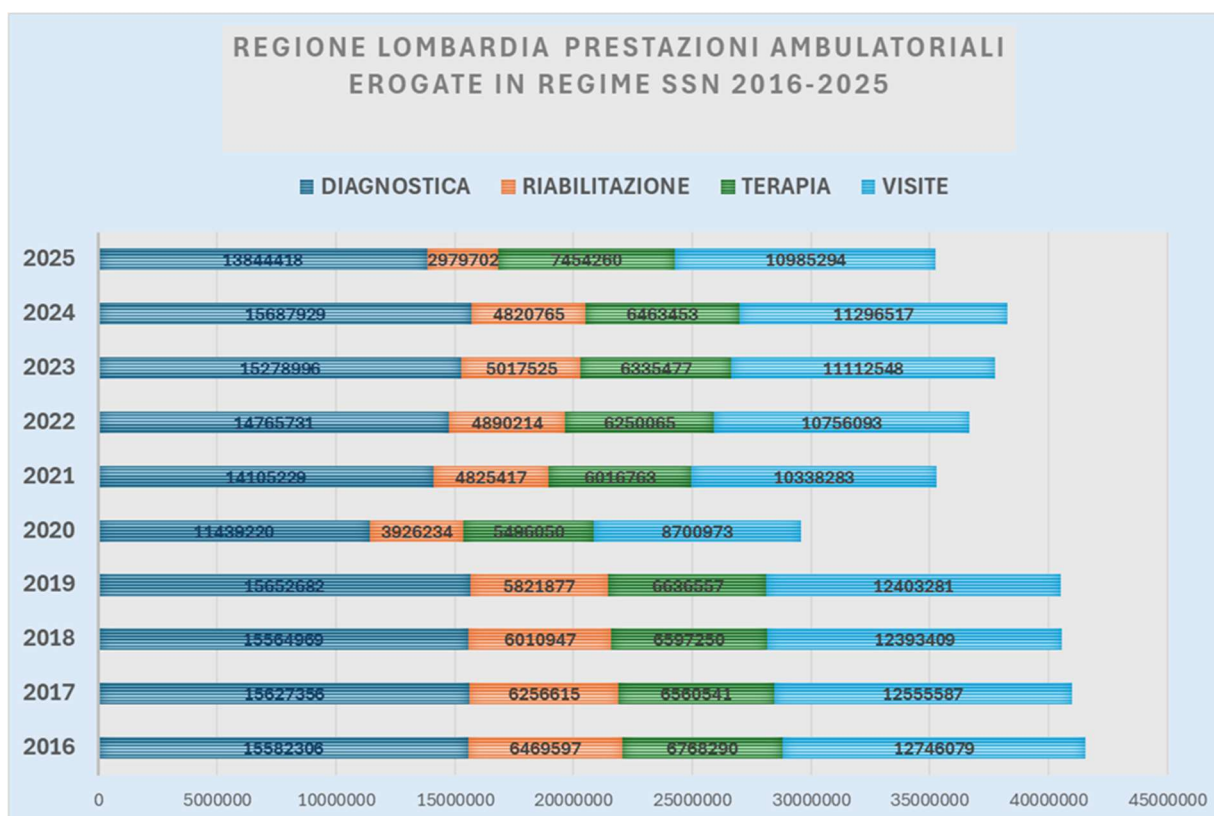


Figura 4

Comunicazione istituzionale e trasparenza nell'offerta ambulatoriale

Nel dibattito pubblico e nella comunicazione istituzionale, la riduzione effettiva dell'offerta di prestazioni ambulatoriali viene spesso mascherata da comunicati stampa che riportano incrementi sia nelle prestazioni che nelle visite, provenienti tanto dal settore pubblico quanto da quello

privato con contratti.¹¹ Questa narrazione, però, non trova riscontro in una documentazione trasparente e completa che renda conto dell'intera offerta di servizi ambulatoriali e della modalità con cui questi vengono pagati. La mancanza di una visione d'insieme impedisce di valutare con precisione l'effettivo stato dell'offerta sanitaria: senza dati aggregati e dettagliati su tutte le prestazioni erogate e sulle diverse modalità di pagamento, non è possibile comprendere appieno se la diminuzione dei volumi erogati in regime SSN sia stata compensata da un aumento indotto delle prestazioni a pagamento diretto o tramite assicurazioni.

Analisi erogazione prestazioni raggruppate nella Diagnostica per il periodo 2016-2025 e distribuzione delle classi di priorità.¹²

Evoluzione dei volumi nelle strutture pubbliche lombarde

Le prestazioni diagnostiche erogate dalle strutture pubbliche della Lombardia hanno subito una riduzione significativa nel periodo considerato: si è passati da 7,3 milioni di prestazioni nel 2019 a 6,5 milioni nel 2025 (vedi figura). Questo trend evidenzia una contrazione dei volumi, che si riflette sull'accesso ai servizi diagnostici.

Distribuzione delle classi di priorità

Nel corso degli anni, la percentuale di prestazioni senza indicazione della classe di priorità si è ridotta: dal 50% nel 2016 al 38% nel 2025. La quota di prescrizioni inserite nella classe U (Urgenza) è rimasta sostanzialmente invariata, così come quella delle prestazioni programmabili (P). Sommando la classe programmabile e quella delle non indicate, il valore complessivo scende dal 91% al 79%. Pertanto, ora, più dei due terzi delle

¹¹ Un esempio tra tutti può essere il comunicato stampa (fonte ANSA) del 7 marzo 2025, in cui si vantavano aumenti degli slot (prenotazioni) disponibili e incrementi a due cifre di determinate visite: "Prestazioni aggiuntive per recuperare le attese anche tramite aperture ambulatoriali straordinarie, manifestazioni di interesse rivolte ai privati e impulso al servizio regionale di recall per evitare il 'no-show' con oltre 40 mila slot liberati. Nel 2024, in Lombardia, sono state 5,6 milioni le prestazioni ambulatoriali e quelle in regime di ricovero soggette a monitoraggio previste dal Piano nazionale erogate dagli enti pubblici, con un incremento rispetto al 2023 del 2,8%, e circa 5,3 milioni quelle erogate dai privati accreditati (+2,1%)."

¹² Il database disponibile in **OPENDATA Lombardia** indica il codice di classe di priorità secondo quanto inserito nella prescrizione. Nel caso di omissione le richieste di prenotazione vengono considerate come programmabile dunque con il massimo numero di giorni di garanzia (120)

prestazioni diagnostiche risultano erogabili entro il massimo periodo garantito di 120 giorni.

Confronto con le strutture private accreditate e contrattualizzate¹³

L'analisi dei dati relativi alle strutture private mostra una differenza minore nei volumi di prestazioni tra gli anni presi in esame, rispetto a quanto osservato nel settore pubblico. Inoltre, si registra una sostanziale coincidenza nella distribuzione delle classi di priorità tra pubblico e privato, suggerendo una simile modalità di gestione delle prescrizioni (da parte dei medici prescrittori) e delle conseguenti tempistiche di erogazione.

DIAGNOSTICA		REGIONE LOMBARDIA										
da PUBBLICO erogata in Regime SSN												
numero prestazioni												
classi di Priorità>anno	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025		
NON INDICATA	3.781.266	3.527.506	3.161.570	3.032.116	1.936.815	2.405.847	2.583.189	2.655.309	2.806.977	2.496.612		
B	67.272	159.884	241.378	314.438	381.859	436.294	472.141	495.608	522.159	478.823		
D	373.297	530.275	590.389	630.491	424.157	656.257	748.776	825.459	870.344	800.497		
P	3.165.456	3.094.120	3.218.513	3.236.931	1.902.725	2.460.739	2.723.304	3.009.814	3.029.433	2.650.957		
U	165.002	153.240	153.760	158.705	160.390	143.950	155.241	154.298	159.971	141.646		
Totale erogato anno	7.552.293	7.465.025	7.365.610	7.372.681	4.805.946	6.103.087	6.682.651	7.140.488	7.388.884	6.568.535		
NON INDICATA	50,07%	47,25%	42,92%	41,13%	40,30%	39,42%	38,66%	37,19%	37,99%	38,01%		
B	0,89%	2,14%	3,28%	4,26%	7,95%	7,15%	7,07%	6,94%	7,07%	7,29%		
D	4,94%	7,10%	8,02%	8,55%	8,83%	10,75%	11,20%	11,56%	11,78%	12,19%		
P	41,91%	41,45%	43,70%	43,90%	39,59%	40,32%	40,75%	42,15%	41,00%	40,36%		
U	2,18%	2,05%	2,09%	2,15%	3,34%	2,36%	2,32%	2,16%	2,17%	2,16%		

Figura 5

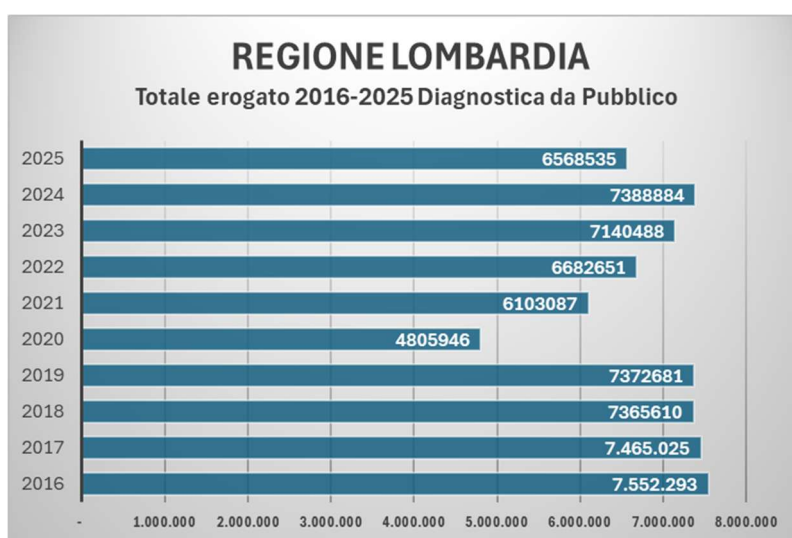


Figura 6

¹³ Le strutture private vengono a volte definite convenzionate ma più precisamente per curare assistiti SSN devono essere accreditate e annualmente i loro rapporti con la Regione devono essere oggetto di contratto.

diagnostica	regione lombardia									
da privato erogata in regime ssn										
numero prestazioni										
classi di priorità>anno	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025
non indicata	3.365.818	3.346.818	3.326.749	3.285.588	2.511.207	3.034.699	3.164.448	2.920.368	2.782.889	2.540.412
B	80.714	187.203	259.715	315.327	433.886	467.249	407.780	408.826	433.191	404.889
D	459.878	591.056	684.429	799.789	713.901	943.388	954.801	998.531	1.071.877	993.760
P	4.017.667	3.933.385	3.821.152	3.776.347	2.849.228	3.456.841	3.463.106	3.728.483	3.926.212	3.262.052
U	105.936	103.869	107.314	102.950	125.052	99.965	92.945	82.300	84.876	74.770
Totale complessivo	8.030.013	8.162.331	8.199.359	8.280.001	6.633.274	8.002.142	8.083.080	8.138.508	8.299.045	7.275.883
non indicata	41,92%	41,00%	40,57%	39,68%	37,86%	37,92%	39,15%	35,88%	33,53%	34,92%
B	1,01%	2,29%	3,17%	3,81%	6,54%	5,84%	5,04%	5,02%	5,22%	5,56%
D	5,73%	7,24%	8,35%	9,66%	10,76%	11,79%	11,81%	12,27%	12,92%	13,66%
P	50,03%	48,19%	46,60%	45,61%	42,95%	43,20%	42,84%	45,81%	47,31%	44,83%
U	1,32%	1,27%	1,31%	1,24%	1,89%	1,25%	1,15%	1,01%	1,02%	1,03%

Figura 7

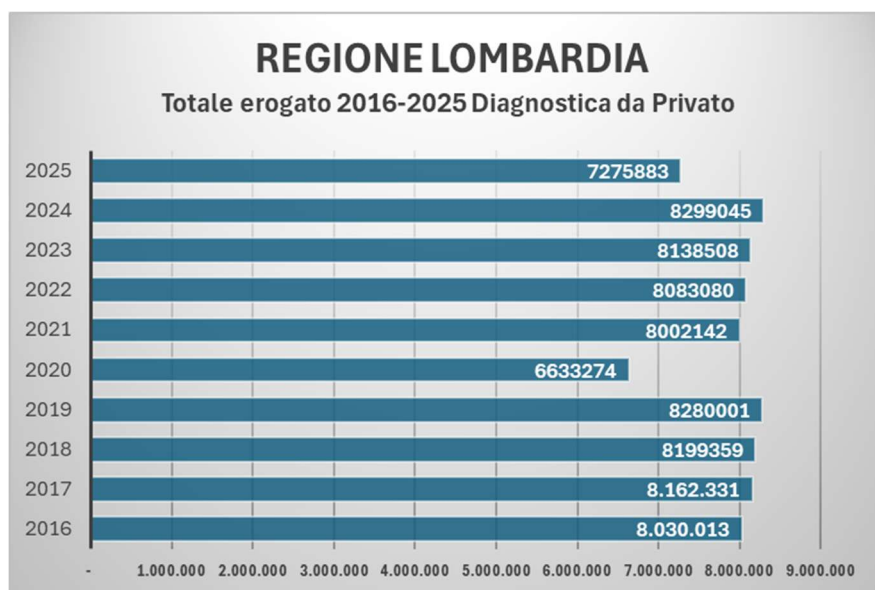


Figura 8

Analisi dell'erogazione delle VISITE (2016-2025) e distribuzione delle classi di priorità

Andamento dei volumi erogati nel pubblico

Nel raggruppamento VISITE, l'analisi dei dati relativi alle strutture pubbliche evidenzia come i livelli di prestazioni erogate nel 2025, così come durante il periodo post-pandemico, non abbiano raggiunto le medie osservate nel quadriennio 2016-2019. Questo calo rappresenta una tendenza significativa che accomuna il settore pubblico erogante le visite in Lombardia, in linea con quanto rilevato anche per le prestazioni diagnostiche.

Distribuzione delle classi di priorità

L'assegnazione delle classi di priorità alle prescrizioni di VISITE evidenzia un'evoluzione nel periodo analizzato. Nel 2016, la classe di priorità non era specificata nel 61% dei casi, mentre le prescrizioni programmabili (P) rappresentavano il 31%. La quota di visite classificate come urgenti è rimasta sempre inferiore al 2% durante tutto il decennio.

Nel 2025, la somma delle prescrizioni con massima durata garantita (fino a 120 giorni) e di quelle programmabili si è ridotta rispetto al passato, passando dal 91% all'82%. Questo dato suggerisce una maggiore attenzione (del MMG) nell'indicare la priorità.

Confronto tra pubblico e privato

Analizzando il settore privato, emerge che l'assegnazione delle priorità nelle prescrizioni risulta essere differente rispetto al pubblico: la maggior parte delle visite rientra nella categoria programmabile. Nel 2025, questa modalità di classificazione raggiunge l'85% del totale delle prestazioni erogate presso le strutture private, aumentando la discrezionalità di queste nel garantire i termini di garanzia.

VISITE	REGIONE LOMBARDIA									
da PUBBLICO erogata in Regime SSN										
numero VISITE										
classi di Priorità>anno	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025
NON INDICATA	5.466.304	5.233.939	5.017.758	4.943.678	3.506.710	3.936.174	4.130.062	4.435.367	4.607.305	4.536.395
B	70.748	147.549	210.486	258.638	289.674	326.801	360.703	390.374	414.083	414.471
D	372.465	555.583	624.784	655.845	390.745	591.545	672.689	751.976	803.388	821.312
P	2.778.044	2.583.929	2.535.430	2.564.039	1.513.496	1.911.351	2.078.533	2.042.950	1.966.079	1.767.231
U	184.936	160.921	150.117	146.794	129.182	129.139	126.629	123.077	123.293	116.326
Totale complessivo	8.872.497	8.681.921	8.538.575	8.568.994	5.829.807	6.895.010	7.368.616	7.743.744	7.914.148	7.655.735
NON INDICATA	61,61%	60,29%	58,77%	57,69%	60,15%	57,09%	56,05%	57,28%	58,22%	59,25%
B	0,80%	1,70%	2,47%	3,02%	4,97%	4,74%	4,90%	5,04%	5,23%	5,41%
D	4,20%	6,40%	7,32%	7,65%	6,70%	8,58%	9,13%	9,71%	10,15%	10,73%
P	31,31%	29,76%	29,69%	29,92%	25,96%	27,72%	28,21%	26,38%	24,84%	23,08%
U	2,08%	1,85%	1,76%	1,71%	2,22%	1,87%	1,72%	1,59%	1,56%	1,52%
	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%

Figura 9

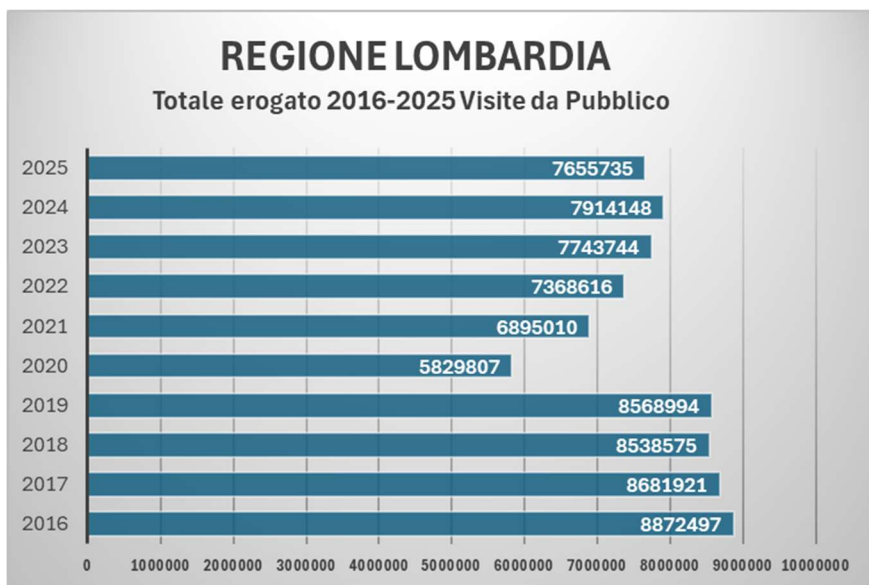


Figura 10

VISITE REGIONE LOMBARDIA										
da PRIVATO erogata in Regime SSN										
numero VISITE										
classi di Priorità>anno	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025
NON INDICATA	2.238.508	2.223.028	2.224.828	2.213.267	1.691.247	1.948.942	1.945.268	1.882.327	1.926.138	1.940.755
B	32.334	74.412	96.630	105.158	118.496	128.465	105.174	102.249	101.666	102.500
D	161.972	256.965	308.314	348.490	264.590	357.683	345.154	362.732	370.656	374.333
P	1.392.811	1.277.938	1.186.460	1.133.095	764.442	980.820	967.859	1.001.178	963.201	893.490
U	47.957	41.323	38.602	34.277	32.391	27.363	24.022	20.318	20.708	18.481
Totale complessivo	3.873.582	3.873.666	3.854.834	3.834.287	2.871.166	3.443.273	3.387.477	3.368.804	3.382.369	3.329.559
NON INDICATA	57,79%	57,39%	57,72%	57,72%	58,90%	56,60%	57,43%	55,88%	56,95%	58,29%
B	0,83%	1,92%	2,51%	2,74%	4,13%	3,73%	3,10%	3,04%	3,01%	3,08%
D	4,18%	6,63%	8,00%	9,09%	9,22%	10,39%	10,19%	10,77%	10,96%	11,24%
P	35,96%	32,99%	30,78%	29,55%	26,62%	28,49%	28,57%	29,72%	28,48%	26,84%
U	1,24%	1,07%	1,00%	0,89%	1,13%	0,79%	0,71%	0,60%	0,61%	0,56%
	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%

Figura 11



Figura 12

Una mappa frammentaria delle fonti regionali

In Lombardia, il monitoraggio delle liste d'attesa per le prestazioni ambulatoriali si basa su una pluralità di fonti digitali, curate da ATS e Enti accreditati, pubblici e privati. Questi portali web, almeno sulla carta, dovrebbero costituire il principale riferimento per cittadini e operatori che cercano dati aggiornati su tempi e modalità di accesso alle prestazioni sanitarie. Tuttavia, la realtà restituisce un quadro tutt'altro che omogeneo e lineare: la trasparenza informativa, infatti, spesso si scontra con la frammentazione delle fonti e la varietà dei percorsi digitali necessari per reperire i dati.

Dati e priorità: numeri che non sempre raccontano tutto

L'analisi dei dati estratti dal database delle "Prestazioni Ambulatoriali" eseguita nel capitolo precedente permette, almeno potenzialmente, di valutare sia la quantità delle prestazioni offerte che la reale fruizione da parte dei cittadini, residenti e non residenti. Un ulteriore livello di dettaglio riguarda la suddivisione delle richieste tra le diverse classi di priorità. Tuttavia, emerge un elemento critico: per molte prescrizioni, soprattutto nel caso delle visite, la classe di priorità non viene attribuita. Questo "buco informativo" rischia di falsare la lettura dei dati e di minare la possibilità di un reale controllo pubblico sulla gestione delle attese.

Attribuzione delle priorità: obbligo formale o prassi disattesa?

La normativa impone ai medici prescrittori, siano essi di Medicina Generale o Specialisti, di indicare la classe di priorità esclusivamente per le prestazioni di primo accesso. Se questa indicazione manca, il sistema classifica automaticamente la richiesta come "programmabile" (Classe P). La conseguenza? Una quota non trascurabile di prestazioni entra nel calderone delle richieste a bassa priorità, alimentando possibili distorsioni nell'analisi dei tempi di attesa e nell'allocazione delle risorse.

Percorsi digitali complessi: l'odissea del cittadino

Chi vuole informarsi sulle liste d'attesa deve spesso affrontare un vero e proprio percorso a ostacoli digitale: dal sito regionale¹⁴, si passa a quello di una delle otto ATS, per poi approdare alle pagine specifiche degli Enti pubblici o privati. Qui, chi ha la pazienza di cercare, può trovare i report mensili che monitorano circa sessanta prestazioni tra visite ed esami strumentali, con dati su volumi, distribuzione delle priorità e tempi mediani di attesa. Ma la navigazione è tutt'altro che intuitiva e la chiarezza delle informazioni varia sensibilmente da un ente all'altro.

Copertura e trasparenza: un mosaico ancora incompleto

Non tutte le ATS e gli Enti accreditati, pubblici o privati, garantiscono la stessa trasparenza e completezza. Alcune ATS pubblicano dati solo per le proprie ASST, altre includono anche IRCCS e realtà private, altre ancora restringono ulteriormente il campo. Il risultato è una mappa informativa a macchia di leopardo che rende difficile, se non impossibile, avere una visione d'insieme affidabile e aggiornata su tempi d'attesa e priorità effettivamente garantite sul territorio lombardo. In conclusione, sebbene la Regione Lombardia abbia predisposto strumenti e portali per il monitoraggio delle liste d'attesa¹⁵, permangono forti criticità legate alla disomogeneità, alla frammentazione delle fonti e alla difficoltà di accesso alle informazioni.

Un esempio: il report di marzo 2026 dell'ASST GOM di Niguarda e Villa Marelli¹⁶

¹⁴ <https://www.regione.lombardia.it/sanita/prenotazioni-e-tempi-d-attesa/tempi-attesa-prestazioni-sanitarie>. A questo link si accede a diverse informazioni: come prenotarsi, come accedere ai siti delle otto ATS che a loro volta danno accesso alle informazioni sulle prestazioni e delle attese rilevate, come consultare tutta la normativa regionale riguardante le liste di attesa.

¹⁵ La Regione Lombardia ha applicato quanto disposto dal Ministero e dalla Conferenza Stato Regioni vedi: <https://www.salute.gov.it/new/it/tema/liste-di-attesa/linee-di-indirizzo-sui-siti-web/> Con questo link si accede al contenuto del documento Ministeriale : "LINEE DI INDIRIZZO REQUISITI E MONITORAGGIO DELLE SEZIONI DEDICATE AI TEMPI E ALLE LISTE DI ATTESA SUI SITI WEB DI REGIONI, PROVINCE AUTONOME E AZIENDE SANITARIE". Questa disposizione ha indotto le Regioni a riordinare e razionalizzare i siti web dedicati alle liste di attesa. In particolare ha imposto un modello unificato di rappresentazione dei dati. Per esaminare la congruenza informativa dei vari siti le linee d'indirizzo dispongono che venga effettuato una check list dei diversi siti dedicati dagli Enti Pubblici e privati.

¹⁶ Elaborazione e estrazioni dati da:

Per valutare la distribuzione tra le classi di priorità per le prime visite specialistiche si è elaborato questo prospetto.

ASST NIGUARDA ESTRATTO REPORT MARZO 2026 percentuale tempi di attesa entro classi di priorità mediana giorni attesa	% Garanzia Classe B	Mediana tempi di attesa Classe B	% Garanzia Classe D	Mediana tempi di attesa Classe D	% Garanzia Classe P	Mediana tempi di attesa Classe P
PRIMA VISITA CARDIOLOGICA	82,47%	8	68,42%	21	60,07%	61
PRIMA VISITA ANGIOLOGICA	100,00%	6	37,50%	42	90,24%	73
PRIMA VISITA CHIRURGICA VASCOLARE	89,29%	7	80,00%	26	89,36%	40
PRIMA VISITA DERMATOLOGICA / ALLERGOLOGICA	85,33%	10	44,91%	53	26,55%	336
PRIMA VISITA ENDOCRINOLOGICA / DIABETOLOGICA	90,83%	9	55,14%	30	53,92%	114
PRIMA VISITA DI MEDICINA FISICA E RIABILITAZIONE	100,00%	5	85,71%	11	44,78%	141
PRIMA VISITA GASTROENTEROLOGICA	62,50%	10	87,23%	13	20,79%	245
PRIMA VISITA GINECOLOGICA	100,00%	7	59,09%	14	58,63%	111
PRIMA VISITA NEFROLOGICA	100,00%	0	100,00%	18	34,38%	355
PRIMA VISITA NEUROLOGICA / NEUROCHIRURGICA	88,68%	10	44,83%	39	62,43%	77
PRIMA VISITA OCULISTICA	98,48%	7	42,63%	58	21,81%	457
PRIMA VISITA ONCOLOGICA	81,25%	10	61,11%	26	77,11%	28
PRIMA VISITA ORTOPEDICA	98,92%	8	62,96%	20	88,79%	72
PRIMA VISITA OTORINOLARINGOIATRICA	93,83%	9	60,30%	35	77,19%	43
PRIMA VISITA PNEUMOLOGICA	97,37%	9	73,74%	22	51,46%	96
PRIMA VISITA EMATOLOGICA	97,33%	8	48,89%	41	47,89%	143
PRIMA VISITA REUMATOLOGICA	97,33%	8	48,89%	41	47,89%	143
PRIMA VISITA UROLOGICA / ANDROLOGICA	72,62%	10	70,59%	27	55,84%	100
PRIMA VISITA EMATOLOGICA	79,03%	10	72,22%	28	43,33%	150
PRIMA VISITA REUMATOLOGICA	79,03%	10	72,22%	28	43,33%	150

Figura 13

Si nota subito l'assenza della classe U e l'elevata ma differenziata quota della Classe P (V. Cardiologica 44%-Medicina Fisica e r. 85%) con un dato complessivo del 67%. Dalla lettura dei dati emerge una notevole variabilità nella capacità di rispettare le tempistiche previste per le diverse specialità. Se, per esempio, la prima visita cardiologica riesce a garantire l'82,47% delle prenotazioni urgenti (Classe B) entro i 10 giorni fissati, la situazione appare più critica per le prestazioni meno urgenti: la prima visita dermatologica/allergologica si ferma al 26,55% di appuntamenti rispettati entro il limite dei 120 giorni, mentre la prima visita endocrinologica/diabetologica/osteometabolica raggiunge solo il 53,92% di garanzia per la stessa classe di priorità. Numeri che invitano a interrogarsi sulla reale equità di accesso alle cure. Sono evidenti casi in

<https://www.ats-milano.it/ats/carta-servizi/guida-servizi/assistenza-sociosanitaria/tempi-attesa-0>

nel sito è possibile accedere ai report mensili di:

https://www.ospedaleniguarda.it/amministrazione_trasparente/servizi-erogati/liste-di-attesa

https://www.ospedaleniguarda.it/uploads/default/attachments/amministrazione_trasparente/amministrazione_trasparente_m/77/files/allegati/2088/marzo_2026_rilevazione_mta_new.pdf

cui i tempi di attesa appaiono decisamente fuori scala rispetto agli standard previsti. È il caso della prima visita oculistica, che per i pazienti meno urgenti (Classe P) raggiunge una mediana di 457 giorni, quasi quattro volte superiore al limite fissato. Anche per l'ecografia della mammella il quadro non è roseo: qui la mediana si attesta a 295,5 giorni. Uno dei nodi irrisolti rimane la forte disparità tra le diverse classi di priorità. Se i pazienti con urgenze maggiori (Classe B) vedono generalmente rispettate le tempistiche, lo stesso non si può dire per chi rientra nella categoria meno urgente (Classe P). Un esempio su tutti: solo il 20,79% delle prenotazioni di Classe P per la prima visita gastroenterologica viene evaso nei tempi, contro l'87,23% della Classe D. Alcune prestazioni registrano un volume molto elevato di prenotazioni, che può influire sulla capacità di rispettare i tempi di attesa. Ad esempio, la prima visita dermatologica /allergologica ha 1.591 prenotazioni totali, mentre la prima visita oculistica ne ha 1.432.

ASST NIGUARDA ESTRATTO REPORT MARZO 2026 DISTRIBUZIONE PRENOTAZIONI PRIME VISITE PER CLASSI DI PRIORITA'	Totale Prenotazioni Classi B, D, P	Totale Prenotazioni Classe B	Totale Prenotazioni Classe D	Totale Prenotazioni Classe P	% Class e B	% Class e D	% Class e P
PRIMA VISITA CARDIOLOGICA	636	154	171	283	24%	27%	44%
PRIMA VISITA EMATOLOGICA	229	62	36	120	27%	16%	52%
PRIMA VISITA REUMATOLOGICA	229	62	36	120	27%	16%	52%
PRIMA VISITA PNEUMOLOGICA	519	114	99	274	22%	19%	53%
PRIMA VISITA CHIRURGICA VASCOLARE	163	28	35	94	17%	21%	58%
PRIMA VISITA NEUROLOGICA/NEUROCHIRURGICA	635	106	116	378	17%	18%	60%
PRIMA VISITA EMATOLOGICA	461	75	90	284	16%	20%	62%
PRIMA VISITA REUMATOLOGICA	461	75	90	284	16%	20%	62%
PRIMA VISITA ANGIOLOGICA	64	7	16	41	11%	25%	64%
PRIMA VISITA ORTOPEDICA	701	93	135	455	13%	19%	65%
PRIMA VISITA OTORINOLARINGOIATRICA	1087	162	199	719	15%	18%	66%
PRIMA VISITA UROLOGICA/ANDROLOGICA	462	84	51	317	18%	11%	69%
PRIMA VISITA DERMATOLOGICA/ALLERGOLOGICA	1591	184	285	1100	12%	18%	69%
PRIMA VISITA ONCOLOGICA	119	16	18	83	13%	15%	70%
PRIMA VISITA OCULISTICA	1432	198	190	1018	14%	13%	71%
PRIMA VISITA ENDOCRINOLOGICA/DIABETOLOGICA/OSTEOME TABOLICA	1465	120	214	1111	8%	15%	76%
PRIMA VISITA NEFROLOGICA	42	3	6	32	7%	14%	76%
PRIMA VISITA GINECOLOGICA	468	35	66	365	7%	14%	78%
PRIMA VISITA GASTROENTEROLOGICA	448	24	47	356	5%	10%	79%
PRIMA VISITA DI MEDICINA FISICA E RIABILITAZIONE	158	2	21	134	1%	13%	85%
totali visite marzo 2026	11370	1604	1921	7568	14%	17%	67%

Figura 14

marzo 2026 OSPEDALE SAN RAFFAELE SRL (sono considerate le prestazioni SSN di primo accesso prenotate all'interno dell'ambito di garanzia)	Totale Prenotazioni Classi B, D, P	Totale Prenotazioni Classe B	Perc. Garanzia Classe B	Mediana tempi di attesa Classe B	Totale Prenotazioni Classe D	Perc. Garanzia Classe D	Mediana tempi di attesa Classe D	Totale Prenotazioni Classe P	Perc. Garanzia Classe P	Mediana tempi di attesa Classe P
PRIMA VISITA CARDIOLOGICA	270	18	88.89%	7	44	54.55%	29	208	30.29%	167
PRIMA VISITA ANGIOLOGICA	109	10	90.00%	5	9	44.44%	34	90	97.78%	6
PRIMA VISITA CHIRURGICA VASCOLARE	41	1	100.0%	1	10	80.00%	5	30	83.33%	7
PRIMA VISITA DERMATOLOGICA/ALLERGICA	272	11	54.55%	8	24	62.50%	18	237	47.26%	136
PRIMA VISITA ENDOCRINOLOGICA*	409	20	80.00%	8	41	41.46%	36	348	29.02%	168
PRIMA VISITA DI MEDICINA FISICA E RIABILITAZIONE	18	0	0.00%	n.d.	3	0.00%	370	15	33.33%	370
PRIMA VISITA GASTROENTEROLOGICA	119	13	69.23%	7	27	55.56%	28	79	72.15%	17
PRIMA VISITA GERIATRICA	125	14	57.14%	8	39	71.79%	19	72	73.61%	18
PRIMA VISITA GINECOLOGICA	106	7	85.71%	8	12	25.00%	35	87	74.71%	28
PRIMA VISITA NEFROLOGICA	17	1	100.0%	1	4	75.00%	2	12	41.67%	246
PRIMA VISITA NEUROLOGICA	206	16	81.25%	7	33	42.42%	31	157	44.59%	179
PRIMA VISITA OCULISTICA	23	0	0.00%	n.d.	2	0.00%	63	21	90.48%	28
PRIMA VISITA ONCOLOGICA	51	4	25.00%	11	12	100.0%	9	35	100.0%	6
PRIMA VISITA ORTOPEDICA	231	17	41.18%	12	35	80.00%	13	179	96.65%	25
PRIMA VISITA OTORINOLARINGOIATRICA	68	13	92.31%	6	16	81.25%	29	39	46.15%	336
PRIMA VISITA PNEUMOLOGICA	84	7	14.29%	12	38	13.16%	35	39	20.51%	179
PRIMA VISITA REUMATOLOGICA	0	0	0.00%	n.d.	0	0.00%	n.d.	0	0.00%	n.d.
PRIMA VISITA UROLOGICA*	83	29	75.86%	9	18	61.11%	29	36	27.78%	215
PRIMA VISITA EMATOLOGICA	0	0	0.00%	n.d.	0	0.00%	n.d.	0	0.00%	n.d.

Figura 15

Confronto tra volumi erogati: Niguarda e San Raffaele

Un'analisi dei dati relativi al mese di marzo 2026 mette in luce una marcata differenza nell'offerta nello stesso mese di prime visite SSN tra due tra i principali ospedali lombardi: l'ASST GOM di Niguarda e l'Ospedale San Raffaele. Niguarda si distingue per un volume di prime visite erogate quasi cinque volte superiore rispetto a quello registrato dal San Raffaele, con 11370 prestazioni a fronte delle 2.232 offerte dal secondo. Questo dato, inserito nel contesto dell'analisi dei tempi di attesa e della distribuzione delle classi di priorità, suggerisce come la capacità produttiva e l'offerta effettiva delle strutture possano variare significativamente anche all'interno della stessa regione. Il volume di attività erogata non solo incide sulla pressione delle liste d'attesa, ma può anche influenzare la percentuale di appuntamenti rispettati nei tempi previsti e la distribuzione delle priorità assegnate. La differenza così marcata tra i due ospedali può dipendere da diversi fattori interni all'organizzazione, come la disponibilità di personale dedicato, la gestione delle agende e la programmazione degli slot, oltre che da elementi esterni quali la domanda proveniente dal territorio di riferimento. Tuttavia, questi elementi da soli non sono sufficienti a spiegare la marcata differenza nell'offerta programmata tra i vari enti. L'unica interpretazione plausibile, alla luce delle informazioni disponibili, è che alcuni enti possano privilegiare l'erogazione delle prestazioni a favore dell'utenza pagante o assicurata. Tale orientamento potrebbe spiegare la differenza nei numeri delle visite erogate¹⁷, suggerendo che l'accesso prioritario venga riservato a chi può sostenere un costo diretto o dispone di

¹⁷ Il confronto, qui limitato alle visite specialistiche dovrebbe essere svolto su tutte le prestazioni monitorate

copertura assicurativa, piuttosto che alla generalità degli utenti del Servizio Sanitario Nazionale. Ipotesi che non è possibile verificare empiricamente. Indirettamente si può trovare conferma consultando il recente bilancio 2025 dell'Ospedale San Raffaele per esaminare la proporzione dei ricavi ambulatoriali da solventi e quelli da SSN.).¹⁸ Da questo documento si rileva che i ricavi provenienti dai solventi, ossia pazienti paganti in proprio, ammontano a 94 milioni di euro, mentre quelli derivanti dalle prestazioni erogate per conto del Servizio Sanitario Nazionale (SSN) sono pari a 81 milioni di euro.¹⁹ Confrontando questi dati con quelli del bilancio OSR del 2018, si osserva che i ricavi ambulatoriali da solventi erano pari a 54,7 milioni di euro, mentre quelli da SSN ammontavano a 76,4 milioni. Ne consegue che, nel periodo 2018-2025, i ricavi da solventi hanno registrato un incremento significativo, pari al 72%. Mentre le entrate da SSN sono costanti. Questa crescita evidenzia una tendenza crescente nell'afflusso di pazienti paganti che “scelgono” prestazioni ambulatoriali a pagamento rispetto all'offerta garantita dal SSN. Il confronto possibile con una organizzazione sanitaria pubblica, rappresentata dal G.O.M Niguarda, di questi valori del 2025 vede i ricavi da SSN circa 68 milioni e a carico di pazienti paganti le entrate ambulatoriali ammontanti a circa 15 milioni per l'attività svolta in intramoenia.²⁰

¹⁸ OSPEDALE S. RAFFAELE S.R.L. Bilancio di esercizio al 31-12-2025 pag. 9 allegato

¹⁹ 80,9 milioni risultato somma ricavi SSN Regione Lombardia (70,2) con ricavi ambulatori SSN fuori Regione (10,7)

²⁰ Valori estratti dal Bilancio consolidato 2025 Asst G.O.M.

²¹ Regime di attività libero-professionale intramoenia

L'accesso alle prestazioni ambulatoriali da parte dei paganti, e recentemente anche degli assicurati, avviene spesso direttamente nelle strutture pubbliche tramite l'attività libero professionale dei dipendenti SSN. Questa modalità rappresenta per i cittadini una soluzione utilizzata per ridurre i tempi di attesa. A livello nazionale è previsto un monitoraggio Agenas dei tempi di attesa per le prestazioni sanitarie, con l'obiettivo di confrontarli con quelli rilevati nell'ambito dell'attività istituzionale. In Lombardia, l'attività libero-professionale intramoenia allargata (ALPIA) costituisce una possibilità riconosciuta ai dirigenti medici e sanitari del Servizio Sanitario Regionale. L'ALPI si distingue dalla cosiddetta extramoenia, che corrisponde alla libera professione svolta al di fuori del regime di esclusività previsto dal Servizio Sanitario Nazionale. Di norma, l'ALPI (intramoenia) viene esercitata all'interno degli spazi messi a disposizione dall'azienda sanitaria di appartenenza. Qualora tali spazi non siano disponibili o idonei, la Regione Lombardia consente l'autorizzazione dell'attività in studi professionali esterni, a patto che questi siano convenzionati con l'azienda sanitaria presso cui il professionista è dipendente. Questa modalità è nota come "intramoenia allargata". Nella pratica, l'attività ALPIA viene spesso svolta presso strutture sanitarie accreditate, ma non contrattualizzate con il Servizio Sanitario Regionale. Un esempio

Ricavi delle vendite e delle prestazioni	2025	2024	Variazione	Variazione %
Ricoveri SSN Regione Lombardia	152.636.704	145.652.353	6.984.351	4,8%
Ricoveri SSN Fuori Regione	74.125.721	70.769.632	3.356.089	4,7%
Ricoveri Pazienti Solventi	97.087.124	88.794.766	8.292.358	9,3%
Ambulatori SSN Regione Lombardia	70.185.579	68.867.710	1.317.869	1,9%
Ambulatori SSN Fuori Regione	10.748.994	10.588.515	160.479	1,5%
Ambulatori Pazienti Solventi	94.479.412	89.980.150	4.499.262	5%
Ticket e franchigie	7.193.554	6.894.559	298.995	4,3%
Funzioni non tariffate	20.297.730	21.473.941	(1.176.211)	(5,5%)
Maggiorazione tariffaria	23.472.987	22.099.154	1.373.833	6,2%
Farmaci File F	166.605.960	168.235.228	(1.629.268)	(1%)
Altro	7.124.711	10.009.793	(2.885.082)	(28,8%)
TOTALE	723.958.476	703.365.801	20.592.675	2,9%

Figura 16 (nota 19)

Brevi conclusioni

Limiti dello studio e criteri di assegnazione

È doveroso sottolineare che questa breve analisi si è limitata a descrivere i dati quantitativi riguardanti la distribuzione delle classi di priorità e la loro incidenza sui tempi di attesa. Non è stato possibile rispondere in modo esaustivo alle domande iniziali, in particolare su quali siano i criteri che guidano la discrezionalità del medico prescrittore. Infatti, non risulta che siano state condotte ricerche approfondite su questo tema: resta il dubbio se le scelte dei

concreto è rappresentato dai documenti pubblici dell'ASST Gaetano Pini-CTO, che attestano una convenzione con la Casa di Cura La Madonnina, utilizzata per attività di libera professione intramuraria, sia ambulatoriale sia di ricovero. Un ulteriore caso si è verificato nel 2025, quando una convenzione tra ASST Lecco e la Clinica San Martino (non contrattualizzata) ha consentito ai medici della struttura complessa di Endoscopia Digestiva dell'Ospedale Manzoni di svolgere attività libero-professionale presso la clinica privata, al di fuori dell'orario di servizio. La Regione Lombardia non pubblica rapporti o monitoraggi dell'ALPI e della sua forma allargata. Le ASST e gli IRCCS pubblici non pubblicano informazioni riguardanti l'attività svolta come ALPI, mentre spesso sono indicati gli elenchi dei professionisti disponibili, le prestazioni da loro fornite, orari ecc.

medici si basino esclusivamente su criteri clinici o se, invece, siano influenzate anche da altri fattori. E' assente dalle fonti informative regionali esaminate (quelle desumibili dalla nuova piattaforma Agenas saranno oggetto di un altro studio) qualsiasi dato epidemiologico che alla fonte incroci l'età, lo stato clinico codificato, la condizione di cronicità ed altro. Il metodo RAO,²² la cui applicazione dovrebbe garantire una maggiore equità nell'accesso alle cure, suddividendo i pazienti in gruppi omogenei secondo la gravità e l'urgenza delle condizioni cliniche come viene applicato? E' un metodo valido per assegnare tempistiche diverse per le prestazioni ambulatoriali, rispondendo in modo più appropriato ai bisogni di salute di ciascun cittadino? La stratificazione delle attese consentirebbe di programmare l'offerta sanitaria in maniera più coerente con la domanda reale, favorendo una gestione trasparente delle liste e una distribuzione delle risorse più giusta? Domande su domande di cui volutamente sembra non esserci risposta. Appare sicuramente inspiegabile l'alta percentuale di assegnazione alla categoria con più durata d'attesa. Oppure, i criteri di assegnazione delle priorità appaiono ormai datati e spesso percepiti dai medici come meri adempimenti burocratici, piuttosto che come strumenti realmente utili per la gestione delle priorità.

Impatto della priorità sui tempi di attesa

I dati contenuti nel report dell'ASST GOM di Niguarda evidenziano chiaramente come la priorità assegnata al momento della prescrizione influenzi in modo significativo i tempi di attesa per le prestazioni sanitarie. Da una lettura attenta emerge una netta disparità tra le diverse classi di priorità: in particolare, i pazienti inseriti nella Classe P, ossia quelli considerati meno urgenti, si trovano a dover attendere per tempi decisamente superiori rispetto agli standard fissati. Questa situazione genera un evidente squilibrio nell'accesso alle cure. La normativa vigente prevede che la priorità venga assegnata esclusivamente alle prestazioni di primo accesso. Questa impostazione si rivela fortemente discriminante, poiché non tiene conto delle necessità individuali che possono emergere successivamente e rischia di accentuare le disuguaglianze tra gli utenti. Di fatto, chi rientra in una classe meno urgente è penalizzato da tempi d'attesa eccessivi, il che limita l'effettiva equità nel sistema sanitario e può portare a una differente qualità dell'assistenza ricevuta.

²² Il metodo RAO: raggruppamenti di attesa omogenea [vedi nota 8](#)

Innovazioni introdotte dal Piano Nazionale di Governo delle Liste d'Attesa (PNGLA) 2026-2028²³

Il nuovo Piano nazionale sulle liste d'attesa promette un salto di qualità nella governance sanitaria, ma ci si chiede se riuscirà davvero a mantenere le ambiziose promesse. La lettura del fabbisogno viene ancorata al Modello nazionale di classificazione e stratificazione della popolazione, atteso per giugno 2026, con l'intento di fornire finalmente strumenti quantitativi e basati su evidenze per interpretare i bisogni e ridurre sia l'eccesso sia la carenza di prestazioni. Sul fronte dell'appropriatezza, il metodo RAO dovrebbe garantire tempi di attesa più equi, ma la sua reale applicazione resta da verificare: AGENAS dovrà istituire un Tavolo Permanente entro 60 giorni, ma i dettagli e le tempistiche non sono ancora chiari.

La Piattaforma Nazionale delle Liste d'Attesa, prevista dal DL 73/2024, rappresenta il cuore tecnologico del Piano, chiamata a interconnettere ventuno piattaforme regionali e produrre un cruscotto nazionale. Tuttavia, la complessità tecnica e l'effettiva interoperabilità tra sistemi regionali eterogenei restano un nodo cruciale: riuscirà davvero ad assicurare trasparenza e monitoraggio tempestivo? Sul piano dell'offerta, il Piano conferma il ruolo degli ambiti territoriali di garanzia e dei percorsi di tutela, integrando il privato accreditato e modelli come day-service e prestazioni a distanza. Ma il coinvolgimento dei nuovi attori e l'implementazione della telemedicina saranno sufficienti a rendere più efficiente l'accesso?

Anche per i ricoveri programmati, la logica RAO dovrebbe assicurare priorità basate su criteri trasparenti, ma la reale indipendenza dall'offerta delle strutture rimane un interrogativo. Il sistema di disdetta e sanzioni per il no-show appare rigoroso, prevedendo il pagamento della quota ordinaria anche per gli esenti, ma spetterà alle Regioni concretizzare la disciplina e gestire le esclusioni: sarà sufficiente a ridurre le assenze ingiustificate?

Infine, il Piano si propone di rafforzare il monitoraggio e la trasparenza, introducendo glossari, piani di comunicazione e sistemi di raccolta delle segnalazioni. L'armonizzazione istituzionale affida il monitoraggio ad un sottogruppo LEA, mentre l'Osservatorio Nazionale viene superato. Resta da capire se queste misure riusciranno davvero a garantire tempi coerenti con i bisogni di cura e a rispondere alle criticità segnalate dai cittadini.

Schema governo della domanda allegato al Piano

²³ Anche in questo caso l'informazione ministeriale ha assunto toni propagandistici
<https://www.salute.gov.it/new/it/comunicato-stampa/piano-nazionale-liste-di-attesa-libera-conferenza-stato-regionischillaci-e/>

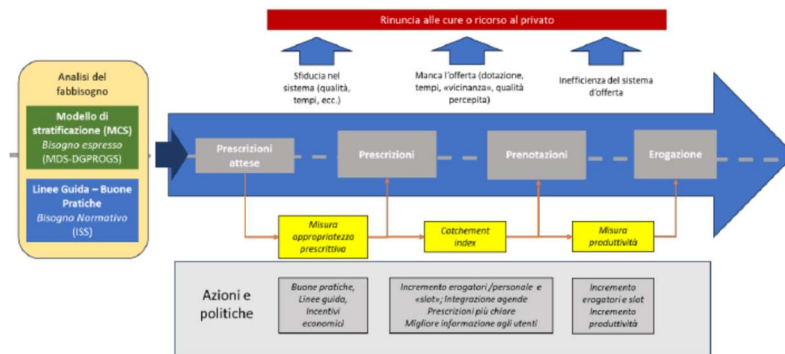


Figura 2. Percorso di governo della domanda

La “fuga” dalle cure indotta

Il numero di prescrizioni non seguito da una prenotazione costituisce un indicatore indiretto delle difficoltà di accesso al sistema. Queste difficoltà possono derivare sia da fattori legati all’offerta, come la complessità della procedura di prenotazione, l’insufficienza o saturazione del sistema, tempi di attesa eccessivi, o la distanza dal luogo di erogazione, sia da fattori legati alla domanda. Per esempio, la percezione dello stato di salute può indurre l’utente a posticipare o evitare la prenotazione o l’effettuazione della prestazione? Analogamente, il numero di prenotazioni non seguito dall’erogazione della prestazione può riflettere inefficienze del sistema di offerta o motivazioni della domanda che portano a una mancata fruizione della prestazione presso il SSN, anche se prenotata. In questi casi, la mancata erogazione può essere dovuta al fatto che la prestazione non viene percepita come necessaria o non viene garantita entro i tempi massimi previsti.

Ci si può davvero fidare dei numeri disponibili sulle prestazioni ambulatoriali a livello nazionale? Al momento, i dati sembrano coprire soltanto la quota di prestazioni che vengono prescritte, prenotate ed effettivamente erogate nel Servizio Sanitario. Eppure, resta il dubbio sulla reale entità della distanza tra il volume delle prescrizioni, quello delle prenotazioni e delle prestazioni poi effettivamente garantite dal SSN. Questa forbice – impossibile da quantificare con i flussi attuali – rappresenta forse una domanda di salute sommersa, che il sistema pubblico non riesce ad intercettare? Non è da escludere che proprio questo gap sia la spia di una rinuncia, più o meno forzata, alle cure offerte dal SSN, oppure di un ricorso crescente non quantificato a canali alternativi a pagamento.

Investimenti strutturali e tecnologici: interrogativi sull’efficacia

Un ulteriore elemento di riflessione riguarda gli investimenti strutturali e tecnologici in corso di realizzazione, resi possibili dai fondi del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR). La questione centrale è se il potenziamento, con la

massiccia acquisizione di apparecchiature diagnostiche da parte delle strutture pubbliche, sia realmente in grado di incidere sulla riduzione dei tempi delle liste d'attesa. Pur riconoscendo l'importanza di questi investimenti, non è in questa sede il momento di verificare nel dettaglio la portata e l'effettiva distribuzione delle nuove apparecchiature diagnostiche. Tuttavia, ci si interroga sulla loro efficacia: il potenziamento già in parte realizzato sarà sufficiente a ridurre la durata delle liste di attesa? I dati disponibili relativi al 2025, infatti, non evidenziano un aumento significativo dell'offerta pubblica. Questo aspetto lascia aperti importanti interrogativi sull'effettiva capacità degli investimenti di rispondere ai bisogni di salute della popolazione e di garantire un accesso più rapido alle prestazioni diagnostiche.

Il potere del Mercato

Da oltre trent'anni la Lombardia si distingue per un sistema sanitario fondato sul modello acquirente-fornitore, dove il pubblico acquista prestazioni sia da strutture pubbliche che da privati accreditati. Se questo approccio viene spesso celebrato come una svolta verso la libertà di scelta e la concorrenza virtuosa, la realtà è più sfaccettata: la "mercattizzazione" della sanità ha portato a una competizione serrata, in cui i pazienti sono trasformati in clienti e i finanziamenti seguono esclusivamente l'attività svolta. Una logica che, rischia di mettere al centro il profitto anziché la salute pubblica. Il risultato di questa impostazione è la nascita di un vero e proprio mercato dell'assistenza ambulatoriale, dove strutture private accreditate e ospedali pubblici si contendevano i pazienti finanziati dal SSN. Se da un lato ciò ha permesso ai privati di conquistare circa metà dell'attività specialistica, grazie alla politica regionale di esternalizzazione e assenza di programmazione, dall'altro ha sollevato dubbi sui rischi di una competizione che premia soprattutto i servizi più redditizi, lasciando indietro le fasce deboli e le aree periferiche. Il potere di mercato conquistato permette loro di trasformare i cittadini da aventi diritto a paganti, selezionando in base alla loro disponibilità al pagamento. Sempre più spesso, la sanità lombarda viene vista come un terreno fertile per investimenti finanziari: centri ambulatoriali e cliniche generano flussi di cassa prevedibili, attirando capitali e favorendo l'espansione di grandi gruppi privati. La sanità rischia di trasformarsi in un grande business, dove la qualità della cura e l'attenzione alle esigenze territoriali passano in secondo piano rispetto ai ritorni economici. Dove le stesse strutture, conoscenze e competenze vengono commercializzate, Non mancano voci critiche: economisti, medici e cittadini denunciano come la logica di mercato abbia incentivato l'espansione dei servizi più redditizi, concentrando investimenti nelle aree urbane ricche e privilegiando le procedure ad alto volume. Le conseguenze sono sotto gli

occhi di tutti: i servizi territoriali e le cure primarie vengono spesso indeboliti, con il rischio che la sanità perda la sua funzione sociale e di presidio sul territorio.

Le liste di attesa sono strumenti per trasformare e indurre le scelte dei cittadini, convincendoli di trovarsi al centro di un grande mercato dove il diritto è un pallido ricordo?

Le classi di priorità sono un razionamento mascherato?

24 luglio 2024

Il decreto governativo relativo alle liste d'attesa nel settore sanitario è entrato in vigore.

Meloni:

Dopo aver portato il fondo sanitario al suo livello più alto di sempre, oggi abbiamo compiuto ulteriori passi avanti per garantire il diritto alla salute dei cittadini. Stiamo istituendo un sistema nazionale di monitoraggio delle liste d'attesa, accompagnato da un efficace sistema di controlli. Con il sistema regionale centralizzato di prenotazione degli appuntamenti, stiamo ampliando i servizi offerti, rendendo disponibili sia quelli forniti dal sistema sanitario pubblico sia quelli erogati da strutture sanitarie private accreditate. Ci assicuriamo che i cittadini ricevano sempre l'assistenza di cui hanno bisogno, anche ricorrendo ai cosiddetti servizi 'intramoenia' (servizi sanitari privati erogati all'interno di strutture pubbliche) e ai centri medici privati accreditati. A partire dal 2025, elimineremo il tetto di spesa per l'assunzione di medici e personale sanitario e ridurremo le tasse sui loro stipendi per i servizi aggiuntivi necessari a ridurre i tempi di attesa. Siamo consapevoli che c'è ancora molto da fare, ma siamo convinti che la direzione intrapresa per costruire un sistema sanitario più efficiente e più vicino alle esigenze dei cittadini sia quella giusta. Continuiamo così.²⁴

²⁴ <https://www.governo.it/en/articolo/president-meloni-s-statement-healthcare-waiting-lists/26310>

