

Prefazione

Il Servizio Sanitario Nazionale (SSN) rappresenta ancora oggi uno degli asset più importanti del Paese. Dal buon funzionamento di questo complesso e articolato sistema passano la salute dei cittadini e la loro qualità di vita.

A livello internazionale, il SSN appare come uno dei modelli più avanzati per i servizi e le cure offerti. Per certi versi è un unicum tra i Paesi più industrializzati.

È stato riformato negli anni '90 in più riprese, e in primis dai decreti legislativi n. 502/1992 e n. 229/1999, senza peraltro che questi abbiano modificato i principi ispiratori della legge n. 833 del 1978: universalismo, globalità dell'approccio, equità di accesso indipendentemente dalle condizioni reddituali e di residenza.

A oltre 40 anni dalla sua istituzione, è ancora ampiamente condiviso che i principi ispiratori sopra richiamati rappresentino valori saldamente e largamente riconosciuti dalla maggioranza dei cittadini italiani.

Le riforme richiamate, e le successive modifiche costituzionali in senso federalista, hanno piuttosto inciso sulla gestione del SSN, con l'obiettivo di riportare sotto controllo una spesa che, per oltre due decenni, aveva dimostrato una sostanziale incapacità di governo finanziario del sistema.

Il successo oggettivamente dimostrabile delle politiche di controllo della spesa, riporta però oggi alla superficie questioni rimaste a lungo "sepoltte".

In primo luogo, il SSN, pur avendo garantito un sostanziale universalismo, sembra aver tradito alcune aspettative: in particolare quella della riduzione delle disparità geografiche e il perseguitamento dell'equità sul lato del finanziamento. Il divario Nord-Sud rimane evidente e in larga misura immutato, come anche l'iniquità del sistema fiscale che finanzia la sanità, troppo condizionato da un'economia sommersa che non si riesce a riportare a galla.

Permangono, quindi, sfide ataviche e contemporaneamente cambiano le condizioni al contesto: nuove sfide si affacciano, prime fra tutte quella dell'invecchiamento della popolazione e quella della sostenibilità dell'innovazione.

L'invecchiamento implica una radicale modifica dei bisogni, con una rapida diffusione delle cronicità, delle poli-morbilità e della disabilità, oltre a un altrettanto rapida modifica delle strutture familiari: fattori che insieme indicano che ci sarà una veloce crescita dei bisogni integrati sociali e sanitari.

L'innovazione - nelle tecnologie sanitarie, ma anche nell'ICT e nelle modalità organizzative - implica un cambiamento - anzi una vera e propria rivoluzione - nei rapporti fra cittadini e SSN, fra professionisti sanitari e pazienti, fra industria e istituzioni sanitarie.

Da ultimo, si osservi che il citato successo, relativamente al raggiungimento di un sostanziale equilibrio finanziario, fa del SSN italiano un caso pressoché unico di contemporanea sobrietà - spesa molto inferiore agli altri Paesi di confronto - ed efficacia - in termini di aspettativa di vita, mortalità evitabile, etc.. Sarebbe, tuttavia, miope considerarlo un obiettivo raggiunto definitivamente; i cambiamenti in atto e in particolare l'innovazione implicano costi crescenti che, sebbene migliorino anche lo stato di salute, potrebbero minare, già nel breve termine, il raggiunto (o quasi) pareggio di bilancio.

Il rischio in prospettiva è, quindi, che si inneschi una crisi del SSN, o per ragioni finanziarie, o per l'ampliamento del gap fra aspettative dei cittadini e risposte fornite, o ancora per effetto di sacche di iniquità, che non sembra si riescano a ridurre significativamente.

Gli Stati Generali della Salute rappresentano un'occasione unica per costruire una visione condivisa e definire obiettivi comuni, andando oltre le logiche contingenti e garantendo continuità strategica, indipendentemente da chi pro tempore abbia la responsabilità della gestione sanitaria. Attraverso sessioni tematiche organizzate con il contributo di moderatori istituzionali e stakeholder, si potranno analizzare il contesto attuale, identificare i bisogni e le proposte concrete e definire le priorità in modo trasparente e partecipativo, considerando le risorse disponibili.



Francesco Rocca

Indice

Due anni e mezzo di lavoro: risultati e iniziative	5
• I conti della sanità del Lazio: stato dell'arte e prospettive	7
• Costruire una sanità più vicina al cittadino: Rete Ospedaliera	8
• Costruire una sanità più vicina al cittadino: Rete Territoriale	9
• Pronto Soccorso: sfide, soluzioni e innovazione	10
• Efficientamento delle liste d'attesa per la chirurgia: le azioni in campo	11
• Efficientamento delle liste d'attesa per la specialistica ambulatoriale: le azioni in campo	12
• PNRR e investimenti extra PNRR	13
• CCE, FSE, Telemedicina	14
• Prevenzione: l'esperienza nel Lazio	15
• Innovazione: l'esperienza nel Lazio	16

Visione e obiettivi:	
presentazione dei risultati ottenuti nei Tavoli di lavoro tematici	17
• Liste d'attesa e appropriatezza	19
• Risorse umane	25
• Salute mentale	30
• Rapporto con il privato accreditato	34
• Umanizzazione delle cure e partecipazione dei cittadini	39
• Sostenibilità del SSN a medio-lungo termine	44
• Analisi dei bisogni di salute e invecchiamento della popolazione	49
• Ruolo del volontariato	54
• Assistenza protesica	59
• Farmaci, tecnologie innovative e sostenibilità	64
• Sfide prioritarie	69
Evoluzione dei bisogni della popolazione e umanizzazione delle cure	79
• Tavola rotonda di confronto	81
Conclusioni	83

Due anni e mezzo di lavoro: risultati e iniziative

Negli ultimi due anni e mezzo il Servizio Sanitario Regionale (SSR) del Lazio ha attraversato una trasformazione profonda. Non solo un percorso di riforma, ma un lavoro quotidiano di ricostruzione, rimessa in ordine, visione e responsabilità.

Un impegno che ha voluto restituire solidità al sistema, ma anche fiducia alle persone.

Il percorso intrapreso ha avuto come primi obiettivi la trasparenza, la sostenibilità economica e la ricostruzione di una governance capace di programmare e realizzare interventi strutturali. Le attività avviate hanno riguardato simultaneamente la dimensione economico-finanziaria, l'ammodernamento della rete ospedaliera e territoriale, la digitalizzazione, la riduzione delle liste d'attesa, , il miglioramento dell'esperienza del paziente nei Pronto Soccorso, il potenziamento della prevenzione e l'introduzione di nuovi modelli organizzativi più vicini ai bisogni reali dei cittadini.

Un percorso complesso, che ha richiesto scelte coraggiose, investimenti mirati e un grande sforzo di coordinamento tra strutture, professionisti e livelli istituzionali.

Siamo consapevoli che quanto realizzato finora non rappresenta un traguardo definitivo, ma l'inizio di un percorso nuovo. I risultati raggiunti sono fondamenta solide su cui continuare a costruire, con la stessa attenzione, la stessa cura e la stessa volontà di miglioramento che hanno guidato questi primi due anni e mezzo di lavoro.

Questo capitolo presenta in modo sintetico le iniziative realizzate e i principali risultati conseguiti, restituendo una visione d'insieme delle azioni più significative e del loro impatto. Si tratta di un patrimonio di interventi concreti che segnano una discontinuità rispetto al passato e pongono le fondamenta per un SSR più moderno, più efficiente e sempre più orientato alle persone, alla loro salute e al loro benessere.

I conti della sanità del Lazio: stato dell'arte e prospettive

CONTESTO INIZIALE	AZIONI INTRAPRESE	RISULTATI RAGGIUNTI
<ul style="list-style-type: none">• Fondo di dotazione negativo: > 1 mld €• Note di credito da ricevere da operatori privati: circa 950 mln €• Fondo rischi disallineato rispetto ai rischi da presidiare• Forti dubbi sulla completa rappresentazione dei debiti: 1,5 mld €• Forti dubbi sull'esistenza dei crediti: 867 mln €• Bilancio 2022 in perdita: - 38 mln €• Corte dei Conti non ha parificato il bilancio 2022• Procura della Repubblica ha attenzionato i bilanci di 8 aziende	<ul style="list-style-type: none">• Due diligence straordinaria sui bilanci del SSR: 80% delle verifiche completate al 31/12/2023 e 100% delle verifiche completate al 31/12/2024• Rettifiche operate per un valore netto di: 480 mln €• Svalutazione di crediti operate: 148 mln €• Stralcio di crediti e NCDR: 114 mln €• Stralcio di debiti e fatture da ricevere: 262 mln €• Riallineamento fondi rischi e altri fondi: 327 mln €• Definizione di regole chiare con gli operatori privati• Introduzione sistema BI regionale: attivo da novembre 2024	<ul style="list-style-type: none">✓ Risultato d'esercizio 2023: + 32 mln €✓ Risultato d'esercizio 2024: + 122 mln €✓ Utili 2023-2024 destinati ad ammodernare il SSR✓ Azzeramento fondi dotazione negativi✓ Trasparenza contabile: bilanci 2023 e 2024 parificati✓ 4 aziende si stanno avviando alla certificazione dei bilanci✓ Poste le condizioni per uscita dal piano di rientro

Costruire una sanità più vicina al cittadino: Rete Ospedaliera

CONTESTO INIZIALE



- Tasso occupazione posti letto acuti: 71,4% (2022)
- Degenza media: 7,7 gg (2022)
- Posti letto dichiarati attivi: 20.406 (2022)
- Significativi errori nell'invio dei dati
- Posti letto equivalenti: 17.187 (2022)
- Posti letto Programmati per 1.000 abitanti (2021-2023):
 > Roma 4,08 | Viterbo 2,80 |
 Rieti 2,93 | Latina 3,08 |
 Frosinone 2,97
- Carenza di servizi sanitari in alcuni territori, soprattutto nelle province
- Scarsa qualità dei flussi informativi
- Forte mobilità infra-regionale

AZIONI INTRAPRESE



- Analisi epidemiologica e dei flussi di mobilità della popolazione
- Riprogrammazione della rete ospedaliera con attivazione di nuovi servizi e riequilibrio dei posti letto nelle province
- Implementazione nuovi cruscotti di monitoraggio e flussi informativi

RISULTATI RAGGIUNTI



- ✓ Tasso occupazione posti letto acuti: 79,9% (2025) **+ 8,5%**
- ✓ Degenza media: 7 gg (2025) **- 0,7 gg**
- ✓ Posti letto realmente attivi: **19.879** (90%) (2025)
- ✓ Posti letto equivalenti: 18.006 (2024) **+ 819**
- ✓ Pianificata apertura di ulteriori +465 entro fine 2025,
+1.000 entro fine 2026
- ✓ Posti letto Programmati per 1.000 abitati (2024-26):
 ✓ Roma 4,03 | Viterbo 3,00 |
 Rieti 3,00 | Latina 3,00 |
 Frosinone 3,00
- ✓ **Maggiore omogeneità** di servizi tra le province
- ✓ **Saldo mobilità** infra-regionale **positivo**

Costruire una sanità più vicina al cittadino: Rete Territoriale

CONTESTO INIZIALE	AZIONI INTRAPRESE	RISULTATI RAGGIUNTI
<ul style="list-style-type: none">• Programmazione non operativa, distribuzione squilibrata• Cure domiciliari: copertura <4% (2023) degli over-65• Posti letto salute mentale insufficienti• Mancanza atto quadro per Autismo• Offerta Dipendenze Patologiche e DNA non adeguata• Mancanza Linee di indirizzo regionali CdC/OdC/IFeC/ COT/UCA• Mancanza di programmazione delle AFT• Mancanza di Accordo Integrativo Regionale dal 2005	<ul style="list-style-type: none">• Riprogrammazione rete disturbi nutrizione e dipendenze• Riconduzione extra ordinem delle strutture in convenzione• Proposta del nuovo Accordo Integrativo Regionale MMG• Linee di indirizzo regionali CdC, OdC, AFT• Potenziamento cure domiciliari con nuovo modello e telemedicina• Aggiornamento tariffe rete territoriale: 41 mln €• Potenziamento rete salute mentale: + 30 mln €• Potenziamento rete dip. patologiche: + 17 mln €• Centralizzazione liste attesa salute mentale tramite COT• Approvazione Piano regionale Autismo 2025-27• Introduzione budget di salute	<ul style="list-style-type: none">✓ Servizi più equi e capillari, continuità ospedale-territorio✓ Cure domiciliari: raggiunta copertura 10,32% degli over-65✓ Nuova Programmazione<ul style="list-style-type: none">✓ + 59 COT✓ + 397 posti letto salute mentale✓ + 464 posti dipendenze residenziali✓ + 299 posti dipendenze semiresidenziali✓ Autorizzati 1.836 posti RSA-disabili-Hospice

Pronto Soccorso: sfide, soluzioni e innovazione

CONTESTO INIZIALE	AZIONI INTRAPRESE	RISULTATI RAGGIUNTI
<ul style="list-style-type: none">Blocco ambulanze: 188 ore (2022)Accessi in PS: 129.073 accessi, 19.653 accessi con ricovero (2022)Tempo medio di intervento dei mezzi di soccorso (intervallo target): 21 min (2022)Tempo medio di attesa dalla visita medica alla dimissione in PS: 429 min (2022)Tempo medio di attesa dalla visita medica al ricovero in PS: 1.157 min (2022)	<ul style="list-style-type: none">Monitoraggio costante e piattaforme digitali (MPL, TOH)Incremento barelle e posti lettoProgetto sovraffollamento e revisione organizzativaPotenziamento mezzi di soccorso: 14 mln €Modifiche delle regole di committenza con il privato accreditato	<ul style="list-style-type: none">✓ Blocco ambulanze: 95 ore (2025) - 49%✓ Accessi in PS: 148.771 accessi, 20.002 accessi con ricovero (2025) + 15% accessi e + 2% accessi con ricovero✓ Tempo medio di intervento dei mezzi di soccorso (intervallo target): 18 min (2025) - 3 min✓ Tempo medio di attesa dalla visita medica alla dimissione in PS: 339 min (2025) - 1 ora e 30 min per ogni singolo accesso in PS✓ Tempo medio di attesa dalla visita medica al ricovero in PS: 932 min (2025) - 3 ore e 45 min per ogni singolo accesso in PS seguito da ricovero. Per il 2° mese consecutivo in linea con lo standard regionale dei 1.000 min

Efficientamento delle liste d'attesa per la chirurgia: le azioni in campo

CONTESTO INIZIALE	AZIONI INTRAPRESE	RISULTATI RAGGIUNTI
<ul style="list-style-type: none">Dati frammentati, assenza piattaforma unicaListe d'attesa classi di priorità (2023):<ul style="list-style-type: none">- Classe A: 20,5%- Classe B: 32,8%- Classe C: 26,5%- Classe D: 20,0%	<ul style="list-style-type: none">Attivazione Piattaforma LAIC per il monitoraggio delle liste d'attesaIndicazioni operative regionaliRealizzazione audit, formazione, pulizia liste e recallEstensione ore sala operatoria e recupero arretratiPotenziamento specialità ad alta domandaProgetto straordinario recupero interventi cataratte	<ul style="list-style-type: none">✓ Interventi ordinari: + 7,3%✓ Liste d'attesa classi di priorità (2025):<ul style="list-style-type: none">✓ Classe A: 13,6% (- 6,9%)✓ Classe B: 28,9% (- 3,9%)✓ Classe C: 34,4% (+ 7,9%)✓ Classe D: 23,0% (+ 3,0%)✓ 13.600 operazioni cataratta da recuperare al 2024<ul style="list-style-type: none">✓ 8.600 operazioni cataratta recuperate✓ 5.000 operazioni cataratta che recupereremo entro 31/12/2025

Efficientamento delle liste d'attesa per la specialistica ambulatoriale: le azioni in campo

CONTESTO INIZIALE	AZIONI INTRAPRESE	RISULTATI RAGGIUNTI
<ul style="list-style-type: none">• Strutture con agenda digitale ReCUP: 10,3%• Agende del privato a disposizione: 338• Agende senza profondità definita• Tempi di attesa fuori soglia, squilibrio domanda/offerta	<ul style="list-style-type: none">• Ridefinizione delle regole di committenza con le strutture pubbliche e private con obbligo di messa a disposizione del 100% delle agende e con profondità 12 mesi• Pagamento solo agende messe a disposizione su sistema ReCUP• Monitoraggio profondità agende 12 mesi• Informatizzazione Pass di garanzia e cruscotti• Coordinamento intra-regionale con ASL	<ul style="list-style-type: none">✓ Strutture con agenda digitale ReCUP: 100% (2025)✓ Agende del privato messe a disposizione: 17 mila✓ Profondità agende definita: 12 mesi✓ Tempi di attesa rispettati per prestazioni critiche: 97,1%

PNRR e investimenti extra PNRR

CONTESTO INIZIALE	AZIONI INTRAPRESE	RISULTATI RAGGIUNTI
<ul style="list-style-type: none">PNRR CdC, OdC, COT, Grandi Apparecchiature, antisismica:<ul style="list-style-type: none">Carenza di servizi territorialiVisione ospedale-centricaNecessità di revisione dei programmi precedentiObsolescenza tecnologicaNecessità adeguamento delle strutture alle vigenti normative in materia di antisismicaLa programmazione regionale:<ul style="list-style-type: none">Necessità adeguamento delle strutture alle vigenti normative in materia di antincendioNecessità di adeguamenti in edilizia sanitariaResiduale obsolescenza tecnologie sanitarie post PNRR	<ul style="list-style-type: none">CdC, OdC, COT, Grandi Apparecchiature, antisismica (PNRR):<ul style="list-style-type: none">Investimento tot.: 1,07 mld €122 CdC (entro il 31/03/2026)35 OdC (entro il 31/03/2026)59 COT attivate al 31/03/202417 interventi di antisismica336 Grandi Apparecchiature (da 298 a 336)La nuova programmazione regionale (extra PNRR):<ul style="list-style-type: none">Investimento tot. edilizia sanitaria: 1,05 mld €Investimento tot. tecnologie sanitarie: 185,9 mln €Programmazione di nuovi ospedali per oltre 2 mld €: Golfo, Rieti, Latina, Acquapendente, Policlinico Umberto I, Tiburtino	<ul style="list-style-type: none">✓ Maggiore equità di accesso ai servizi sanitari (più strutture territoriali)✓ Migliore sicurezza delle strutture (interventi antisismica e interventi antincendio)✓ Umanizzazione e riqualificazione dei reparti✓ Ammodernamento tecnologico: qualità di immagine, diagnosi più fine, minor dose erogata, maggiore comfort al paziente✓ Possibilità di accesso a prestazioni a oggi non presenti (protonterapia IFO e PET RM SCF)

CCE, FSE, Telemedicina

CONTESTO INIZIALE	AZIONI INTRAPRESE	RISULTATI RAGGIUNTI
<ul style="list-style-type: none">• CCE: Cartelle cliniche frammentate, non integrate tra reparti e strutture• FSE: FSE 1.0 incompleto, non interoperabile; nel 2023 in Lazio solo 599.178 documenti di 3 tipologie• Telemedicina: offerta disomogenea (alcune ASL senza servizi, altre con contratti privati o piattaforme limitate)	<ul style="list-style-type: none">• CCE: Piattaforma unica regionale; investimenti in interoperabilità, sicurezza e formazione• FSE: 55 mln € per tecnologia, formazione, comunicazione e privacy• Telemedicina: Creazione Infrastruttura Regionale (IRT); piattaforma TICuro; implementazione di Televisita, Teleconsulto, Teleassistenza, Telemonitoraggio	<ul style="list-style-type: none">✓ CCE: Accesso immediato ai dati clinici; continuità assistenziale; riduzione errori✓ FSE: Oltre 3,5 mln di documenti conferiti, con ampliamento delle tipologie documentali (7) e inclusione di strutture private✓ Telemedicina: Miglior accesso e qualità; collaborazione tra specialisti; oltre 50.000 prestazioni nel 2025

Prevenzione: l'esperienza del Lazio

CONTESTO INIZIALE	AZIONI INTRAPRESE	RISULTATI RAGGIUNTI
<ul style="list-style-type: none">• Malattie infettive: impatto dell'antimicrobico-resistenza (AMR) e diffusione di virus respiratori• Sicurezza veterinaria e alimentare: emergenza Peste Suina Africana (PSA), rischio zoonosi• Salute e sicurezza nei luoghi di lavoro: necessità di tutelare i lavoratori dai rischi ambientali (caldo) e dagli infortuni• Ambiente e salute: rischi per la salute legati a inquinamento e cambiamento climatico• Screening e cronicità: bassa adesione agli screening e scarsa diffusione di stili di vita salutari	<ul style="list-style-type: none">• Malattie infettive: avviata formazione specifica su ICA e campagne di immunizzazione per virus respiratori• Sicurezza veterinaria e alimentare: attuato il piano di contrasto per la PSA• Salute e sicurezza nei luoghi di lavoro: emanata l'ordinanza calore per la tutela dei lavoratori, avviate campagne informative e programmi di formazione• Ambiente e salute: creato gruppo di lavoro nell'Area Prevenzione• Screening e cronicità: invio degli esiti tramite FSE (degli inviti dal 2026), avvio di campagne di promozione della salute nelle scuole	<ul style="list-style-type: none">✓ Malattie infettive: formazione di 16.000 operatori su ICA, offerta immunizzazione VRS nei bambini✓ Sicurezza veterinaria e alimentare: PSA non più emergenza, sorveglianza veterinaria e alimentare attiva✓ Salute e sicurezza nei luoghi di lavoro: applicazione dell'ordinanza calore✓ Ambiente e salute: potenziata governance✓ Screening e cronicità: coinvolto il 50% delle scuole e 75.000 studenti/docenti nelle campagne di prevenzione, indicatori NSG core in miglioramento

Innovazione: l'esperienza del Lazio

CONTESTO INIZIALE	AZIONI INTRAPRESE	RISULTATI RAGGIUNTI
<ul style="list-style-type: none">• Stili di vita, fattori ambientali e benessere animale impattano per circa l'80% sui determinanti di salute a fronte del 10% di impatto della cura• Attualmente abbiamo un modello di allocazione delle risorse che investe il 95% nella cura e solo il 5% negli altri determinanti di salute• Presa in carico frammentata con scarsa integrazione tra ospedale e territorio• Strategia reattiva con focus sulla cura della malattia, trascurando la promozione della salute• Cittadino passivo, coinvolto solo come assistito	<ul style="list-style-type: none">• Sviluppata l'App LAZIOPERLASALUTE, pensata per accompagnare attivamente il cittadino nel percorso di benessere, per monitorare la salute, promuovere stili di vita salutari e favorire l'integrazione tra territorio e ospedale• Protocolli di presa in carico della popolazione sana o ritenuta sana in collaborazione con le società scientifiche• I numeri della fase Pilota:<ul style="list-style-type: none">- 2 ASL- 4 distretti sanitari- 133.519 potenziali utenti tra i 18 e i 74 anni	<ul style="list-style-type: none">✓ Presa in carico digitale e territoriale con un percorso integrato tra ospedale e territorio✓ Gestione proattiva degli assistiti tramite strumenti digitali, incentivando iniziative di promozione della salute✓ Prevenzione attiva per anticipare i bisogni e intervenire tempestivamente

**Visione e obiettivi:
presentazione dei risultati ottenuti
nei Tavoli di lavoro tematici**

Gli Stati Generali della Salute del Lazio non rappresentano solo un momento di analisi, ma un vero esercizio collettivo di ascolto, confronto e co-progettazione. Abbiamo scelto di non limitare il racconto della sanità ai documenti e ai numeri: abbiamo voluto far parlare le persone, le esperienze, le competenze. Da qui nascono i dieci Tavoli tematici, ciascuno dedicato a una delle grandi questioni che segneranno il futuro del nostro Servizio Sanitario Regionale (SSR).

Ogni Tavolo ha riunito professionisti del SSR, rappresentanti dei cittadini e dei pazienti, esperti del settore e figure istituzionali, per trasformare opinioni in proposte e definire le sfide prioritarie da realizzare nei prossimi anni.

I dieci Tavoli affrontano i temi più urgenti e più strategici: dalle liste d'attesa alle risorse umane, dalla salute mentale al rapporto con il privato accreditato, dall'umanizzazione delle cure alla sostenibilità del SSN nel medio-lungo termine. Si è parlato di invecchiamento della popolazione e nuovi bisogni di salute, del ruolo prezioso del volontariato, di assistenza protesica e dell'impatto di farmaci e tecnologie innovative.

Dieci prospettive diverse, dieci sguardi complementari che, insieme, compongono l'immagine più completa possibile del futuro che vogliamo costruire.

Il valore di questo lavoro non risiede solo nei contenuti prodotti, ma nel processo che li ha generati: partecipativo, trasparente, strutturato, capace di far dialogare competenze, sensibilità e responsabilità diverse, nel tentativo di costruire una visione condivisa e partecipata che diventi un patrimonio comune in grado di garantire continuità strategica nelle azioni di governo della sanità, prescindendo da chi pro-tempore ne abbia la responsabilità operativa.

Questo capitolo raccoglie gli esiti dei dieci Tavoli tematici: le sfide prioritarie, le azioni operative proposte e i principali attori coinvolti. Insieme rappresentano una direzione condivisa, per orientare le scelte di programmazione sanitaria dei prossimi anni.

Liste d'attesa e appropriatezza

Fin dall'insediamento nel 2023, l'abbattimento delle liste d'attesa è stato tra gli obiettivi principali dell'Amministrazione Regionale. Al fine di garantire il rispetto degli adempimenti contrattuali a tutela della salute dei pazienti, nonché il raggiungimento degli obiettivi LEA, la Regione ha ritenuto necessario intraprendere una serie di azioni per governare le liste d'attesa, lavorando su vari fronti: attraverso misure organizzative, misure amministrative e soluzioni tecniche.

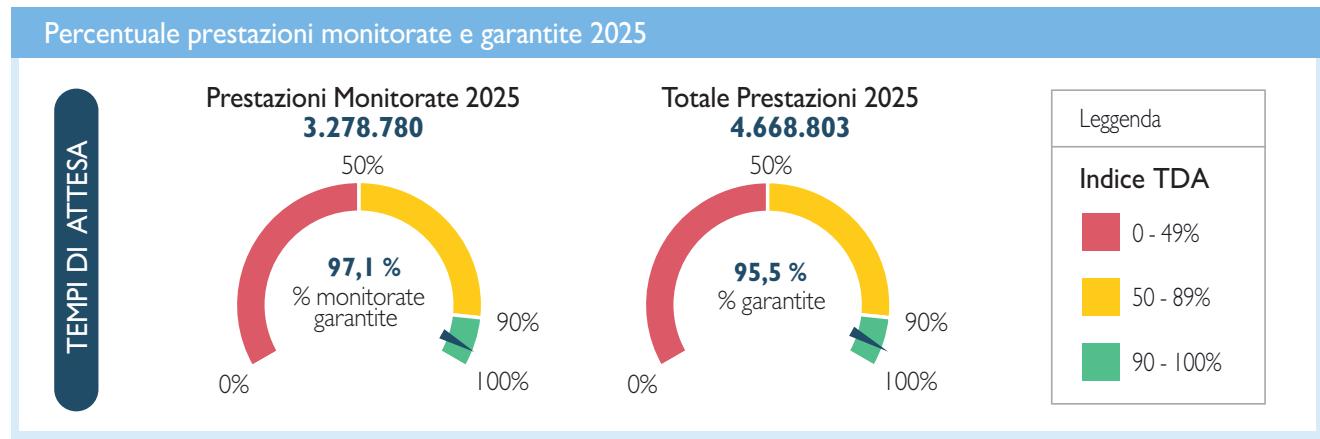
Nel mese di marzo 2023, la percentuale di strutture private accreditate che mettevano a disposizione la propria agenda digitale sul Sistema Regionale ReCup era pari solo al 10,30%. Il rispetto del Tempo Di Attesa medio per la relativa classe di priorità era inferiore all'80% e circa il 70% delle prestazioni critiche erano prenotate tramite ReCUP.

Dal punto di vista organizzativo, sono state intensificate le comunicazioni tra l'Amministrazione regionale e le Aziende pubbliche e private del Servizio Sanitario Regionale. È stata adottata una modalità di lavoro con continue interazioni tra il coordinamento regionale e le direzioni strategiche aziendali, creando una rete collaborativa efficace.

Le misure amministrative adottate prevedono alcune modifiche alle previsioni contrattuali con gli erogatori privati accreditati, con l'intento di migliorare sensibilmente il rispetto dei tempi di garanzia nell'erogazione delle prestazioni aumentando in modo coerente l'offerta. È stato previsto l'obbligo per le strutture erogatrici private accreditate di integrarsi informaticamente nel sistema unico di prenotazione regionale entro la data del 31/12/2023. La DGR 126 del 28 febbraio 2024 ha modificato ulteriormente il contratto di budget, facendo sì che le strutture private accreditate mettessero a disposizione le proprie agende con una profondità temporale di almeno 12 mesi, garantendo così ai cittadini una maggiore disponibilità nell'erogazione di prestazioni sanitarie, in particolare per quelle critiche. È stato rafforzato per gli erogatori, inoltre, l'obbligo di integrazione e di adeguamento delle agende digitali al sistema regionale ReCup prevedendo la messa a disposizione del 100% delle agende.

Gli effetti delle misure adottate sono misurabili attraverso il numero di agende messe a disposizione sul sistema ReCup: a seguito delle azioni adottate, si è passati da 338 agende al 1° gennaio 2024 a oltre 17.000 agende al 2025 con circa 5 milioni di prestazioni all'interno del ReCup. La maggiore disponibilità di agende ha consentito di ampliare l'offerta sanitaria e migliorare la capacità di rispondere ai bisogni dei cittadini da parte del servizio sanitario pubblico, contribuendo contestualmente a ridurre le liste d'attesa.

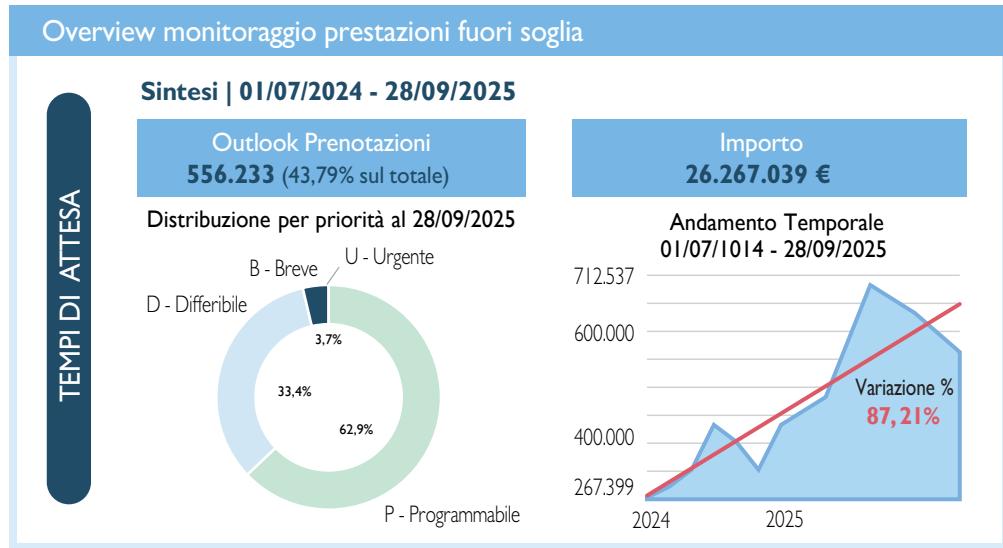
Grazie alle misure adottate è stato registrato l'incremento delle prestazioni garantite entro i tempi previsti dal Piano di Governo Nazionale Liste di Attesa, fino a superare il 97% con un tempo medio di attesa di pochi giorni sul totale delle prestazioni monitorate, nei primi nove mesi del 2025.



Per il recupero delle prestazioni fuori soglia sono state messe in campo misure straordinarie, che hanno previsto il richiamo di tutti i cittadini in lista d'attesa a cui è stato proposto di anticipare la prestazione. Nel mese di novembre 2024 sono stati richiamati circa 178 mila cittadini e anticipati circa 21 mila appuntamenti. È stato avviato a Maggio 2025 un nuovo ciclo di richiamate destinate ad anticipare migliaia di appuntamenti prenotati dai cittadini fuori dai tempi massimi previsti dalla classe di priorità della ricetta.

Questa nuova attività, non ancora conclusa, ha portato ad anticipare la prestazione in un numero significativo di casi. Inoltre, è stata avviata una attività di recall per tutte le prestazioni in classe di priorità B fuori soglia finalizzata a garantire l'accesso alle prestazioni in funzione della maggiore urgenza della classe di priorità utilizzata nella prescrizione. L'analisi dei dati mostra un incremento notevole della percentuale di appuntamenti anticipati rispetto ai cittadini effettivamente contattati, testimoniano l'efficacia del progetto di recupero.

Come evidenziato dall'andamento temporale dei fuori soglia, nel 2025 si registra una notevole riduzione delle prenotazioni fuori soglia, con un calo significativo rispetto agli anni precedenti. Si è passati da volumi molto elevati nel 2023 a valori nettamente inferiori nei primi mesi del 2025, con una riduzione percentuale superiore all'80%.

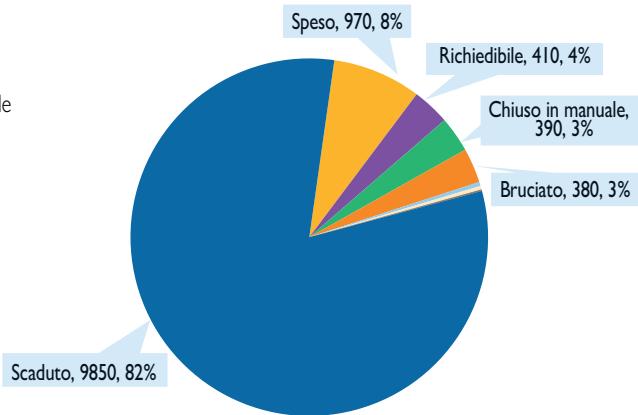


L'attenzione alla tutela del cittadino e al suo diritto di salute ha portato alla finalizzazione di un progetto di centralizzazione dei percorsi di tutela ai cittadini. Il percorso di tutela prevede che, nei casi in cui non sia possibile assicurare la prestazione entro i tempi previsti dalla classe di priorità, su richiesta del cittadino sia generato un "PASS" di garanzia che porta ad una gestione mirata della prescrizione da parte della Azienda Sanitaria di competenza. Nel nuovo progetto della Regione Lazio è stato adottato un nuovo modello di gestione delle prenotazioni sanitarie che garantisce al cittadino l'accesso alle prestazioni specialistiche nel rispetto dei tempi previsti dalle classi di priorità attraverso l'attivazione di un Percorso di Garanzia informatizzato.

A partire dal mese di giugno è stata avviata la nuova piattaforma di CRM (Customer Relationship Management), attiva per la gestione del PASS di garanzia per la classe di priorità B.

Risultati monitoraggio tempi di garanzia del cittadino

- Scaduto
- Speso
- Richiedibile
- Chiuso in manuale
- Bruciato
- Bruciato Recall
- Attivato
- Richiesto
- Speso recall
- In prenotazione



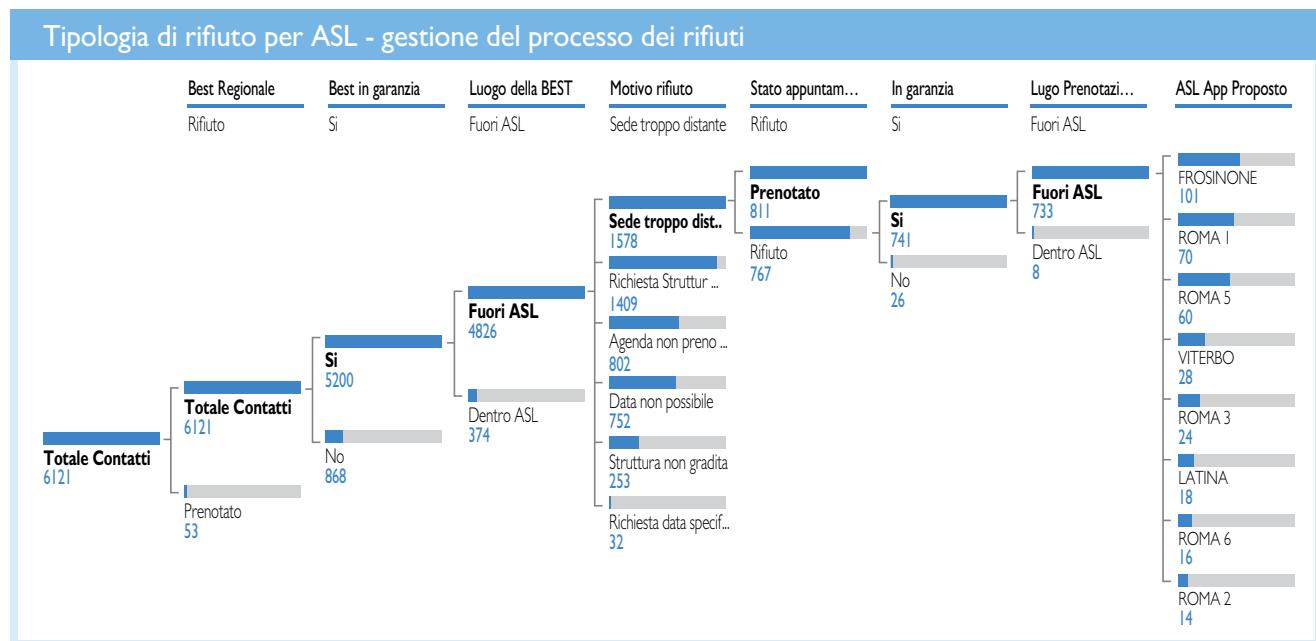
Essa permette, oltre che la gestione del percorso di garanzia, il monitoraggio in tempo reale delle prestazioni offerte, erogate e dei tempi d'attesa e l'automazione nella gestione delle prenotazioni, permettendo di disporre di una analisi in tempo reale di eventuali criticità di sistema. I dati mostrano che la maggior parte dei pass risulta scaduta, evidenziando la necessità di ulteriori interventi per ottimizzare il sistema e aumentare la percentuale di pass effettivamente utilizzati dai cittadini.

L'analisi dell'effetto delle azioni intraprese sulla riduzione dei tempi medi d'attesa mostra risultati significativi confrontando alcune prestazioni presenti sul Sistema Recup nel 2023 e ad oggi nel 2025. Per prestazioni come l'ecografia bilaterale della mammella, l'ecografia dell'addome inferiore e l'ecografia ginecologica si è registrato un miglioramento drastico sia dell'indice TDA che dei tempi medi di attesa, con quest'ultimi che sono passati da periodi di diverse settimane a pochi giorni. Prestazioni come la prima visita gastroenterologica, la prima visita cardiologica e la visita oculistica hanno raggiunto percentuali di garanzia prossime al 100% con tempi medi ridotti a valori minimi. Per esami diagnostici come la TC del torace, la TC dell'orecchio e l'ecocolordoppler cardiaca si è raggiunta una quasi totale garanzia dei tempi, con attese ridotte a pochi giorni. Anche per prestazioni più complesse come la risonanza magnetica dell'addome superiore e l'elettromiografia si sono registrati miglioramenti significativi, sebbene con margini di ulteriore ottimizzazione.

Tutte queste iniziative sono state supportate dallo sviluppo dei sistemi informatici che hanno permesso di implementare cruscotti di monitoraggio per una gestione più efficace ed efficiente delle liste d'attesa.

In particolare, oltre alla piattaforma di CRM di cui sopra, sono stati sviluppati il Cruscotto Tempi di attesa, grazie al quale è possibile monitorare l'indice TDA di tutte le prestazioni critiche e non critiche, il Cruscotto Prenotazioni fuori soglia, il quale monitora in tempo reale tutte le prenotazioni presenti a Sistema ReCUP che non rispettano i tempi di garanzia, e il Cruscotto monitoraggio agende privati accreditati in termini di strutturazione e profondità. I dati sono messi a disposizione delle Aziende sanitarie e dei cittadini in una ottica di trasparenza.

È stata avviata un'attività di monitoraggio sulle motivazioni di rifiuto della prima disponibilità proposta al cittadino, attraverso l'implementazione di una nuova funzionalità per la gestione e classificazione delle motivazioni di rifiuto del cittadino sul sistema ReCup.



L'operatore ReCup a seguito del rifiuto da parte del cittadino della prima disponibilità proposta è tenuto a richiedere la motivazione del rifiuto proponendo al cittadino una delle seguenti motivazioni da dover indicare in fase di chiusura della chiamata: data non possibile per il cittadino, sede troppo distante, struttura non gradita, richiesta struttura specifica, richiesta data specifica su indicazione del prescrittore, agenda non prenotabile causa vincoli. Ciò consente di ricostruire il flusso delle prenotazioni articolato per tipologia di rifiuto, ASL, entro e fuori tempo di garanzia. L'analisi dei dati ha evidenziato che una percentuale significativa dei cittadini ha rifiutato un primo appuntamento entro i tempi di garanzia in quanto la struttura proposta risultava troppo distante, mentre altri hanno rifiutato la proposta per recarsi in una struttura specifica o perché la data proposta non era coerente con i propri impegni. Una quota minore ha rifiutato in quanto la struttura proposta non era gradita. Il flusso evidenzia che, nonostante il primo rifiuto, la maggior parte dei cittadini ha prenotato comunque un appuntamento entro i tempi di garanzia.

Infine, è ad oggi in corso di approfondimento un'analisi sul tema dell'appropriatezza prescrittiva, affinché le prestazioni richieste ed erogate siano prescritte in coerenza con il bisogno fornito nei modi e nei tempi adeguati, sulla base di standard riconosciuti e delle evidenze scientifiche disponibili con un bilancio positivo tra benefici, rischi e costi. È stata avviata, infatti, in occasione del recall per l'anticipazione delle prestazioni in classe di priorità B, una azione di contatto con i cittadini che rifiutano l'antico dell'appuntamento, per conoscerne i motivi. I dati raccolti finora indicano che in una quota rilevante dei casi la prestazione è parte di un percorso di presa in carico e in altri casi c'è stato un esplicito errore di attribuzione di priorità. I dati, ancora preliminari, indicano che molte delle prestazioni non sono prescritte in modo appropriato.

Si prevede di completare l'attività e sulla base dei dati emersi avviare dei tavoli tecnici, anche con i medici prescrittori, al fine di lavorare sia sulla correttezza nella prescrizione che sulla declinazione dell'offerta, in modo da decongestionare le liste d'attesa.

L'Amministrazione regionale è orientata a perseguire l'obiettivo finale della riduzione delle liste d'attesa, attraverso il riequilibrio tra domanda e offerta, decongestionando le liste d'attesa, lavorando sull'appropriatezza prescrittiva e avvicinando anche geograficamente le prestazioni ai cittadini, garantendo i più fragili ovvero le prestazioni in classe di priorità più urgenti.

Le sfide future per il proseguimento di tale obiettivo riguarderanno l'implementazione di nuove regole prescrittive per le classi di priorità, lo sviluppo di linee guida per l'appropriatezza clinica individuando le priorità sulla base delle frequenze, il miglioramento della gestione del rifiuto e l'aggiornamento degli ambiti di garanzia, al fine di consolidare i risultati raggiunti e garantire un servizio sanitario sempre più efficiente e vicino ai bisogni dei cittadini.

Risorse umane

Il Servizio Sanitario Nazionale presenta una carenza strutturale di personale che coinvolge in modo significativo la dirigenza medica, il personale infermieristico e gli operatori sociosanitari. Le principali criticità riguardano i Pronto Soccorso, l'anestesia e rianimazione e l'anatomia patologica, dove la pressione assistenziale è più elevata e la copertura dei turni risulta particolarmente complessa. La limitata disponibilità di infermieri determina ulteriori difficoltà nella tenuta dei modelli assistenziali, accentuando la fragilità organizzativa dei servizi ospedalieri e territoriali. Questo quadro si inserisce in un contesto nazionale in cui la capacità attrattiva del servizio pubblico risulta indebolita da condizioni retributive e prospettive di carriera meno competitive rispetto ad altri Paesi.

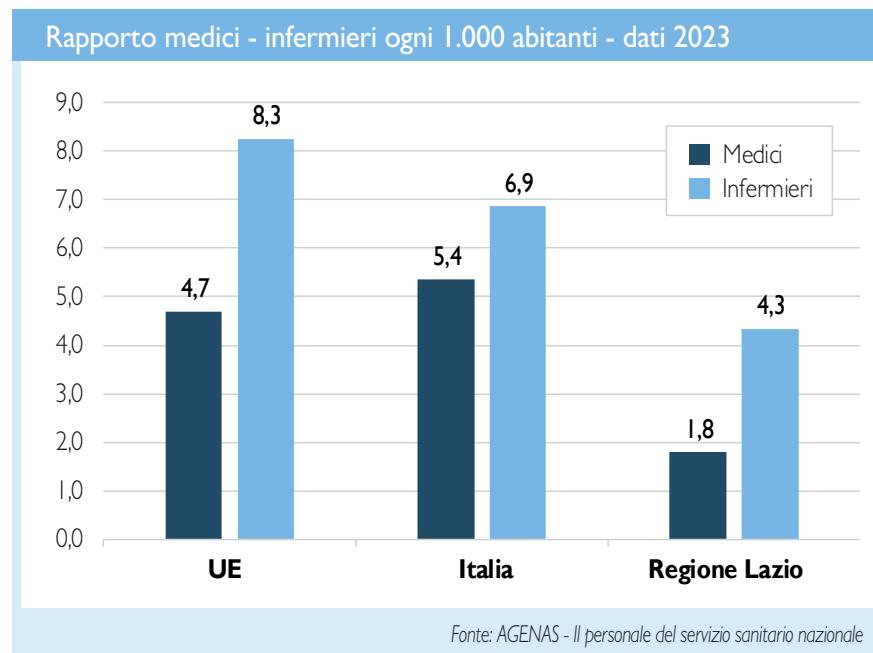
Il confronto europeo mostra, infatti, che le retribuzioni di infermieri e medici specialisti in Italia si collocano su livelli inferiori rispetto a quelle erogate in altre realtà europee, con un divario più evidente nelle figure mediche a maggiore specializzazione. Tale fenomeno contribuisce alla mobilità verso l'estero e alla difficoltà di trattenere professionisti altamente formati.

Retribuzione media del personale sanitario



Fonte: «Health at a Glance 2023» OECD INDICATORS

Parallelamente, la dotazione di personale in rapporto alla popolazione evidenzia uno squilibrio rispetto agli standard europei. Il numero di infermieri per mille abitanti è inferiore alla media UE. Questa condizione genera una pressione crescente sulle équipe, rende più difficoltosa la gestione dell'assistenza nelle aree ad alta intensità e aumenta il rischio di sovraccarico per gli operatori, incidendo sulla qualità dei servizi erogati. Per far fronte a tale situazione è stata applicata una metodologia uniforme di analisi dei fabbisogni che consente di identificare le carenze di personale per ciascun profilo professionale e di programmare in modo più efficace gli interventi necessari.



Dalla ricognizione emerge la necessità di incrementare in modo significativo la dotazione organica, poiché il Servizio Sanitario Regionale opera di fatto con una disponibilità di personale inferiore rispetto al fabbisogno teorico necessario. A questa attività si affianca l'avvio di ampie procedure concorsuali per infermieri e operatori sociosanitari, che restituiscono graduatorie consistenti utili per sostenere il turnover e assicurare continuità nei servizi. Sono inoltre promossi percorsi di stabilizzazione del personale precario che permettono di restituire stabilità agli organici e ridurre la frammentazione dei contratti.

Sul versante della dirigenza medica, tuttavia, continua a registrarsi una partecipazione insufficiente alle procedure concorsuali, soprattutto nelle discipline dell'emergenza-urgenza, dove il numero di specialisti formati non risulta adeguato alla domanda espressa dalle Aziende. Per affrontare questa criticità vengono introdotti incentivi economici legati alla presenza nei turni ordinari, festivi e notturni, finalizzati a migliorare la permanenza del personale nei servizi più complessi e a ridurre il ricorso a prestazioni esterne.

Contestualmente, attraverso il confronto con le organizzazioni sindacali, sono redistribuite alle Aziende le risorse accantonate a valere sui fondi contrattuali, con l'obiettivo di rafforzare i livelli retributivi e ridurre le disomogeneità territoriali.

Nonostante questi interventi, oggi si osserva una scarsa attrattività delle scuole di specializzazione, particolarmente evidente nelle aree cliniche più impegnative.

L'andamento dei tassi di assegnazione dei contratti disponibili mostra, infatti, che molte discipline essenziali – come l'emergenza-urgenza, alcune branche chirurgiche, la medicina nucleare e la patologia clinica - presentano tassi di adesione significativamente ridotti. Ciò indica un crescente disinteresse dei giovani medici verso percorsi formativi percepiti come gravosi, con scarse prospettive di crescita e condizioni lavorative impegnative.

Posti assegnati su posti disponibili AA 2025 - 2026

Scuola di specializzazione	Contratti disponibili	Contratti assegnati	% assegnazione
Chirurgia Generale	646	415	64%
Nefrologia	340	208	61%
Medicina d'emergenza-urgenza	954	537	56%
Chirurgia Toracica	87	49	56%
Medicina Nucleare	80	36	45%
Medicina e Cure Palliative	155	64	41%
Statistica sanitaria e Biometria	47	17	36%
Medicina di comunità e delle cure primarie	134	48	36%
Radioterapia	139	49	35%
Patologia Clinica e Biochimica Clinica	272	66	24%
Farmacologia e Tossicologia Clinica	114	25	22%
Microbiologia e virologia	108	22	20%
Scuola di specializzazione	3076	1536	49%

Fonte: GIMBE- Il personale del Servizio Sanitario Nazionale

Questo fenomeno alimenta un meccanismo di progressiva carenza di professionisti nelle aree strategiche, con ripercussioni dirette sulla capacità del SSR di garantire i livelli essenziali di assistenza. Parallelamente, la crescente difficoltà nel reperire specialisti induce un ricorso sempre più frequente ai servizi esterni di fornitura del personale, determinando un andamento della spesa in costante aumento negli ultimi anni. Tale crescita rappresenta un indicatore evidente della difficoltà a garantire internamente le professionalità necessarie e segnala la necessità di interventi strutturali per rafforzare la dotazione di personale stabile.



Di fronte a questo quadro, la costruzione della visione futura richiede un approccio sistematico orientato alla valorizzazione del capitale umano e alla capacità di rendere nuovamente attrattivo il servizio sanitario regionale. Il progressivo impoverimento delle risorse professionali, alimentato dal mancato ricambio generazionale e dalla mobilità verso l'estero, impone di rafforzare i percorsi formativi, valorizzare le competenze avanzate, creare modelli di carriera coerenti con gli standard europei e garantire migliori condizioni di lavoro. È necessario investire in modelli organizzativi che mettano al centro la persona – sia come professionista sia come paziente – e che riconoscano nel benessere degli operatori una condizione indispensabile per la qualità delle prestazioni.

Le esperienze internazionali più avanzate dimostrano che autonomia professionale, riconoscimento economico, responsabilità clinica e legame con la ricerca costituiscono fattori determinanti per attrarre e trattenere professionisti qualificati. In questo senso, percorsi come quelli delle Advanced Practice Nurses e delle carriere infermieristiche strutturate nei Paesi del Nord Europa rappresentano riferimenti utili per l'evoluzione dei modelli italiani. Parallelamente, lo sviluppo delle reti territoriali, con l'infermiere di famiglia e di comunità, le Case della Comunità e le funzioni specialistiche integrate, rappresenta un asse fondamentale per costruire un servizio sanitario più moderno, vicino ai cittadini e centrato sulla continuità delle cure.

La visione da costruire si fonda dunque su un nuovo patto tra istituzioni, università e professioni sanitarie, in grado di garantire prospettive di crescita, riconoscimento e partecipazione, e di restituire attrattività al servizio sanitario pubblico. Solo attraverso politiche coerenti di valorizzazione del capitale umano sarà possibile trattenere e attrarre professionalità qualificate, assicurare modelli assistenziali equi ed efficaci e rispondere in modo adeguato alle sfide demografiche e tecnologiche del futuro.

Salute mentale

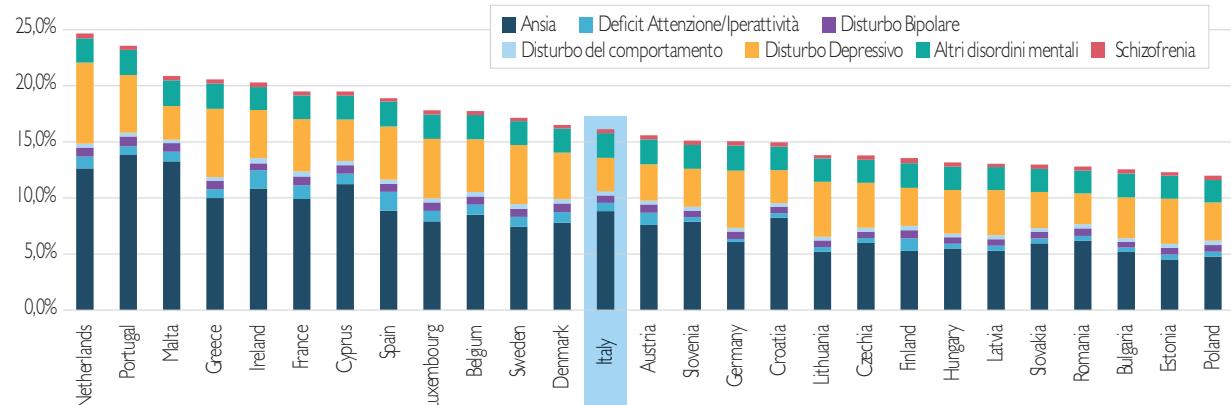
La salute mentale si configura come una delle priorità strategiche della Regione Lazio, in sintonia con le trasformazioni epidemiologiche e sociali che stanno determinando un aumento dei disturbi psichiatrici in età adolescenziale, la cronicizzazione delle patologie gravi e una crescita delle comorbilità con dipendenze, disturbi alimentari e condizioni di disabilità. Questa dimensione non può essere considerata separata dal benessere complessivo della persona e della comunità, ma ne rappresenta un elemento fondante.

La salute mentale, al pari della fragilità, necessita di una presa in carico integrata e multidimensionale, capace di mettere in relazione servizi sanitari, sociali, educativi e comunitari. La sfida è non solo organizzativa, ma anche culturale: occorre superare una logica centrata sul sintomo per abbracciare una visione della salute mentale come condizione di benessere globale, che comprende autonomia, inclusione sociale e qualità della vita.

A livello Europeo (figura pagina seguente), l'analisi epidemiologica mostra come la prevalenza dei principali disturbi della salute mentale sia caratterizzata da una significativa variabilità tra i Paesi, con una presenza rilevante di disturbi come ansia e depressione, seguiti da disturbi intellettivi, della condotta, ADHD (Disturbo da Deficit di Attenzione), disturbo bipolare e schizofrenia. Questi fenomeni evidenziano una tendenza all'aumento dei disturbi psichiatrici, soprattutto nelle fasce più giovani della popolazione, e una crescente complessità dei bisogni assistenziali.

La situazione di partenza in Regione Lazio evidenziava una programmazione residenziale e semiresidenziale per l'area salute mentale adulti e minori che non aveva tenuto pienamente conto dei nuovi bisogni emergenti, in particolare degli adolescenti. Si riscontravano disomogeneità territoriali nella distribuzione dei servizi e nella capacità di risposta, con una persistente mobilità passiva verso altre regioni per percorsi specialistici, soprattutto per DNA (Disturbi della Nutrizione e dell'Alimentazione) e dipendenze patologiche. Era necessario uniformare e potenziare i percorsi di trattamento per l'ADHD, i DNA e i pazienti psichiatrici autori di reato, mentre si rilevava una carenza di strutture e modelli specifici per la gestione integrata delle doppie diagnosi.

Prevalenza dei principali disturbi della salute mentale in Europa



FONTE: Global Burden of Disease 2023

In risposta a tale contesto socio-demografico, la Regione Lazio ha adottato un approccio basato su tre direttive principali per definire le linee di intervento in salute mentale: analisi epidemiologica e dei bisogni, revisione e aggiornamento della programmazione, governance integrata.

Il monitoraggio dei dati su prevalenza dei disturbi psichiatrici, accessi ai Pronto Soccorso, mobilità passiva e domanda crescente di percorsi per adolescenti ha permesso di sviluppare interventi mirati e di costruire un quadro di azione coerente con le priorità nazionali e regionali, valorizzando i fondi PNRR e le delibere regionali più recenti.

In particolare, è stata riprogrammata la rete di assistenza residenziale per l'area salute mentale adulti, con incremento dei posti letto e gestione centralizzata delle liste d'attesa.

È stato approvato il Piano Regionale Autismo 2025–2027, primo piano strategico concertato con tutti gli stakeholder per la presa in carico del cittadino affetto da disturbo dello spettro autistico.

Sono state definite linee di indirizzo per il trattamento dell'ADHD, con individuazione di Centri Prescrittori per il trattamento farmacologico in ogni ASL e referenti aziendali per età evolutiva e adulta.

La rete di trattamento per i Disturbi della Nutrizione e dell'Alimentazione è stata riorganizzata e potenziata, così come quella delle dipendenze patologiche, con incremento dei posti letto residenziali e semiresidenziali e potenziamento delle unità di offerta a bassa soglia.

Sono state avviate le attività propedeutiche alla sperimentazione regionale della metodica del Budget di Salute nell'ambito di progetti di vita personalizzati.

La programmazione regionale ha puntato a una riorganizzazione della rete residenziale e semiresidenziale, con l'obiettivo di garantire equità territoriale, continuità di presa in carico e riduzione dei tempi di attesa per l'ingresso nella rete di trattamento.

L'implementazione del Piano Autismo 2025–2027 prevede il monitoraggio degli outcome e il coinvolgimento attivo delle famiglie, mentre la standardizzazione dei percorsi ADHD e DNA in tutte le ASL si fonda su indicatori di processo e di esito. La metodica del Budget di Salute viene promossa come strumento di inclusione e empowerment, integrando la salute mentale nei sistemi digitali regionali e sviluppando una rete specifica per gli adolescenti, con percorsi ospedale–territorio tempestivi e multidisciplinari.

% di ricoveri ripetuti tra 8 e 30 giorni in psichiatria sul totale dei ricoveri per patologie psichiatriche

Regioni	Valore Indicatore (%)	Punteggio finale
Piemonte	6,41	72,3
Valle d'Aosta	9,63	0
Lombardia	6,33	74,3
P.A. Bolzano	5,49	89,4
P.A. Trento	6,8	62,8
Veneto	5,75	85,4
Friuli Venezia Giulia	6,69	65,5
Liguria	8,32	11,4
Emilia Romagna	5,76	85,2
Toscana	4,82	99,8
Umbria	5,95	81,8
Marche	5,13	94
Lazio	5,05	94,7
Abruzzo	5,36	91,2
Molise	4,66	97,9
Campania	5,37	91,1
Puglia	5,84	83,9
Basilicata	3,74	100
Calabria	7,32	47,5
Sicilia	6,48	70,8
Sardegna	6,06	79,9
ITALIA	6,02	

FONTE: Meridiano Sanità

L'indicatore NSG D27C (Fig. pagina precedente), utilizzato come proxy dell'efficacia della presa in carico territoriale e della continuità delle cure dopo il ricovero, evidenzia andamenti che mostrano una variabilità tra le regioni italiane. Il fenomeno che si osserva è una progressiva riduzione dei ricoveri ripetuti tra 8 e 30 giorni in psichiatria sul totale dei ricoveri per patologie psichiatriche, segnale di una maggiore efficacia dei percorsi territoriali e di una migliore continuità assistenziale, anche se permangono differenze significative tra i territori.

Il futuro della salute mentale nella Regione Lazio dovrà puntare al completamento della riorganizzazione dell'intera rete psichiatrica, all'implementazione totale del Piano Autismo, alla standardizzazione dei percorsi per ADHD e DNA, alla diffusione della metodica del Budget di Salute, all'integrazione della salute mentale nei sistemi digitali regionali e allo sviluppo di una rete specifica per adolescenti.

L'obiettivo è costruire un servizio sanitario che non solo risponda ai bisogni clinici, ma favorisca inclusione, autonomia e qualità della vita, trasformando la salute mentale da ambito specialistico a leva di benessere comunitario, integrata nelle politiche di salute pubblica e di welfare regionale.

Il rafforzamento della presa in carico territoriale si fonda sullo sviluppo di strumenti di governo clinico per le principali patologie, sulla creazione di nuovi modelli assistenziali e sulla promozione di una vera integrazione tra area sanitaria e sociale.

L'implementazione di strutture semiresidenziali per adolescenti e di strutture residenziali per utenti con doppia diagnosi, insieme all'adozione di trattamenti basati sulle evidenze, mira a migliorare la qualità e l'appropriatezza delle cure, garantire la continuità assistenziale, standardizzare le procedure e favorire una più efficace integrazione tra i diversi professionisti sanitari.

In sintesi, la Regione Lazio sta affrontando la sfida della salute mentale con un approccio integrato, multidimensionale e orientato all'inclusione, promuovendo una trasformazione culturale e organizzativa che pone la persona e la comunità al centro delle politiche di salute.

Rapporto con il privato accreditato

La collaborazione tra pubblico e privato accreditato si configura come elemento imprescindibile per la tenuta e l'evoluzione del Servizio Sanitario Regionale, rappresentando un pilastro organizzativo e strategico. In questo contesto, il privato accreditato non è un'alternativa al pubblico, ma una componente strutturale prevista dalla legge, che nel Lazio ha dimostrato nel tempo una grande capacità di risposta e flessibilità. La sinergia tra le due componenti ha permesso di raggiungere una maggiore efficienza, rafforzata negli ultimi anni da un dialogo costante e da strumenti concreti di coordinamento.

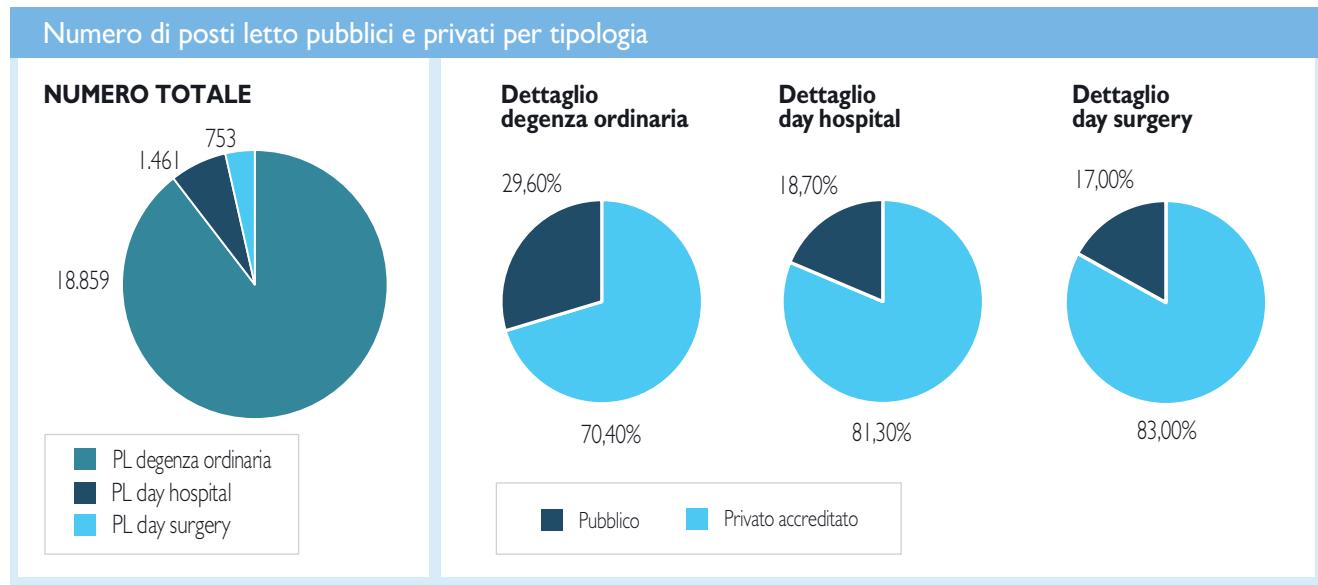
In Regione Lazio il contesto di partenza evidenziava alcune criticità, tra cui l'elevato contenzioso, la mancata integrazione dei sistemi informativi tra pubblico e privato, strumenti di programmazione obsoleti e procedure amministrative frammentate con la mancanza di un quadro chiaro e condiviso per la definizione del fabbisogno e la conseguente allocazione del budget.

Inoltre, il processo di accreditamento delle strutture di specialistica ambulatoriale era sospeso da anni, limitando l'efficienza e la copertura dei servizi.

Per affrontare queste sfide, sono state adottate misure di revisione sostanziale degli strumenti di programmazione, come l'adozione della nuova Rete Ospedaliera e Territoriale, la definizione del fabbisogno delle prestazioni di specialistica ambulatoriale e la revisione dei processi amministrativi, tra cui la definizione dei livelli massimi di finanziamento e di assegnazione dei budget prima dell'avvio dell'esercizio di competenza di erogazione delle prestazioni.

È stato aggiornato il processo di rilascio dei titoli di accreditamento e riavviato l'accreditamento delle strutture di specialistica ambulatoriale, dopo anni di sospensione, in conseguenza della definizione del fabbisogno delle prestazioni.

Nel Lazio, la distribuzione dei posti letto tra pubblico e privato accreditato evidenzia una presenza significativa di entrambe le componenti.



I posti letto pubblici per 1.000 abitanti risultano essere pari a 2,7, mentre quelli privati accreditati pari a 1,0. La distribuzione dei posti letto fra grandi gruppi societari e singole strutture (figura successiva) mostra una suddivisione tra 36 strutture afferenti a grandi gruppi e 38 strutture non afferenti a grandi gruppi, con una ripartizione dei posti letto che riflette la diversificazione dell'offerta.

Distribuzione posti letto tra gruppi societari e strutture private

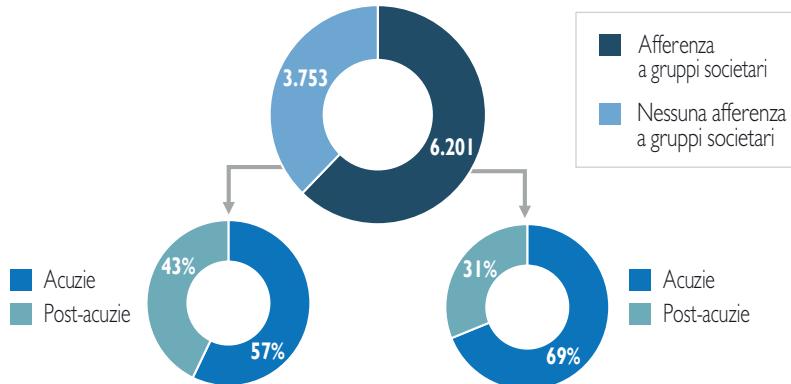
N° strutture afferenti
a grandi gruppi societari con pl

36

N° strutture non afferenti
a grandi gruppi societari con pl

38

Distribuzione PL tra gruppi societari e strutture private

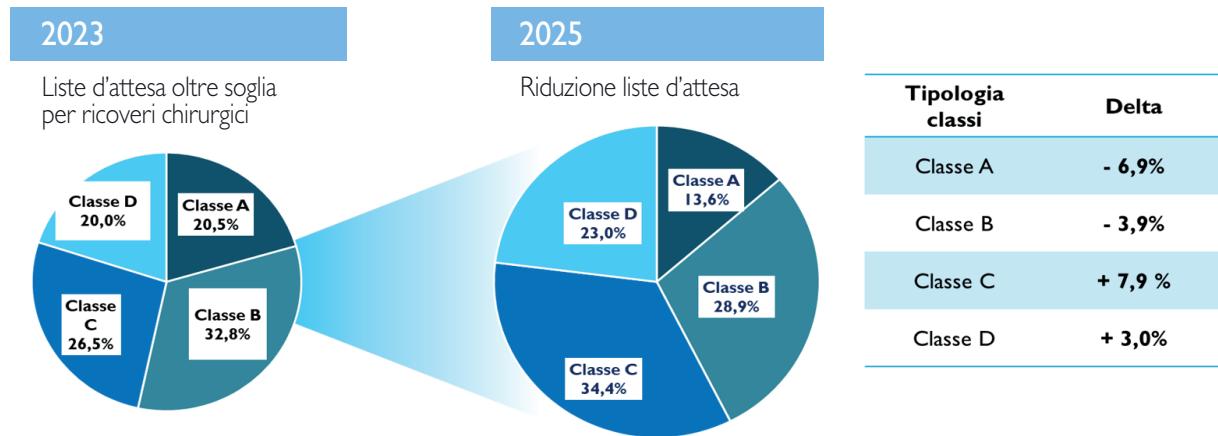


Fonte: Programmazione Rete Ospedaliera Regione Lazio (anno 2025)

Sono stati introdotti nuovi criteri di remunerazione per guidare verso una maggiore qualità nel processo di erogazione delle prestazioni, con particolare attenzione al fenomeno dei re-invii verso i Pronto Soccorso, all'incremento delle accettazioni nei giorni di sabato e domenica, alla riduzione del boarding nei Pronto Soccorso tramite l'utilizzo vincolato dei budget di Area medica e alla riduzione delle liste di attesa chirurgiche tramite le case di cura private senza Pronto Soccorso, con quota vincolata di budget di Area chirurgica.

Si è inoltre lavorato per rispettare i tempi di esecuzione degli interventi chirurgici previsti dal PINGLA (Piano Nazionale di Governo delle Liste di Attesa) e per aggiornare le metodologie di definizione dei finanziamenti, tenendo conto dell'incremento dell'effettivo costo dei fattori produttivi impiegati.

L'analisi dell'evoluzione delle liste d'attesa oltre soglia per ricoveri chirurgici evidenzia una riduzione nelle classi A e B, mentre si registra un incremento nelle classi C e D. Questo andamento riflette il fenomeno di una maggiore efficienza nella gestione delle urgenze e delle priorità.



La riorganizzazione dei budget dell'assistenza specialistica ha permesso di potenziare l'offerta delle prestazioni critiche, mentre è stato avviato un percorso per la valorizzazione delle strutture con dotazione tecnologica innovativa.

In riferimento agli aspetti che connotano il rapporto tra committenza pubblica e privato accreditato, emerge la necessità di una comunione di intenti su punti specifici che delineano una visione strategica volta a stimolare sempre di più l'interazione tra i "due mondi". È fondamentale mantenere un dialogo costante per condividere la ratio dei provvedimenti che hanno impatto nei rapporti con il privato accreditato, gestendo procedure di conciliazione preventiva su aspetti critici derivanti dall'applicazione delle disposizioni regionali.

La creazione di un tavolo permanente di confronto tra pubblico e privato per l'analisi del fabbisogno di specialistica ambulatoriale si pone come obiettivo quello di avvicinare il più possibile l'offerta in termini di capacità produttiva e la domanda dell'utenza, evitando duplicazioni o carenze territoriali. L'introduzione di modelli di committenza basati su outcome, con incentivi legati ai risultati di salute, rappresenta un elemento di innovazione nel sistema di remunerazione delle prestazioni. Il rafforzamento della funzione di committenza e controllo passa anche attraverso l'introduzione di ulteriori strumenti digitali, che possano rendere più efficiente, tempestivo e trasparente il processo di svolgimento e comunicazione degli esiti delle attività condotte.

Gli indicatori mostrano tendenze che evidenziano una progressiva integrazione tra pubblico e privato accreditato, con una crescente attenzione alla qualità delle prestazioni, all'innovazione tecnologica e alla programmazione integrata dell'offerta. Gli andamenti rilevati suggeriscono una maggiore capacità di risposta del sistema misto, una riduzione delle liste di attesa nelle classi più critiche e una distribuzione dei posti letto che garantisce flessibilità e adattamento alle esigenze territoriali.

La funzione di committenza si rafforza attraverso strumenti digitali e modelli innovativi di remunerazione, mentre la programmazione integrata tra pubblico e privato si configura come elemento chiave per evitare duplicazioni e carenze, promuovendo una visione strategica condivisa.

La sintesi dei dati e delle evidenze raccolte conferma la necessità di proseguire nel percorso di integrazione e innovazione, valorizzando il ruolo del privato accreditato come componente strutturale del sistema e promuovendo una governance basata su outcome, qualità e trasparenza.

In tale contesto, gli obiettivi prioritari riguardano il rafforzamento della programmazione e della committenza integrata, il miglioramento dell'accesso ai servizi e l'adozione di modelli di remunerazione orientati ai risultati di salute, al fine di consolidare efficienza, equità e capacità di risposta dell'intero Servizio Sanitario Regionale, in un quadro di collaborazione e condivisione degli obiettivi tra pubblico e privato accreditato.

Umanizzazione delle cure e partecipazione dei cittadini

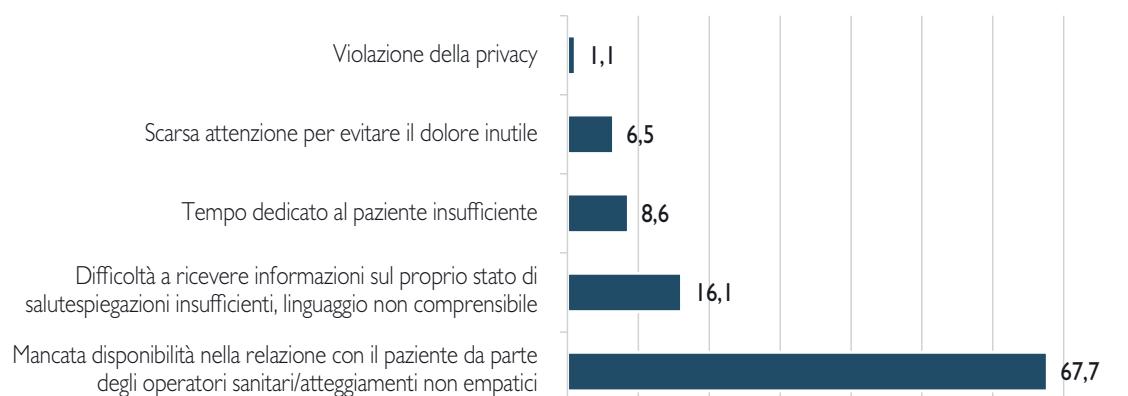
L'umanizzazione delle cure rappresenta oggi una delle dimensioni più rilevanti nella qualità dei servizi sanitari e costituisce un ambito sempre più strategico nella programmazione delle politiche regionali. Il progressivo mutamento dei bisogni di salute, la crescente complessità delle fragilità e la trasformazione demografica in atto hanno reso evidente come la sola dimensione clinica non sia più sufficiente a garantire risposte appropriate, sostenibili ed efficaci. Accanto alla competenza tecnico-scientifica è necessario riconoscere l'importanza della relazione, dell'ascolto, dell'informazione chiara e della dignità degli ambienti di cura, elementi che incidono in modo determinante sulla qualità percepita, sull'aderenza terapeutica e sull'esperienza complessiva del paziente, dei caregiver e dei professionisti coinvolti.

Nel corso degli ultimi anni, la crescente attenzione verso l'esperienza del paziente si è accompagnata alla consapevolezza che la qualità di un servizio non si misura solo attraverso gli esiti clinici, ma anche attraverso aspetti più ampi e trasversali: l'accessibilità dei percorsi, la semplicità delle informazioni, la trasparenza, la capacità degli operatori di ascoltare e comunicare, la qualità degli spazi fisici in cui si svolge l'assistenza. L'evoluzione della domanda di salute si intreccia con l'aumento delle malattie croniche, l'allungamento della speranza di vita, la trasformazione dei nuclei familiari, la presenza crescente di persone sole o senza reti di supporto. A questi fattori si aggiungono nuove vulnerabilità sociali, culturali ed economiche, che richiedono approcci integrati e capaci di tenere insieme dimensioni sanitarie, sociali e relazionali.

L'umanizzazione non riguarda solo la sfera emotiva, ma si traduce in pratiche concrete che incidono in modo diretto sull'organizzazione dei servizi. L'accesso semplice e comprensibile alle informazioni sanitarie, la possibilità per i cittadini di orientarsi all'interno delle strutture, il rispetto della privacy, la garanzia di ambienti confortevoli e accoglienti, la continuità della comunicazione tra professionisti e famiglie, la presenza di personale formato alla relazione e alla gestione del tempo: tutti questi aspetti rappresentano indicatori sempre più utilizzati nei sistemi di valutazione. L'andamento degli indicatori relativi ai tempi di attesa, alla qualità degli ambienti e alla comunicazione con il paziente mostra, nelle diverse realtà regionali, progressi non uniformi, con aree di miglioramento che riguardano soprattutto l'integrazione dei percorsi, la gestione della presa in carico e la disponibilità di servizi di supporto alla persona.

Una delle evidenze più ricorrenti riguarda il ruolo cruciale della comunicazione. La qualità delle informazioni fornite, la tempestività con cui vengono condivise, la chiarezza nel linguaggio utilizzato e la capacità di rispondere ai bisogni emotivi del paziente rappresentano elementi determinanti per la costruzione di un rapporto di fiducia. In molti contesti emerge la difficoltà dei cittadini nel comprendere il percorso di cura, nel conoscere i propri diritti, nel trovare riferimenti stabili a cui rivolgersi durante le varie fasi del trattamento. Questo fenomeno non riguarda solo persone anziane o fragili, ma anche utenti con elevato livello culturale che si trovano disorientati di fronte alla frammentazione dei servizi e alla complessità dei passaggi amministrativi. Le criticità più rilevanti si concentrano nei momenti di transizione tra i servizi, nella comunicazione alla dimissione e nella gestione dei contatti post-dimissione.

Segnalazioni delle criticità riscontrate dai cittadini in merito all'umanizzazione delle cure e relazione con gli operatori sanitari

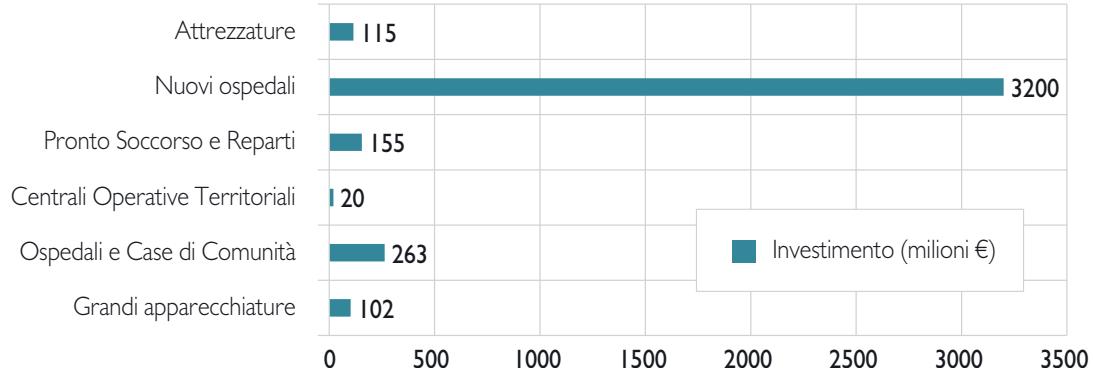


Fonte: Cittadinanza Attiva – Rapporto Civico sulla salute 2024

La partecipazione dei cittadini emerge come un altro pilastro essenziale. La presenza di associazioni, volontari, caregiver e rappresentanti dei pazienti nei processi decisionali è un fattore che contribuisce ad aumentare la trasparenza e a rafforzare la capacità del sistema di intercettare i bisogni reali. Le esperienze più consolidate mostrano che, quando i cittadini sono coinvolti nei processi di progettazione e valutazione dei servizi, il livello di soddisfazione e la capacità del sistema di adattarsi ai bisogni locali aumentano in modo significativo.

Per quanto riguarda gli ambienti di cura, la qualità degli spazi rappresenta uno dei fattori maggiormente correlati con l'esperienza del paziente. Gli interventi di riqualificazione più efficaci sono quelli che intervengono su comfort, privacy, illuminazione naturale, orientamento negli spazi e riduzione dell'affollamento.

Investimenti stanziati da Regione Lazio per categoria di intervento allo scopo di migliorare la qualità dei servizi dei cittadini



Fonte: Regione Lazio, Conferenza stampa, 2025

Nonostante i progressi, persistono aree con livelli di qualità disomogenei e una percezione ancora distante dalle aspettative dei cittadini, soprattutto nei Pronto Soccorso, nelle aree di attesa e nei reparti ad alta intensità.

La digitalizzazione offre nuove opportunità, ma richiede un equilibrio tra innovazione e relazione umana. L'introduzione di strumenti come il Fascicolo Sanitario Elettronico, la telemedicina e le piattaforme di prenotazione ha migliorato diversi aspetti dell'esperienza utente, riducendo passaggi ridondanti e facilitando l'accesso ai dati personali. Tuttavia, la capacità di utilizzo di tali strumenti non è uniforme nella popolazione: l'età, il livello di istruzione e il grado di alfabetizzazione digitale continuano a influire sull'effettivo accesso ai servizi.

Per questo è necessario accompagnare l'innovazione con percorsi di formazione mirata e con servizi di supporto destinati alle fasce più fragili.

Un altro elemento rilevante riguarda la condizione degli operatori sanitari. La qualità dell'ambiente di lavoro, la presenza di percorsi di formazione continua, il benessere organizzativo e la disponibilità di strumenti adeguati incidono direttamente sulla capacità degli operatori di offrire una relazione di cura di qualità. Se da un lato aumentano le iniziative di formazione sulla comunicazione, sull'ascolto attivo e sulla gestione delle emozioni, dall'altro si evidenzia la necessità di affrontare fenomeni come il carico di lavoro, lo stress e la frammentazione dei percorsi professionali.

Sul piano dei percorsi integrati, emerge chiaramente che l'umanizzazione non può essere confinata all'interno delle singole strutture, ma richiede un approccio sistematico che coinvolga ospedale, territorio, servizi sociali e comunità. L'invecchiamento della popolazione, l'aumento delle cronicità e dei bisogni complessi richiedono un modello di presa in carico continuativa, che accompagni il paziente lungo tutte le fasi del percorso, riducendo le discontinuità e rafforzando il coordinamento tra professionisti. I punti più critici si concentrano nelle transizioni tra ospedale e territorio e nella mancanza di strumenti standardizzati per la comunicazione interprofessionale.

Infine, la percezione della dignità e del rispetto emerge come una componente centrale dell'esperienza complessiva di cura. La capacità di considerare la persona nella sua interezza – bisogni fisici, emotivi, sociali, culturali – rappresenta la cifra distintiva di un servizio sanitario che vuole essere davvero vicino ai cittadini. Le testimonianze raccolte e le tendenze osservate mostrano che il senso di accoglienza, il tono della comunicazione, la capacità di dedicare tempo e attenzione e il rispetto dei tempi e delle fragilità individuali sono tra i fattori maggiormente apprezzati dai pazienti.

Questa analisi evidenzia un quadro ricco e articolato, in cui sono presenti segnali di miglioramento, elementi di eccellenza e aree che richiedono interventi mirati. L'umanizzazione delle cure non è un elemento accessorio, ma una dimensione strutturale della qualità, capace di influenzare l'efficacia clinica, la sostenibilità dei servizi e la fiducia tra cittadini e istituzioni. I risultati migliori si ottengono quando la componente relazionale, quella organizzativa e quella infrastrutturale si muovono in modo sinergico.

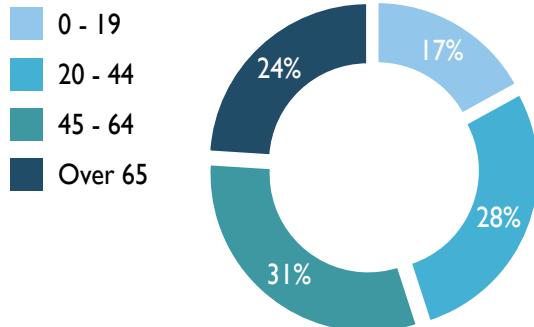
In questo scenario, la partecipazione dei cittadini, il coinvolgimento del volontariato, la formazione del personale, la riqualificazione degli ambienti e l'integrazione dei servizi rappresentano leve strategiche su cui costruire un modello di cura capace di rispondere alle sfide attuali e future. L'umanizzazione diventa così non solo un valore etico, ma una scelta organizzativa e gestionale che incide direttamente sui risultati di salute, sulla qualità dell'esperienza e sulla sostenibilità complessiva del sistema.

Sostenibilità del SSN a medio-lungo termine

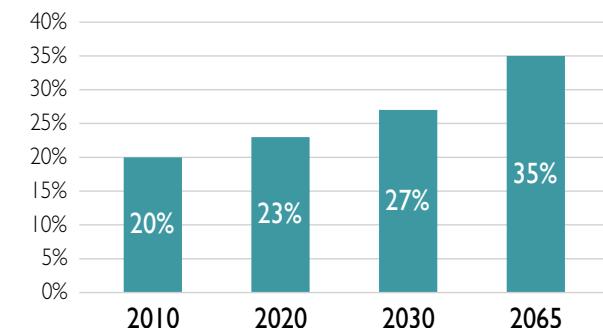
Il Servizio Sanitario Nazionale rappresenta ancora oggi uno degli asset più importanti del Paese, fondato sui principi di universalismo, equità e globalità di accesso. Tuttavia, il contesto attuale impone una riflessione profonda sulla sua sostenibilità a medio-lungo termine. Le dinamiche demografiche, l'evoluzione epidemiologica, la trasformazione tecnologica e le tensioni economiche delineano uno scenario complesso, in cui il rischio è che l'equilibrio raggiunto negli ultimi decenni venga eroso dall'aumento dei bisogni e dal divario tra aspettative e risposte del sistema.

La popolazione italiana sta vivendo un processo di trasformazione strutturale: la quota di over 65 è destinata ad aumentare in modo significativo, mentre la fascia della popolazione attiva si riduce progressivamente. Questo fenomeno, accompagnato da una natalità stagnante, genera un “inverno demografico”. L'invecchiamento non è solo un dato statistico, ma un fattore che condiziona profondamente la struttura dei bisogni: più anziani significa più fragilità, più cronicità e maggiore necessità di integrazione tra sanitario e sociale.

Composizione popolazione per fasce d'età (2025)



Evoluzione attesa popolazione over 65
2010 - 2065 su popolazione totale

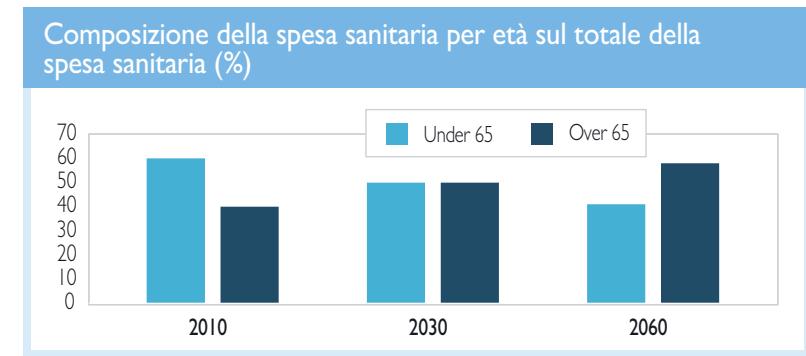
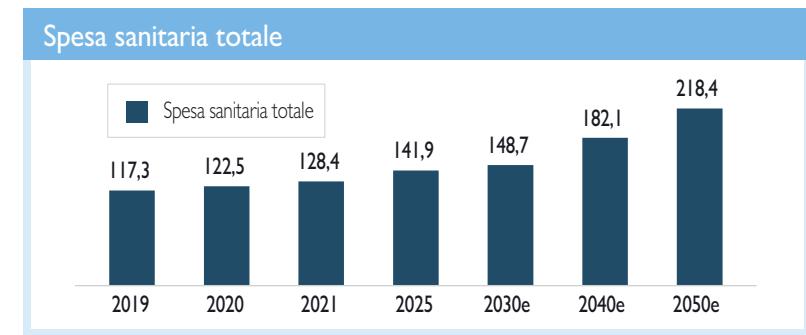


Parallelamente, la denatalità incide sulla sostenibilità del welfare, che si è adattato prevalentemente alle esigenze delle fasce anziane senza sviluppare un modello generativo orientato al futuro. Le proiezioni confermano una sostanziale stagnazione del tasso di natalità, con lievi oscillazioni ma senza segnali di ripresa significativa. Questo andamento, se non invertito, comporterà una riduzione della popolazione in età lavorativa e un aumento del rapporto di dipendenza, con conseguenze dirette sulla capacità di finanziare il servizio sanitario e previdenziale.

Sul piano economico, la spesa sanitaria mostra una tendenza alla crescita costante, con proiezioni che indicano un aumento significativo nei prossimi decenni. La composizione della spesa per fasce d'età evidenzia un progressivo spostamento verso le classi più anziane, che assorbiranno una quota sempre maggiore delle risorse. Come mostra il grafico, nel 2060 la spesa sanitaria destinata agli over 65 sarà pari a quella destinata nel 2010 agli under 65.

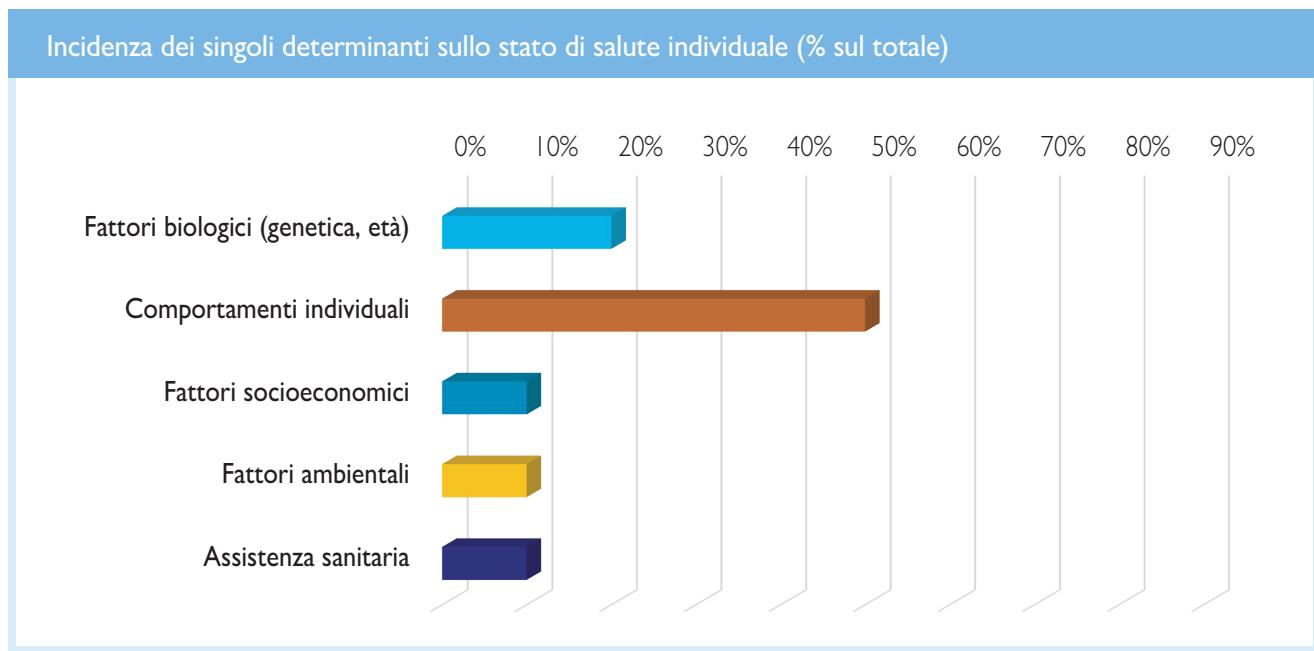
Questo andamento, se non governato, rischia di compromettere l'equità e la sostenibilità del sistema.

A questo quadro si aggiunge la crescita delle patologie croniche. Una quota significativa della popolazione (circa il 40% degli italiani - oltre 20 milioni di persone) convive con almeno una patologia cronica, e una parte rilevante presenta più di una condizione contemporaneamente.

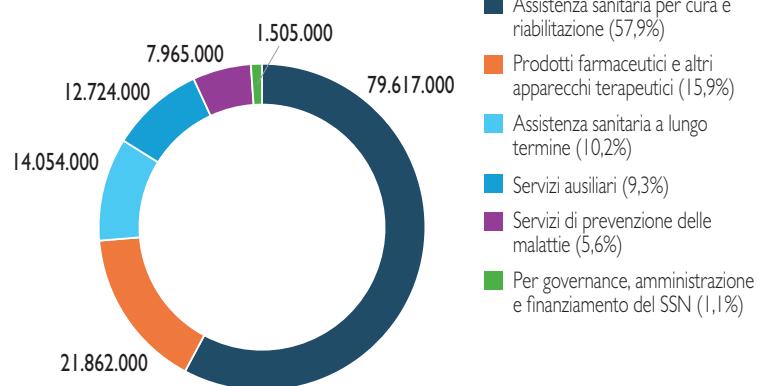


L'incremento delle cronicità comporta un fabbisogno assistenziale complesso e multidimensionale, che richiede integrazione tra sanitario e sociale. La frammentazione tra ospedale e territorio, i tempi di attesa e i divari Nord-Sud aggravano ulteriormente la situazione, rendendo urgente una riorganizzazione strutturale.

La prevalenza delle cronicità è più alta nelle fasce di età avanzata, ma non risparmia le generazioni più giovani, delineando un fabbisogno crescente di continuità assistenziale e di percorsi personalizzati. Le proiezioni indicano che le patologie a maggiore impatto, come diabete, malattie cardiovascolari e broncopneumopatie, continueranno ad aumentare, con conseguenze significative anche sul piano dei costi complessivi.



Spesa sanitaria pubblica per funzioni di assistenza sanitaria (2024)



Un elemento cruciale è rappresentato dai determinanti di salute: i comportamenti individuali, insieme ai fattori biologici e socioeconomici, incidono in modo decisivo sullo stato di salute complessivo, con una percentuale che supera l'80%. La componente ambientale e la qualità dell'assistenza sanitaria completano il quadro, evidenziando come la salute sia il risultato di un insieme di fattori interconnessi. Sul fronte economico, al contrario, la composizione della spesa sanitaria pubblica mostra una prevalenza delle risorse destinate alla cura e alla riabilitazione, mentre la quota dedicata alla prevenzione resta marginale (poco sopra il 5%).

La spesa privata, prevalentemente out-of-pocket, continua a crescere e accentua le disuguaglianze, mentre i fondi integrativi restano marginali e concentrati su prestazioni specialistiche e diagnostiche, senza orientarsi verso prevenzione e presa in carico della fragilità.

La componente out of pocket è concentrata su prestazioni odontoiatriche, visite specialistiche e diagnostiche, con una quota significativa di acquisti di farmaci e dispositivi.

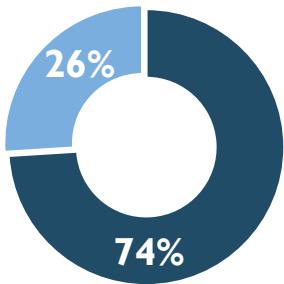
In questo contesto appare necessario un intervento di riqualificazione della spesa sanitaria privata e integrativa, oggi in gran parte destinata a prestazioni sovrapponibili a quelle garantite dal SSN. Fondi Integrativi e welfare aziendale vanno ripensati in un'ottica di complementarietà reale, evitando duplicazioni e introducendo servizi innovativi che sostengano la prevenzione e la tempestiva presa in carico: monitoraggio digitale, counseling, programmi di educazione sanitaria e interventi mirati sulle fragilità emergenti.

Composizione della spesa sanitaria (2025)

- Pubblica
- Privata

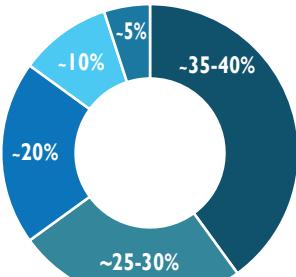
OUT-OF-POCKET:
86,9%

INTERMEDIATA
(fondi,
assicurazioni):
13,1%



Composizione spesa out of pocket (2025)

- Prestazioni odontoiatriche
- Visite specialistiche e diagnostiche
- Acquisto di farmaci e dispositivi medici
- Assistenza a lungo termine e altre cure domiciliari
- Altre voci (ticket, fisioterapia, ecc.)



Questa riallocazione delle risorse, unita a un incremento dei fondi per l'ammodernamento tecnologico e infrastrutturale, rappresenta una condizione imprescindibile per rendere il sistema più equo, resiliente e sostenibile. Solo agendo subito in questa direzione sarà possibile garantire che il SSN diventi un modello proattivo e generativo, capace non di rincorrere i bisogni ma di anticiparli, prevenendoli e governandoli.

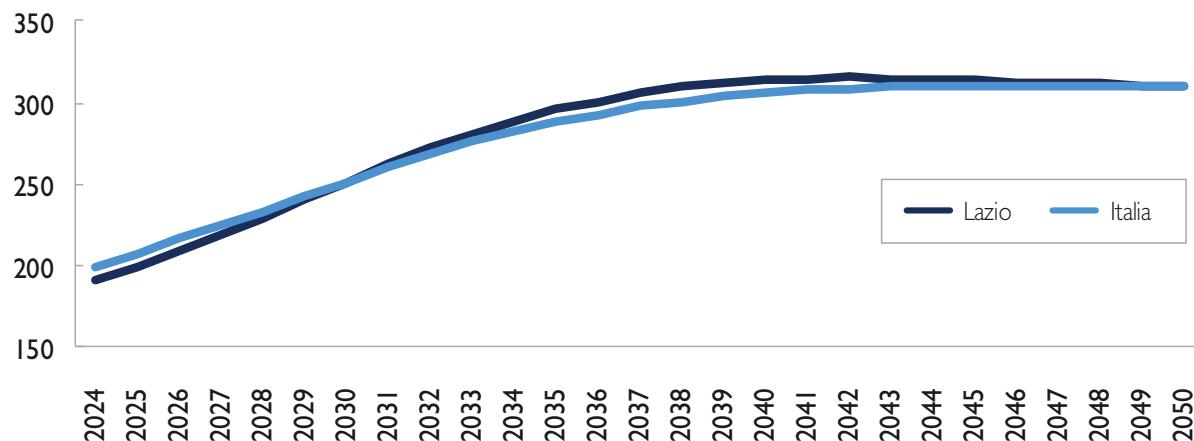
Nel breve termine, occorre completare le riforme avviate con il PNRR e il DM 77/2022, puntando su: utilizzo più razionale delle risorse, riduzione delle ridondanze, digitalizzazione dei processi e migliore organizzazione del lavoro. Nel medio-lungo periodo, la traiettoria evolutiva del SSN sarà condizionata da dinamiche strutturali irreversibili: innovazione tecnologica, mutamenti demografici e trasformazioni sociali.

La sostenibilità del SSN non è solo economica, ma un equilibrio tra risorse, capitale umano, innovazione e giustizia sociale. Le esperienze internazionali dimostrano che i modelli di successo si fondano su quattro assi strategici: valore e appropriatezza, prevenzione, digitalizzazione e governance partecipata. La governance del sistema deve evolvere verso modelli collaborativi e trasparenti. La complessità delle sfide richiede una leadership adattativa, capace di integrare competenze diverse e di coinvolgere attivamente cittadini e comunità.

Analisi dei bisogni di salute e invecchiamento della popolazione

L'invecchiamento della popolazione e la crescente fragilità clinica e sociale rappresentano oggi le sfide più rilevanti per la Regione Lazio. Oltre il 23% dei residenti ha più di 65 anni, con punte oltre il 40% in alcuni comuni a bassa densità, e l'indice di vecchiaia è fra i più alti d'Italia.

Indice di vecchiaia (%): rappresenta il grado di invecchiamento di una popolazione. È il rapporto percentuale tra il numero delle persone con più di 65 anni e il numero dei bambini fino ai 14 anni

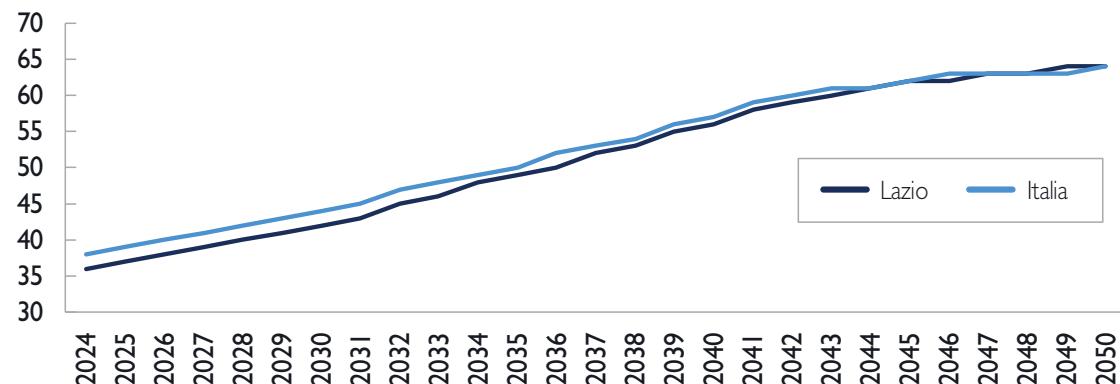


Fonte dati grafico: ISTAT

La fragilità non coincide con l'età anagrafica, ma con una condizione multidimensionale – sanitaria, sociale, economica e relazionale – che rende le persone più vulnerabili a eventi avversi e perdita di autonomia. In questo quadro, l'analisi dei bisogni della popolazione anziana e fragile diventa prioritaria per orientare la programmazione sanitaria e sociale verso modelli integrati e personalizzati, superando la frammentazione e investendo su reti di comunità, nuove forme dell'abitare e approcci territoriali basati sulla salute nelle città.

Le dinamiche demografiche mostrano un progressivo invecchiamento della popolazione, con una crescita costante della quota di persone anziane e un aumento del carico sulla popolazione attiva.

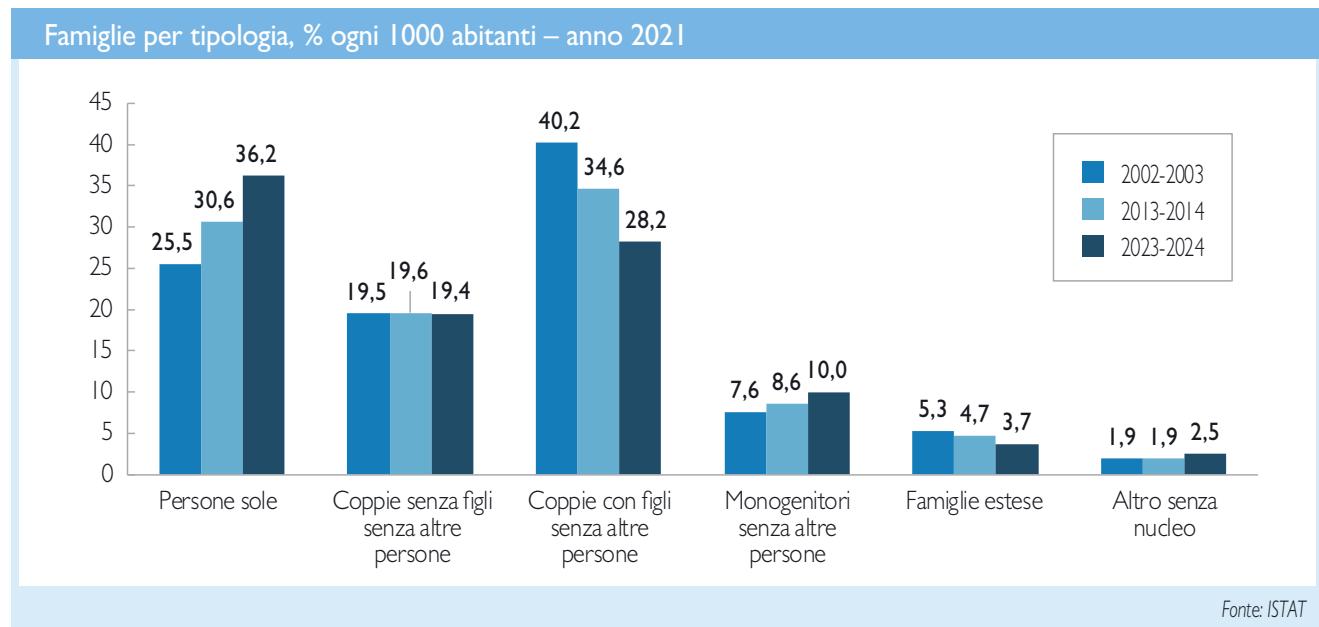
Indice di dipendenza anziani (%): esprime il carico della popolazione anziana sulla popolazione in età lavorativa.
È il rapporto tra il numero delle persone con più di 65 anni e la popolazione attiva (15-64 anni)



Fonte: ISTAT

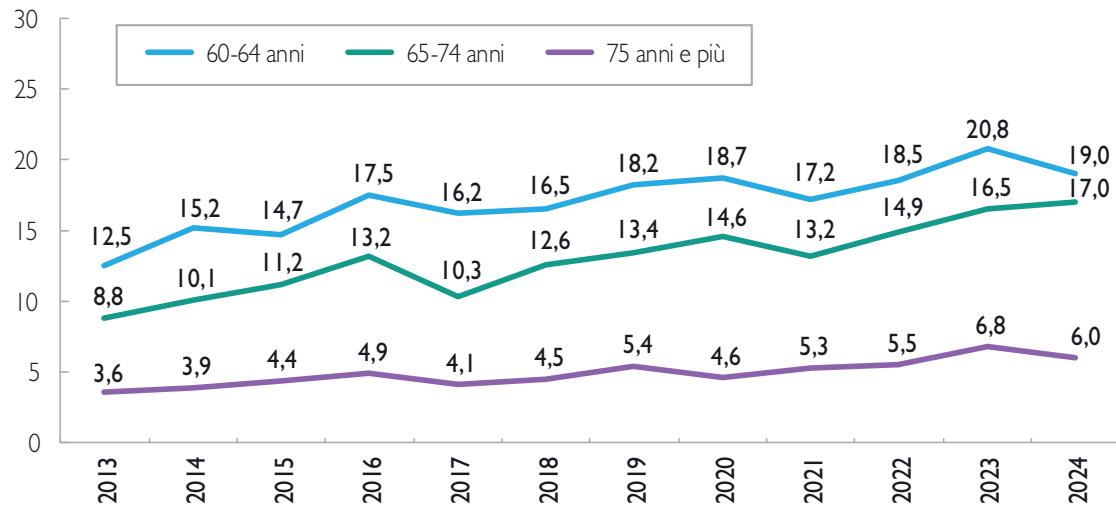
Si osserva una diminuzione della natalità e una crescita della mortalità, mentre la speranza di vita mostra una tendenza all'incremento.

Questi fenomeni sono accompagnati da una trasformazione della struttura familiare: aumentano le persone sole e diminuiscono le famiglie tradizionali, con una presenza significativa di nuclei composti da anziani soli o coppie senza figli.



Gli stili di vita della popolazione evidenziano una crescita della pratica sportiva continuativa tra le persone over 60, segno di una maggiore attenzione alla prevenzione e al benessere, anche se persistono comportamenti a rischio nelle fasce più giovani, come il fumo e l'obesità. Questi elementi influenzano la salute futura della popolazione anziana e la sostenibilità del servizio sanitario.

Sport continuativo nelle persone over 60



Fonte: ISTAT

L'invecchiamento della popolazione si accompagna ad un aumento delle patologie croniche, con una crescita sia del numero di pazienti che dei costi assistenziali.

Le proiezioni indicano che le principali condizioni croniche, come diabete, ipotiroidismo, miocardiopatie, neoplasie, BPCO, cardiopatie ischemiche, scompenso cardiaco e asma, saranno sempre più diffuse, con un impatto crescente sulla spesa sanitaria.

La spesa sanitaria pro-capite cresce esponenzialmente con l'età, così come la spesa sanitaria totale per fascia di età, sottolineando la necessità di strategie di prevenzione e presa in carico precoce per contenere la spesa e migliorare la qualità della vita.

Tali tendenze demografiche caratterizzano anche la Regione Lazio, che presenta un progressivo invecchiamento demografico e un aumento costante delle cronicità. Anche la distribuzione territoriale delle risorse presenta alcune criticità, quali: concentrazione di risorse nelle aree urbane e carenze nei contesti rurali e montani, crescente domanda di assistenza personalizzata da parte di anziani e caregiver e necessità di un modello strutturato di programmazione territoriale per la cronicità. Inoltre, risultano carenti modelli abitativi alternativi come il co-housing e da concretizzare collegamenti con le politiche urbane di promozione delle 'Città Sane'.

Per rispondere ai bisogni della popolazione anziana e fragile la Regione Lazio ha avviato azioni concrete in coerenza con il DM77/2022: avvio delle Case della Comunità e delle Centrali Operative Territoriali come hub di prossimità e continuità assistenziale; introduzione della figura dell'Infermiere di famiglia e di comunità; attivazione delle Unità di Continuità Assistenziale e potenziamento dell'Assistenza Domiciliare Integrata ; sperimentazione di strumenti di stratificazione e valutazione multidimensionale (CGA, CFS, eFI) per identificare precocemente la fragilità. Sono stati finanziati progetti per l'invecchiamento attivo (oltre 2,1 milioni per centri anziani, alfabetizzazione digitale, inclusione sociale), implementati ulteriormente programmi di promozione di stili di vita attivi (es. 'Sport Lover'), e avviate prime esperienze di co-housing solidale in collaborazione con Comuni e Terzo Settore. Inoltre, grande attenzione è data alla prevenzione primaria dove la promozione del benessere e di stili di vita sani coincidono con il disegno di una vita di qualità anche nelle persone più anziane.

L'analisi dei dati demografici, sociali e sanitari conferma la necessità di un cambio di paradigma nella programmazione dei servizi per la popolazione anziana e fragile. È fondamentale investire in modelli integrati, personalizzati e territoriali, rafforzando le reti di comunità e promuovendo la prevenzione e l'invecchiamento attivo, per garantire sostenibilità al sistema e qualità della vita alle persone.

Ruolo del volontariato

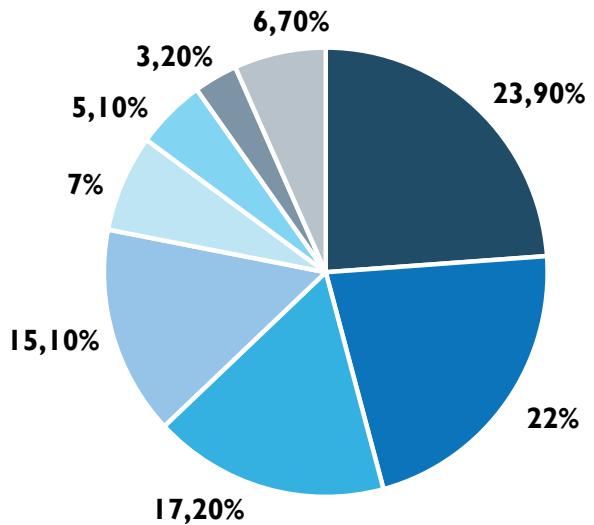
Il volontariato rappresenta una risorsa fondamentale per il sistema di welfare della Regione Lazio, contribuendo in maniera concreta alla promozione della salute, alla coesione sociale e alla tutela dei diritti delle persone più fragili. In ambito sanitario e sociosanitario, i volontari rappresentano un prezioso ponte tra istituzioni e cittadini, garantendo prossimità, ascolto e sostegno personalizzato. Operano in integrazione con i professionisti della salute, contribuendo alla presa in carico secondo i principi di sussidiarietà orizzontale e partecipazione civica.

In linea con l'obiettivo regionale di una sanità più umana, inclusiva e radicata sul territorio, il volontariato è parte integrante della strategia di salute pubblica: le organizzazioni del Terzo Settore – attraverso reti associative, fondazioni, cooperative sociali e gruppi di cittadini attivi – sono protagoniste nella costruzione di percorsi di cura e di inclusione, specialmente nei settori della salute mentale, delle dipendenze, della disabilità, dell'assistenza domiciliare e della gestione delle malattie croniche.

A livello nazionale, la partecipazione al volontariato mostra nuove tendenze: crescono le attività di volontariato di tipo ricreativo e culturale, quelle legate all'assistenza sociale e alla protezione civile, mentre registra una diminuzione il volontariato di ambito sportivo e le iniziative di carattere religioso. Il fenomeno del volontariato in Italia resta comunque di ampia portata, potendo contare su centinaia di migliaia di enti non profit e milioni di cittadini attivamente impegnati al servizio della comunità. Una parte significativa di volontari opera anche in ambito sanitario, così come nei settori ambientale, educativo o in altri ambiti specifici, sebbene con percentuali complessivamente più contenute rispetto ai primi citati.

Partecipazione al volontariato in Italia

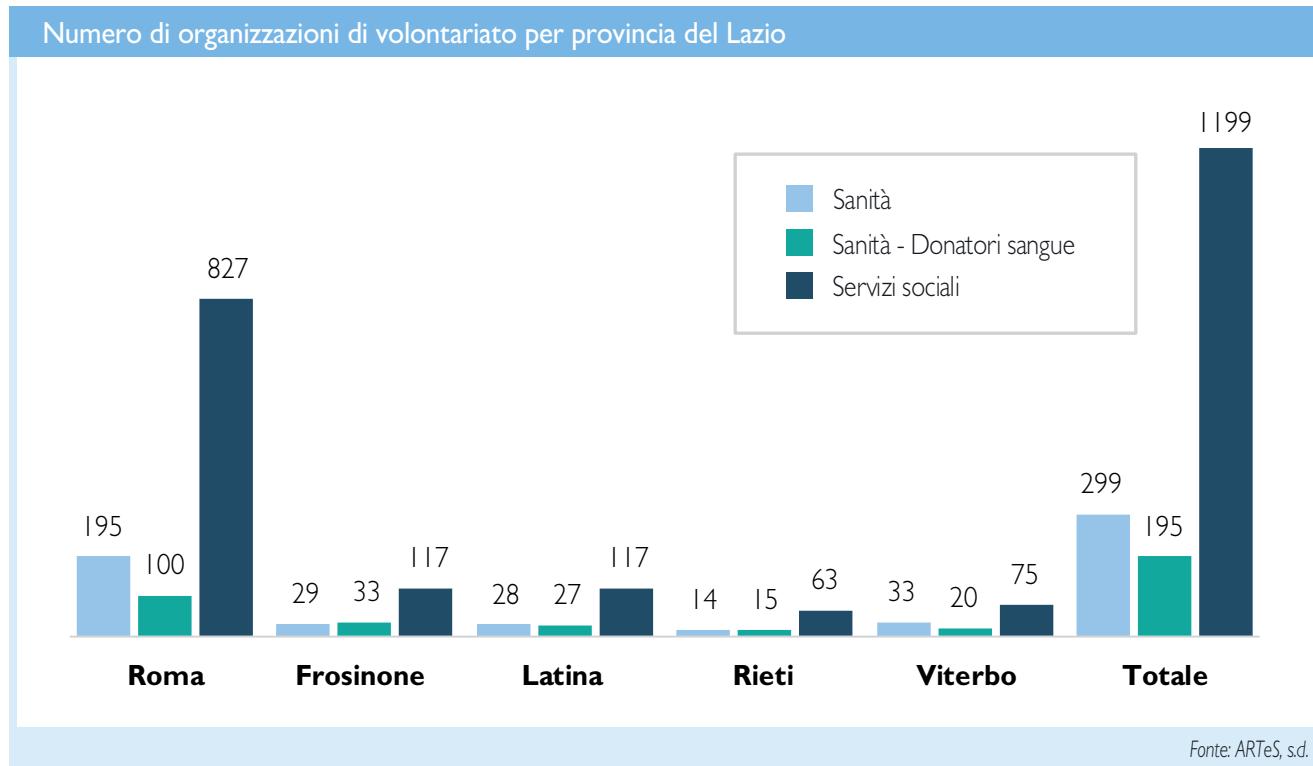
- █ Attività ricreative e culturali
- █ Attività religiose
- █ Sport
- █ Istruzione e ricerca
- █ Assistenza sociale e protezione civile
- █ Sanità
- █ Ambiente
- █ Altri ambiti



Fonte: ISTAT

Nel Lazio si registra la presenza di un tessuto ampio e articolato di volontariato in ambito sanitario e sociale, con oltre tremila organizzazioni di volontariato iscritte nel sistema regionale (Registro ARTeS) e attive sul territorio, di cui circa la metà operano nell'ambito della sanità e dei servizi sociali.

La distribuzione territoriale risulta però eterogenea: la maggior parte di queste organizzazioni si concentra nell'area metropolitana di Roma, mentre le altre province – pur contando anch'esse diverse centinaia di associazioni, in particolare si riscontrano realtà rilevanti a Latina e Frosinone – presentano una presenza via via più ridotta.



Emergono, dunque, alcune criticità e ambiti di possibile miglioramento. In primo luogo, si riscontra una disomogeneità territoriale nei livelli di attività e di integrazione del volontariato con i servizi pubblici: in alcune zone l'apporto dei volontari è fortemente radicato, in altre meno sviluppato o meno connesso alle strutture locali. Inoltre, i rapporti tra le strutture sanitarie e il volontariato appaiono spesso sistematizzati e non omogenei. In questi casi la collaborazione è talora affidata a protocolli locali isolati e non uniformi sul territorio regionale.

Un'altra esigenza riguarda la valorizzazione delle competenze acquisite dai volontari: occorre investire maggiormente in formazione, riconoscimento dei ruoli e tutela della sicurezza dei volontari nei diversi contesti di intervento. Si rileva, poi, una partecipazione ancora limitata del volontariato alla coprogettazione delle politiche pubbliche sia a livello regionale che locale, evidenziando la necessità di coinvolgere più attivamente i volontari nei processi decisionali che li riguardano. Al tempo stesso, l'esperienza della pandemia di COVID-19 ha messo in evidenza il ruolo strategico e insostituibile delle organizzazioni di volontariato nel garantire prossimità, ascolto, distribuzione di beni essenziali e supporto psicologico alla popolazione, rafforzando il legame tra cittadinanza attiva e servizio sanitario anche durante l'emergenza sanitaria.

Consapevole di queste dinamiche, la Regione Lazio – in coerenza con la Legge Regionale n. 22/2019 sul Terzo Settore e con il Codice del Terzo Settore nazionale – ha avviato negli ultimi anni una serie di azioni concrete per riconoscere e consolidare il ruolo del volontariato all'interno delle politiche sanitarie e sociali regionali. In particolare, sono stati istituiti tavoli permanenti di confronto con le rappresentanze del Terzo Settore, finalizzati alla definizione condivisa di linee di intervento in ambito sociosanitario. Sono quindi stati sottoscritti protocolli di collaborazione tra le Aziende Sanitarie Locali (ASL) e le organizzazioni di volontariato, per strutturare servizi di accoglienza, accompagnamento e supporto rivolti ai pazienti e alle loro famiglie all'interno delle strutture sanitarie. Le associazioni di volontariato sono state attivamente coinvolte nelle campagne di prevenzione, informazione e promozione della salute promosse dalla Regione (dagli screening oncologici, alla donazione di sangue e organi, fino ai programmi sulla salute mentale e alla diffusione di corretti stili di vita). Inoltre, la Regione ha finanziato progetti di rete tramite bandi dedicati all'inclusione sociale, al sostegno dei caregiver, all'assistenza ai malati cronici e alla lotta alle dipendenze. È stata anche avviata la valorizzazione delle buone pratiche di volontariato, sia in ambito ospedaliero sia nell'assistenza domiciliare e di prossimità, anche attraverso l'uso della piattaforma digitale "Lazio Solidale".

Queste iniziative hanno contribuito a rafforzare il riconoscimento istituzionale del volontariato come parte attiva della governance del Servizio Sanitario Regionale, affermando il suo ruolo al fianco delle istituzioni pubbliche.

Per il prossimo futuro, l'obiettivo della Regione è di consolidare e potenziare ulteriormente il contributo del volontariato nella programmazione sanitaria e sociale, sviluppando una visione condivisa basata su integrazione, innovazione e partecipazione. In quest'ottica, si propone di favorire l'inserimento stabile dei volontari nei percorsi di cura, soprattutto nei servizi territoriali di comunità (come le Case della Comunità, i Centri di Salute Mentale, i consultori o gli hospice), garantendo che la loro presenza sia parte integrante del modello assistenziale locale, e di valutare l'impatto delle loro attività attraverso indicatori di esito e modelli di monitoraggio condivisi. Sarà inoltre rafforzata la formazione dei volontari, tramite percorsi realizzati congiuntamente alle ASL e alle università, dedicati a temi come la sicurezza e la prevenzione della violenza verso gli operatori volontari, i nuovi modelli organizzativi territoriali, l'etica dell'assistenza, la relazione di aiuto e le competenze digitali. Parallelamente, si promuoverà la coprogettazione sul campo tra enti pubblici e Terzo Settore, in particolare per iniziative rivolte alla salute mentale, alla disabilità, alle dipendenze e alle altre fragilità sociali. Un ulteriore obiettivo strategico è la creazione di una rete regionale del volontariato sociosanitario, con una mappatura aggiornata delle organizzazioni attive, l'adozione di standard condivisi di collaborazione e l'utilizzo di strumenti digitali per il coordinamento delle attività e lo scambio di informazioni.

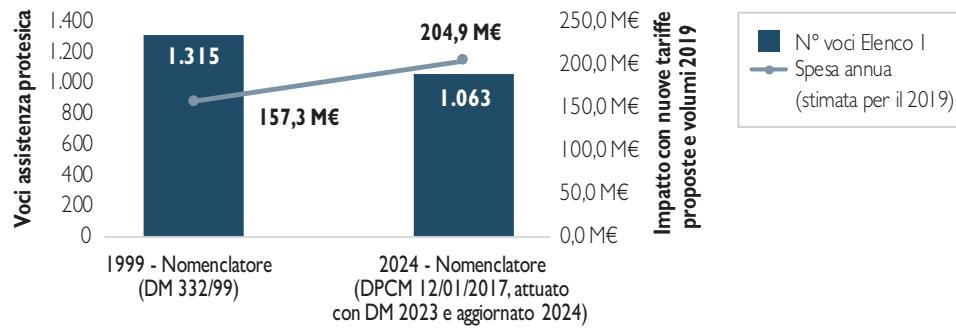
Questa visione si inserisce nel più ampio percorso di rinnovamento del welfare regionale verso una sanità di comunità e di prossimità, in cui il volontariato diventa non soltanto una risorsa di supporto, ma un attore stabile e partecipe del sistema di salute pubblica, contribuendo in maniera determinante al benessere collettivo, alla solidarietà e alla coesione sociale nel territorio laziale.

Assistenza protesica

L'assistenza protesica nella Regione Lazio si è evoluta da una gestione frammentata e non strutturata dei diversi presidi protesici verso una maggiore integrazione e razionalizzazione. Nel tema dell'accessibilità ai trattamenti, la corretta declinazione dei processi assistenziali locali assume una valenza strategica, poiché il livello regionale organizza e coordina la disponibilità terapeutica in maniera trasversale sul territorio. La migliore organizzazione dei percorsi diagnostico-terapeutici regionali, la corretta programmazione delle gare centralizzate e l'implementazione dei sistemi informatici facilitano l'accesso alla cura, incidendo sull'accessibilità alle terapie.

A livello nazionale (Fig. 1), dal confronto tra il vecchio e il nuovo nomenclatore della protesica si evidenzia una razionalizzazione delle voci in Elenco I (DPCM 12/01/2017), con una riduzione significativa dell'elenco, frutto delle politiche di appropriatezza e degli aggiornamenti tariffari volti a garantire qualità e sostenibilità.

Fig. 1 - L'evoluzione del settore della protesica in base alle attuali proposte tariffarie: l'impatto del previgente nomenclatore e del nuovo nomenclatore anno 2019



La semplificazione delle voci non comporta una riduzione dei costi, ma piuttosto una concentrazione su dispositivi più complessi e personalizzati, riflettendo l'orientamento verso una maggiore personalizzazione dell'assistenza.

Il trend della spesa per assistenza protesica in Regione Lazio (Fig. 2) mostra una crescita costante e significativa. Dopo una fase di stabilità tra il 2021 e il 2022, nel 2023 si registra un incremento moderato, mentre nel 2024 si osserva una forte accelerazione, + 16,70% rispetto al 2021. Questo andamento positivo riflette l'aumento degli investimenti e l'ampliamento dell'accesso ai servizi, sostenuti da aggiornamenti tariffari e dall'emergere di nuove esigenze assistenziali. La dinamica evidenzia un impegno crescente verso la qualità e la copertura delle prestazioni, con una ripresa post-pandemica e una sostanziale stabilizzazione, segnali di consolidamento dei servizi.

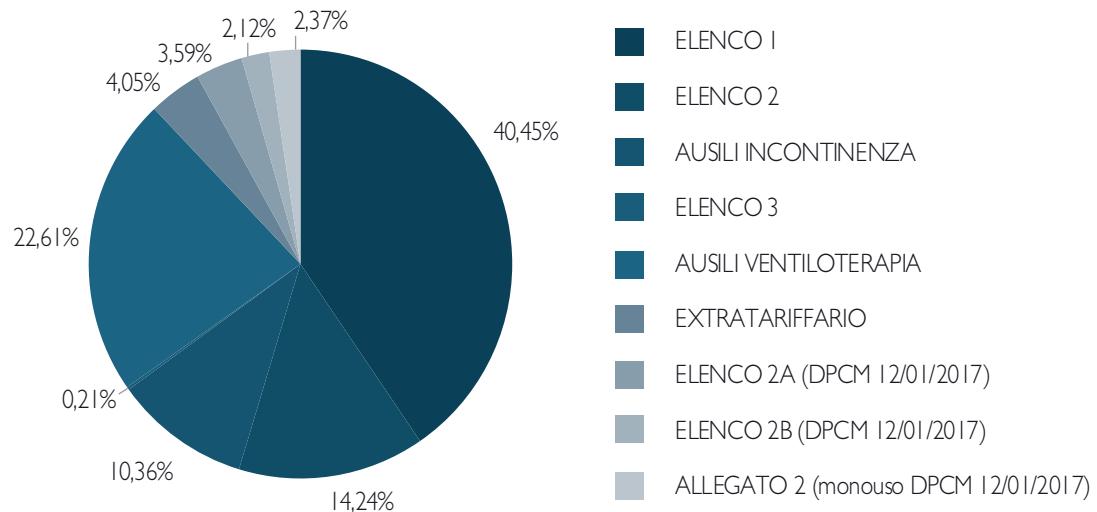
Fig. 2 - Trend spesa assistenza protesica della Regione Lazio 2021 - 2024



La distribuzione della spesa per categoria di ausili (Fig. 3) evidenzia una forte polarizzazione su poche categorie. La categoria Elenco 1 assorbe quasi metà delle risorse, seguita dagli ausili per ventiloterapia e dalla categoria Elenco 2. Le categorie Elenco 2A e 2B superano complessivamente il 12%, mentre le altre voci restano residuali.

Oltre il 77% della spesa è concentrato in tre categorie principali, evidenziando aree prioritarie per interventi di controllo e efficientamento, pur mantenendo attenzione alle categorie residuali per bisogni specifici. Si osserva inoltre un'estrema variabilità dei costi tra le diverse tipologie, elemento che richiede analisi mirate per garantire equità e sostenibilità.

Fig. 3 - Suddivisione della spesa protesica per categoria di ausili Regione Lazio 2024



Gli indicatori mostrano andamenti che riflettono una progressiva razionalizzazione e una crescente attenzione all'appropriatezza prescrittiva.

Si rileva una tendenza verso la concentrazione della spesa su dispositivi più complessi e personalizzati, una crescita costante degli investimenti e una polarizzazione delle risorse su categorie prioritarie.

La situazione di partenza in Regione Lazio evidenziava una gestione non omogenea dell'assistenza protesica, con gare aggiudicate dalla centrale acquisti regionale che spesso risultavano difficilmente attuabili presso le ASL, a causa di sistemi gestionali poco flessibili e di una mancanza di valutazione d'impatto iniziale.

Il quadro operativo era caratterizzato da un sistema prescrittivo frammentato, con procedure prevalentemente manuali e poca integrazione digitale, rendendo complesso il monitoraggio delle prescrizioni. Inoltre, risultava assente un sistema organico di monitoraggio dell'incidenza delle prestazioni LEA in rapporto alle richieste EXTRA-LEA.

A fronte della situazione riscontrata, è stato implementato il sistema informatico SANPRO, reingegnerizzando, semplificando e informatizzando l'architettura di gestione delle richieste, la presentazione delle istanze e l'autorizzazione da parte delle ASL.

Fondamentale anche il coinvolgimento delle sanitarie, che costituiscono dei presidi territoriali di riferimento per i cittadini.

La mappatura dei lotti delle gare aggiudicate e il sistema di prescrizione per codici di gara hanno consentito l'invio automatico degli ordini, rendendo il sistema stabile e attuabile.

Il sistema consente quindi al paziente di ricevere i prodotti direttamente dalla sanitaria, senza doversi recare fisicamente alla ASL e senza ulteriori passaggi burocratici.

L'obiettivo è implementare un sistema prescrittivo specialistico con la possibilità di prescrivere direttamente online, estendendo la gestione informatica anche alla ventiloterapia ed al riuso.

A tendere, il sistema informativo governerà tutti i processi protesici, consentendo di monitorare le prescrizioni e accertare la casistica di incidenza LEA rispetto alle richieste EXTRA-LEA.

Con la Deliberazione di Giunta n. 170 del 27/03/2025 è stato adottato il Nomenclatore Regionale per i presidi di assistenza integrativa e protesica, individuando le tariffe massime di rimborso sia per gli ausili di serie oggetto di gara, sia per quelli non oggetto di gara.

Successivamente, con la Deliberazione di Giunta n. 889 del 09/10/2025, è stato adottato il Nomenclatore Regionale per gli Ausili per l'uditivo, agevolando l'iter erogativo e risolvendo le disomogeneità nei rimborsi erogati dalle ASL, garantendo equità nell'assistenza e controllo della spesa.

Sono stati introdotti sottocodici LEA per dettagliare maggiormente la tipologia di presidio necessario, includendo anche i presidi bariatrici.

Per fornire linee di indirizzo rispetto a casistiche prescrittive ricorrenti riguardanti presidi non presenti nel nomenclatore LEA, è stata istituita la "Commissione Regionale appropriatezza prescrittiva dei presidi protesici", la quale ha avviato i lavori ad ottobre 2025.

L'implementazione dei sistemi informatici e la revisione dei processi gestionali hanno favorito una maggiore equità nell'accesso e nel rimborso, riducendo le disomogeneità territoriali e garantendo il controllo della spesa.

L'adozione dei nuovi nomenclatori e la costituzione della commissione regionale rappresentano passi fondamentali verso una governance più efficace e sostenibile dell'assistenza protesica.

La Regione Lazio si pone come riferimento per l'adozione di sistemi prescrittivi avanzati, capaci di governare in modo integrato tutti i processi protesici, promuovendo la trasparenza, l'appropriatezza e la sostenibilità.

In questo contesto, la condivisione degli obiettivi e la costruzione di una visione comune rappresentano elementi fondamentali per il miglioramento continuo dell'assistenza e per la valorizzazione delle esperienze e delle competenze di tutti gli attori coinvolti.

Farmaci, tecnologie innovative e sostenibilità

Il tema della sostenibilità del Servizio Sanitario Nazionale (SSN) in relazione alla disponibilità di Terapie innovative con particolare riferimento alle CAR-T e Terapie geniche è centrale nel governo dei processi e richiede l'applicazione di opportune ed avanzate strategie di governo che sappiano anche rivedere i paradigmi gestionali fino ad ora utilizzati. A livello nazionale, l'analisi dei trend temporali relativi ai Prodotti Medicinali per Terapie Avanzate (ATMP) rimborsati tra il 2019 e il 2024 rivela una tendenza di forte e costante espansione. L'incidenza della spesa per questi trattamenti sul totale del Servizio Sanitario Nazionale ha mostrato un incremento costante e rapido nel quinquennio. Parallelamente, sia la spesa in milioni di euro che il numero di trattamenti avviati sono cresciuti in maniera marcata anno dopo anno nel periodo osservato, accumulando totali significativi, come sintetizzato nella tabella di seguito.

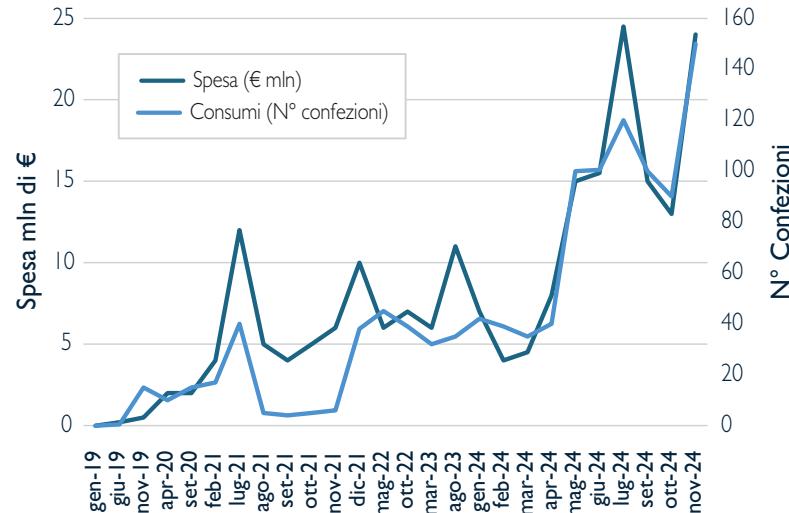
Trend annuale del numero di trattamenti avviati e spesa per gli ATMP rimborsati negli anni 2019-2024			
Anno	Consumi	Spesa	
	N ° trattamenti	Spesa in milioni di euro	Incidenza sultotale SSN (per mille)
2019	10	1,4	0,1
2020	127	16,7	0,7
2021	309	73,5	3,1
2022	319	86	3,4
2023	367	121,4	4,6
2024	580	194,5	6,9
TOTALE	1712	493,5	3,3

Fonte: ATMP Forum VIII Report 2025

Inoltre, il trend mensile della spesa in milioni di euro e dei consumi in numero di confezioni per gli ATMP rimborsati e commercializzati nel periodo 2019-2024 riflette ugualmente una crescita sostenuta nel tempo, manifestandosi sia nell'impegno finanziario sia nella diffusione delle confezioni, come osservabile nel grafico accanto.

L'analisi della numerosità e della spesa per tipologia di terapia avanzata nel periodo 2019-2024 evidenzia che la categoria "terapia genica ex vivo" (CAR-T) ha complessivamente generato l'impegno di spesa maggiore e la maggior parte dei trattamenti. La terapia genica (non CAR-T) ha registrato un numero complessivo di trattamenti significativamente elevato e ha mostrato una forte escalation di spesa nell'ultimo anno osservato. L'ingegneria tessutale ha contribuito in misura minore sia in termini di spesa che di trattamenti. I prodotti medicinali per terapie avanzate in commercio sono in evoluzione, e le terapie future oggetto di horizon scanning per i 30 mesi successivi al cut-off del 30/06/2025 indicano ulteriori sviluppi.

Trend mensile di spesa e consumi totali per gli ATMP rimborsati e commercializzati base alle



Fonte: ATMP Forum VIII Report 2025

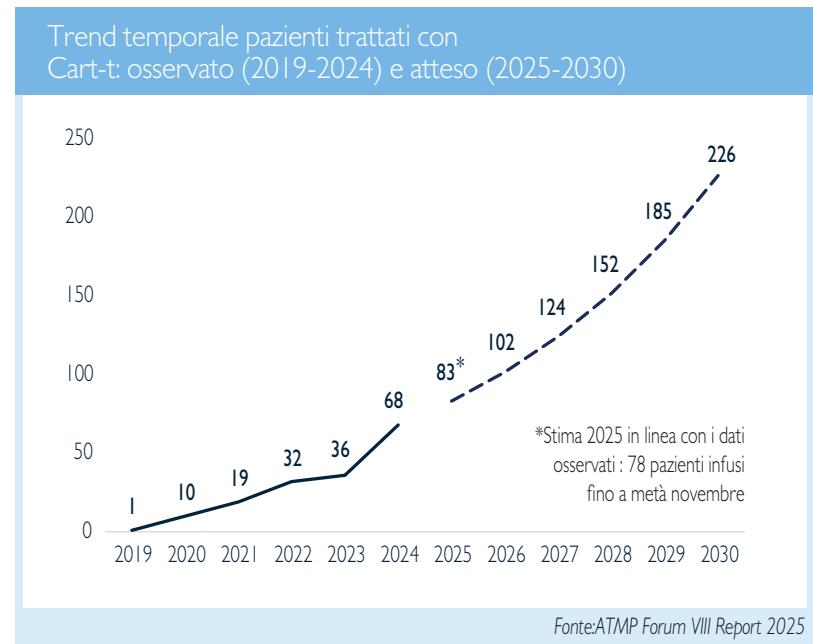
Nella Regione Lazio le terapie geniche e CAR-T non avevano una modalità gestionale dedicata che declinasse leve di governo diverse dall'ordinarietà di gestione dei processi. Risultavano autorizzati due centri nella somministrazione di detti trattamenti, uno pubblico (che per vincoli di budget operava a scartamento ridotto) ed uno privato accreditato che svolgeva la maggior parte dell'attività onde agire un recupero economico dei costi sostenuti per i farmaci. Per rispondere a questa situazione, è stato definito un programma di rete e governo delle CAR-T Regionale con l'istituzione di un tavolo di esperti (Commissione di indirizzo) e una procedura per l'individuazione e il trattamento.

Questa procedura ha definito i criteri di arruolamento al trattamento, basati sulle indicazioni AIFA ed eventuali ulteriori criteri individuati dal panel di esperti, al fine di orientare al meglio le scelte regionali. È stata implementata una lista unica di eleggibilità al trattamento che coordinasse l'operato regionale, con riunioni settimanali programmate per la discussione collegiale dei casi da trattare. Il sistema di relazioni creato consente di processare in rete tutti i pazienti della regione e di garantire la stessa possibilità di cura ai pazienti inseriti in lista anche dai centri referral.

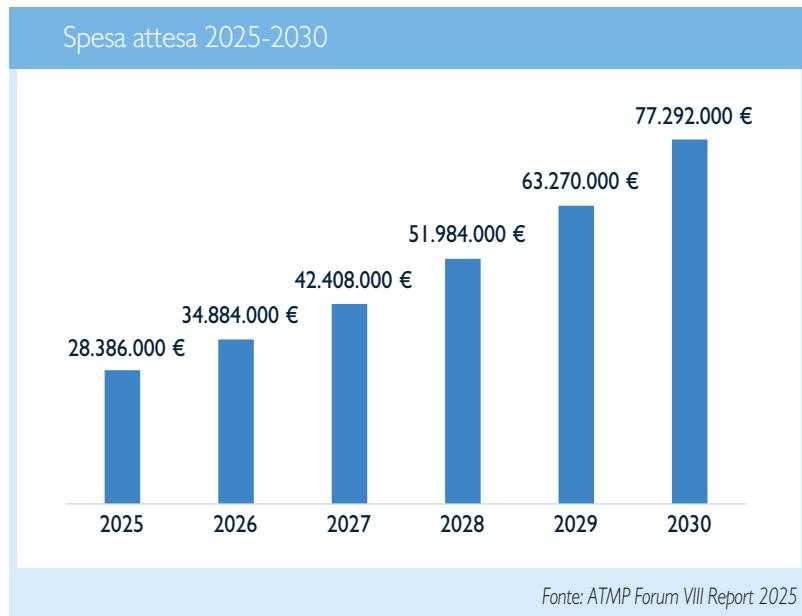
I due poli ad oggi operativi hanno una casistica sovrapponibile in termini di percentuali di arruolamento e di outcome clinico. Questo nuovo approccio può essere utilizzato anche per la definizione corretta nel tempo del budget da attribuire alle diverse strutture per le terapie avanzate e ad alto costo.

Il trend temporale dei pazienti trattati con terapie CAR-T, osservato dal 2019 al 2024 e atteso per il periodo 2025-2030, mostra un aumento costante nel periodo osservato, con una proiezione di crescita esponenziale nei prossimi anni. La stima per l'anno 2025 è in linea con i dati osservati fino a metà novembre. Le proiezioni attese mostrano infatti che il numero di pazienti da trattare è previsto in forte aumento fino al 2030.

Questa crescita nel numero di pazienti CAR-T nel Lazio comporta una spesa attesa in forte ascesa. Per le stime finanziarie previste tra il 2025 e il 2030, considerando un costo medio per trattamento pari a 342.000 €, la spesa attesa è proiettata in costante e significativa crescita annuale.



I prezzi ex factory delle tre terapie CAR-T approvate da AIFA rientrano infatti in una fascia di costo molto elevata, con un range che varia da 320.000 € a 360.000 € per singola dose .



Anche per altre terapie geniche nel Lazio si registrano numeri iniziali significativi, sebbene per patologie diverse. Per il trattamento dell'emofilia B grave e moderatamente grave negli adulti (Hemgenix), il costo per trattamento è molto elevato, con una stima di un numero limitato di pazienti all'anno, regolato da un accordo negoziale triennale con pay back in caso di fallimento terapeutico. Per il trattamento della beta-talassemia trasfusione-dipendente e dell'anemia falciforme (Casgevy), il costo è anch'esso molto elevato per trattamento, con una stima iniziale di pochi pazienti all'anno, anch'essa coperta da un accordo negoziale triennale.

Riguardo agli sviluppi futuri, la Regione Lazio sta implementando l'allestimento di un'officina CAR-T. È in corso di implementazione una collaborazione con la Lombardia per sviluppare prodotti immunoterapici CAR-T per la partecipazione a studi multicentrici in patologie oncologiche e immunologiche attualmente prive di trattamenti registrati. È prevista anche la partecipazione a network europei ed eventuali collaborazioni industriali, seguendo i principi della ricerca pubblica.

La visione da costruire e gli obiettivi da condividere per il futuro includono la revisione degli outcome raggiunti, l'applicazione del modello gestionale ad ambiti emergenti diversi, le valutazioni cliniche e la sostenibilità economica del sistema. L'implementazione e la gestione di queste terapie richiedono di affrontare numerosi fattori di complessità della programmazione.

Questi fattori sono raggruppati in aree chiave: impatto gestionale e programmazione finanziaria, dove sono rilevanti la selezione dei centri erogatori, la gestione del Fondo Farmaci Innovativi, l'impatto finanziario sul budget regionale ed aziendale e l'impatto finanziario derivante dalla mobilità extra-regionale, oltre alla gestione degli aspetti legali-contrattuali e dei processi di procurement.

Nell'ambito impatto organizzativo, a livello locale, sono indispensabili i team multidisciplinari, i processi di qualificazione e gli standard operativi, le dotazioni tecnologiche e il data management. A livello regionale, sono cruciali il networking tra i centri della rete, l'esistenza di codifiche e tariffe delle prestazioni, e l'impatto organizzativo delle reti Hub-Spoke e dei percorsi diagnostico-terapeutici. Ulteriori elementi organizzativi includono la formazione sul percorso diagnostico-terapeutico, l'informazione al paziente e al caregiver, il coinvolgimento dei Patient Advocacy Groups (PAGs) e delle strutture di supporto, e la definizione dei percorsi di eleggibilità. A livello nazionale, è fondamentale la garanzia di accessibilità alle cure.

Infine, l'epidemiologia richiede la disponibilità e l'aggiornamento dei dati epidemiologici nazionali, l'affidabilità delle fonti e dei flussi informativi locali, e la coerenza tra i dati epidemiologici e i centri prescrittori.



SFIDE PRIORITARIE

LISTE D'ATTESA E APPROPRIATEZZA

● **Definizione raccomandazioni di appropriatezza clinica e regole per la prescrizione appropriata**

Garantire l'appropriatezza clinica significa assicurare che ogni prescrizione risponda al reale bisogno del paziente. Regole chiare riducono variabilità e utilizzi impropri, favorendo percorsi coerenti con gli standard. Sono fondamentali strumenti di supporto alla decisione e sistemi di monitoraggio per audit sull'aderenza alle raccomandazioni, così da garantire applicazione uniforme.

● **Aumento consapevolezza della «persona» sul corretto percorso di prescrizione e di presa in carico e modalità di accesso ai servizi**

Il paziente deve essere informato e coinvolto per comprendere motivazioni, tempi e passaggi della presa in carico. Una maggiore consapevolezza riduce accessi impropri e disallineamenti. Servono campagne di comunicazione coordinate, collaborazione con associazioni e coerenza tra prescrittori per trasmettere messaggi chiari e uniformi.

● **Governo della domanda**

Separare prestazioni di primo accesso da quelle di controllo consente una gestione più efficiente delle agende. Occorre analizzare caratteristiche della popolazione e trend, applicare buone pratiche clinico-assistenziali e definire prestazioni appropriate per ogni fase del percorso. Sono necessari modelli organizzativi strutturati che includano gestione agende, rimodulazione tempi, prenotazioni e piattaforme digitali per ottimizzare gli appuntamenti.

● **Ridefinizione degli ambiti di garanzia in coerenza con la dislocazione dell'offerta del nostro servizio della peculiarità del territorio**

È necessario analizzare i flussi di prenotazione dentro e fuori l'ASL di assistenza attraverso uno strumento di monitoraggio per definire il fabbisogno aggiuntivo rispetto alla popolazione residente. Distribuire l'offerta in base alla complessità della prestazione e alla capacità di offerta delle specifiche strutture. Garantire, per le prestazioni ad alto volume, la prossimità territoriale.



RISORSE UMANE

● **Aumento retribuzioni**

Il miglioramento delle condizioni economiche richiede una contrattazione collettiva più efficace e strutturata, percorsi di carriera con tempi di avanzamento più rapidi e una struttura retributiva adeguata, così da valorizzare in modo tempestivo le competenze e le responsabilità dei professionisti. È fondamentale garantire meccanismi chiari e trasparenti per gli aumenti, affinché siano riconosciuti in maniera equa sia l'esperienza che i risultati ottenuti.

● **Differenziazione retribuzioni**

La differenziazione delle retribuzioni deve riflettere in maniera coerente la professionalità, gli anni di esperienza e i progressi di carriera, riconoscendo l'evoluzione delle competenze e delle responsabilità all'interno delle strutture sanitarie. È necessario garantire il riconoscimento della gravosità dei diversi ruoli e prevedere una componente retributiva dedicata ai dipartimenti di emergenza-urgenza, così da premiare in maniera equa chi opera in contesti particolarmente complessi.

● **Aumento attrattività delle specializzazioni**

Ridurre le disparità contrattuali tra professioni affini, valorizzare le diverse attività svolte dai professionisti e favorire la specializzazione delle aziende ospedaliere. Garantire percorsi professionali più chiari, qualificanti e motivanti contribuisce non solo a trattenere i talenti, ma anche a incentivare la formazione continua e lo sviluppo delle competenze specialistiche.

● **Valorizzazione competenze infermieristiche**

Sviluppare modelli organizzativi orientati alla gestione e alla presa in carico del paziente, promuovendo flessibilità nei sistemi organizzativi e riconoscendo formalmente i percorsi clinici e gestionali. In questo modo le competenze avanzate possono essere valorizzate, migliorando la qualità dell'assistenza e aumentando l'efficienza dei servizi.

● **Rafforzamento collaborazione tra SSR e Università**

Consolidare la sinergia tra servizio sanitario regionale e mondo accademico, integrando formazione, ricerca e innovazione. È importante evitare sovrapposizioni tra ruolo accademico e professionale, ampliare la formazione pratica nelle aziende sanitarie e accelerare l'ingresso nel mondo del lavoro degli studenti e degli specializzandi. Le università non possono formare in modo autonomo i professionisti sanitari, rendendo fondamentale la collaborazione con il servizio sanitario.



SFIDE PRIORITARIE

SALUTE MENTALE

- **Implementazione servizi innovativi e multidisciplinari per presa in carico precoce di adolescenti, giovani adulti, minori con misure giudiziarie e disturbi peri-partum**

La sfida consiste nell'implementazione di servizi multidisciplinari e integrati in grado di intercettare precocemente il disagio nelle fasce più vulnerabili. Approcci anche sperimentali consentono interventi tempestivi, riducono i rischi evolutivi e facilitano l'accesso a percorsi terapeutici coordinati.

- **Adozione Budget di Salute per integrazione socio-sanitaria in neurosviluppo e salute mentale**

Il Budget di Salute rappresenta uno strumento chiave per costruire percorsi personalizzati basati sui reali bisogni della persona. La sfida è integrarlo stabilmente nei servizi, rafforzando il lavoro delle UVMD e formando operatori capaci di collaborare in modo interprofessionale, per garantire interventi continuativi, inclusivi e orientati alla vita autonoma.

- **Definizione PDTA per autismo, disturbi alimentari e pazienti psichiatrici autori di reato**

Formalizzare PDTA specifici consente di garantire uniformità, qualità degli interventi e continuità assistenziale. La sfida è costruire percorsi condivisi che prevedano ruoli chiari, obiettivi misurabili e integrazione tra servizi sanitari, sociali e giudiziari, riducendo frammentazioni e migliorando gli esiti clinici e sociali.

- **Rafforzamento risorse umane, soprattutto nei servizi per le dipendenze**

Il potenziamento del personale è indispensabile per rispondere ai bisogni emergenti e gestire la crescente complessità clinica. La sfida è incrementare le équipe multiprofessionali, attrarre nuove competenze, ridurre il turnover e sostenere gli operatori con formazione continua e modelli organizzativi più efficaci.

- **Potenziamento rete residenziale extraospedaliera per i DNA, preferibilmente in gestione diretta**

I DNA rappresentano un'emergenza di salute mentale, con crescente incidenza, gravità e bisogno di trattamenti intensivi. La sfida è ampliare le strutture territoriali dedicate, sviluppando una rete qualificata, accessibile e integrata con i servizi ambulatoriali, garantendo interventi intensivi e continuità terapeutica attraverso la gestione diretta.



SFIDE PRIORITARIE

RAPPORTO CON IL PRIVATO ACCREDITATO

● **Remunerazione privato accreditato in funzione degli outcome**

L'integrazione del Piano Nazionale Esiti con misure sulla qualità della vita permette di valutare le cure oltre la sopravvivenza, orientando in futuro i DRG agli outcome reali. Scale standardizzate, KPI dedicati e un sistema di monitoraggio continuo garantiscono controllo su tempi, risultati e qualità dei percorsi clinici. La rilevazione pubblica della soddisfazione di pazienti e caregiver (PRM) favorisce trasparenza, umanizzazione delle cure e un modello di value-based healthcare.

● **Aggiornamento DM70/2015 in funzione dell'evoluzione demografica ed epidemiologica della popolazione**

Ricalibrare l'offerta ospedaliera ridefinendo il numero e la tipologia di posti letto in base all'invecchiamento della popolazione e ai maggiori bisogni assistenziali post-acuti. È necessario considerare la crescente diffusione delle patologie cronico-degenerative, che richiedono percorsi di cura continuativi e integrati, garantendo al contempo una capacità flessibile di risposta a eventuali future emergenze sanitarie.

● **Promozione collaborazione con grandi gruppi erogatori**

Definire reti assistenziali che integrino strutture di dimensioni minori con l'ospedale e il territorio, garantendo percorsi di cura continui. Occorre stabilire le caratteristiche dei gruppi clinici e identificarli tramite soglie di volume che assicurino qualità e competenza. È inoltre fondamentale promuovere la collaborazione con grandi enti erogatori in grado di offrire elevati standard, certificazioni adeguate e significativi livelli di efficienza.

● **Rafforzamento il rapporto tra pubblico-privato per aree strutturali critiche**

Definire un piano condiviso che identifichi le aree critiche per l'integrazione del partenariato pubblico-privato, stabilendo obiettivi, esiti e outcome misurabili. È necessario inoltre fissare regole chiare per l'adozione di soluzioni innovative nel rapporto pubblico-privato, riguardanti autorizzazione, remunerazione, accreditamento e contrattualizzazione, così da garantire trasparenza, coerenza operativa e un'efficace integrazione tra i diversi erogatori.



SFIDE PRIORITARIE

UMANIZZAZIONE DELLE CURE E PARTECIPAZIONE DEI CITTADINI

● **Adozione approccio olistico per la presa in carico del cittadino e prevenzione futuri bisogni di salute**

La sfida è considerare la persona nella sua interezza, integrando dimensioni fisiche, psicologiche e sociali. Un approccio olistico permette di individuare precocemente fattori di rischio, attivare interventi preventivi e costruire percorsi di cura personalizzati, riducendo l'insorgenza di bisogni più complessi nel tempo.

● **Progettazione servizi partendo dall'esperienza dell'utente (UX design)**

Costruire servizi realmente efficaci significa comprenderne l'utilizzo dal punto di vista del cittadino. Applicare principi di User Experience (UX) design - ossia facilità d'uso, l'accessibilità, l'utilità - consente di semplificare l'accesso, ridurre barriere organizzative, migliorare la comunicazione e rendere l'intero percorso più intuitivo e funzionale, aumentando soddisfazione e qualità percepita.

● **Identificazione strumento di valutazione standardizzato e digitale e pubblicazione disponibilità e risultati nel sito di ciascuna azienda partendo dall'esperienza dell'utente**

La standardizzazione della valutazione è essenziale per garantire equità e trasparenza. Uno strumento digitale condiviso permette di monitorare in modo uniforme la qualità dei servizi e fornire al cittadino informazioni chiare, accessibili e comparabili. La pubblicazione dei risultati favorisce accountability, miglioramento continuo e fiducia nel sistema.

● **Creazione rete fatta di persone, competenze, informazioni e professionalità**

La presa in carico efficace richiede connessioni solide tra servizi e professionisti. Costruire una rete integrata significa facilitare il passaggio delle informazioni, promuovere collaborazione multidisciplinare e attivare sinergie tra territorio, ospedale e comunità, così da garantire continuità assistenziale e risposte tempestive.

● **Sviluppo capacità di ascolto ed empatia**

L'ascolto attivo e l'empatia sono competenze centrali per comprendere davvero i bisogni della persona e costruire una relazione di fiducia. Investire su queste abilità migliora la qualità percepita dall'utente, riduce incomprensioni, facilita l'adesione ai percorsi di cura e rende l'assistenza più umana e personalizzata.



SOSTENIBILITÀ DEL SSN A MEDIO-LUNGO TERMINE

● **Investimento in stili di vita e prevenzione**

Trasformare la salute in una scelta quotidiana significa coinvolgere la popolazione sana in programmi di prevenzione primaria, offrendo incentivi fiscali e altri benefit finanziati da fondi pubblici. Parallelamente, è essenziale diffondere strumenti digitali semplici e accessibili per promuovere stili di vita sani e garantire servizi personalizzati, favorendo la partecipazione attiva dei cittadini con il supporto delle istituzioni.

● **Riqualificazione sanità integrativa e integrazione sociosanitaria**

Riqualificare la spesa privata è fondamentale per orientare la sanità integrativa verso servizi realmente complementari al pubblico, per rispondere a nuovi bisogni multidimensionali e ridurre le disegualanze. Occorre sviluppare soluzioni assicurative che rispondano alle esigenze di fragilità, non autosufficienza e prevenzione, integrando in modo efficace e sostenibile il welfare sanitario con quello sociale.

● **Superamento logica a silos e tetti di spesa**

Aggiornare la legislazione nazionale è prioritario per superare frammentazioni normative e vincoli rigidi che ostacolano una gestione integrata delle risorse. Serve un quadro flessibile e unitario, orientato all'efficienza, capace di favorire una programmazione dinamica e di rispondere ai bisogni reali della popolazione, valorizzando modelli di cura innovativi e una visione sistematica della sanità.

● **Adeguamento competenze delle professioni sanitarie e mediche**

Ripensare ruoli e competenze è cruciale per garantire continuità assistenziale e sostenibilità. Ciò implica ridefinire flussi di lavoro, valorizzare le professioni esistenti - anche valutando le opportunità derivanti dalle nuove frontiere di utilizzo dell'IA. Allo stesso tempo, occorre reingegnerizzare i percorsi formativi universitari e continui, integrando competenze per una sanità flessibile e tecnologica.

● **Potenziamento degli strumenti digitali**

L'uso strategico dei dati rappresenta una leva decisiva per migliorare programmazione, prevenzione e personalizzazione dei servizi. È necessario sviluppare piattaforme interoperabili e modelli previsionali, aggiornando il quadro normativo per garantire un equilibrio tra tutela della privacy e valorizzazione del dato, favorendo soluzioni digitali sicure ed efficaci.



SFIDE PRIORITARIE

ANALISI DEI BISOGNI DI SALUTE E INVECHIAMENTO DELLA POPOLAZIONE

- **Pianificazione città considerando il cambiamento demografico in ottica previsionale; rafforzamento azioni per le città in salute**

Le città devono essere ripensate per rispondere alle trasformazioni demografiche, epidemiologiche e sociali. Una pianificazione urbana orientata al futuro permette di creare ambienti accessibili, inclusivi e favorevoli alla socialità. La realizzazione di città in salute, tramite lo strumento della Urban Health, consente di integrare la tutela della salute, dell'ambiente e del senso di comunità, migliorando la qualità della vita.

- **Creazione modelli e strumenti per l'analisi dei bisogni di salute basati su dati territoriali, di comunità e individuali**

L'utilizzo di dati affidabili consente di comprendere con precisione le esigenze della popolazione, delle comunità, delle singole persone. Modelli predittivi, e strumenti di profilazione identificano fragilità, rischi e priorità. Questo approccio favorisce una programmazione più efficace, servizi personalizzati e una migliore allocazione delle risorse, aumentando l'efficienza dell'intero sistema.

- **Individuazione finanziamenti per co-housing e caregiving con standard per assistenza innovativa**

Modelli abitativi innovativi, come il co-housing, rappresentano soluzioni sostenibili che promuovono autonomia e supporto reciproco. Finanziare queste iniziative, insieme a percorsi strutturati per caregiver, consente di garantire standard assistenziali moderni, ridurre il carico familiare e alleggerire la pressione sulle strutture sanitarie tradizionali.

Promozione stili di vita sani, riduzione indice di dipendenza e aumento aspettativa di vita in salute

Per affrontare il cambiamento demografico è necessario promuovere salute fisica e mentale lungo tutto l'arco della vita. Interventi dedicati alla natalità, alla prevenzione e alla partecipazione sociale favoriscono un invecchiamento attivo e contribuiscono a riequilibrare l'indice di dipendenza permettendo parimenti l'aspettativa di vita in buona salute.

- **Riconduzione spesa out of pocket a un approccio di sistema, includendo i costi non sostenibili**

La crescente spesa sanitaria privata può generare disuguaglianze e rinunce alle cure. Inquadrarla in una logica di sistema significa monitorarla, comprenderne gli impatti e costruire il governo delle intermediazioni.



SFIDE PRIORITARIE

RUOLO DEL VOLONTARIATO

● **Standardizzazione inserimento volontari nelle Case di Comunità**

La sfida consiste nel definire criteri e procedure omogenee per favorire l'inserimento dei volontari, garantendo chiarezza di ruoli, sicurezza, competenze adeguate e integrazione con le équipe professionali. Una standardizzazione efficace permette di valorizzare il contributo del volontariato e migliorare la qualità dei servizi offerti alla comunità.

● **Costruzione griglia regionale indicatori**

È necessario sviluppare un sistema di indicatori condiviso che permetta di valutare in modo uniforme performance, esiti e qualità dei servizi. Una griglia regionale facilita il monitoraggio, rende confrontabili i risultati e supporta la programmazione strategica basata su dati oggettivi e misurabili.

● **Definizione percorsi uniformi formazione**

Uniformare la formazione significa garantire a volontari e operatori competenze omogenee, aggiornate e coerenti con gli obiettivi del sistema sociosanitario. La definizione di percorsi formativi strutturati assicura standard professionali elevati, maggiore qualità assistenziale e continuità nelle modalità operative.

● **Definizione linee guida coprogettazione ambito sociosanitario**

La coprogettazione richiede strumenti chiari per favorire collaborazione tra istituzioni, enti del terzo settore e comunità. La definizione di linee guida consente di strutturare processi partecipati, trasparenti e orientati ai bisogni reali del territorio, facilitando soluzioni innovative e sostenibili.

● **Promozione cultura del volontariato - costruire reti**

Promuovere la cultura del volontariato significa valorizzarne il ruolo sociale e creare le condizioni per una partecipazione attiva e continuativa. Costruire reti tra associazioni, servizi e comunità rafforza la capacità del territorio di rispondere ai bisogni, favorisce sinergie e aumenta l'impatto delle iniziative solidali.



ASSISTENZA PROTESICA

● **Definizione accordo quadro multi-fornitore e multiprodotto**

Questa sfida riguarda la capacità di offrire soluzioni realmente calibrate sui bisogni individuali, superando modelli rigidi e poco flessibili. L'adozione di accordi quadro che coinvolgono più fornitori e prodotti permette di ampliare la gamma disponibile, migliorare la qualità dell'offerta e assicurare maggiore adattabilità nei percorsi di presa in carico.

● **Individuazione criteri di valutazione extratariffario**

Per garantire equità e trasparenza, è necessario sviluppare criteri uniformi per valutare dispositivi non ancora inclusi nei nomenclatori. Questa attività permette di riconoscere presidi innovativi, evitare disparità e assicurare che ogni richiesta venga analizzata con metodo e oggettività, riducendo tempi di risposta nonché la variabilità decisionale.

● **Informatizzazione intero processo**

La digitalizzazione rappresenta una leva fondamentale per migliorare efficienza, sicurezza, qualità e appropriatezza. Un sistema unico e integrato, capace di tracciare ogni fase – dalla prescrizione alla consegna – consente di monitorare i processi, ridurre errori, garantire continuità informativa tra professionisti e offrire al paziente una maggiore trasparenza del processo di fornitura che quindi risulta essere più chiara e coordinata.

● **Istituzione Fast track per riduzione tempi di consegna presidi urgenti**

Alcune categorie di pazienti richiedono risposte più rapide, soprattutto in condizioni di fragilità o urgenza clinica. L'implementazione di un triage dedicato permette di accelerare i passaggi dell'iter, prioritizzare correttamente le richieste e ridurre attese che possono aggravare il quadro clinico, migliorando accessibilità e tempestività delle cure.

● **Standardizzazione delle modalità prescrittive secondo criteri clinici uniformi e valutazione di appropriatezza**

Rendere omogenee le modalità prescrittive, anche tramite un processo di informatizzazione, è essenziale per garantire equità e qualità. L'obiettivo è assicurare che ogni dispositivo venga scelto sulla base di criteri clinici chiari e condivisi, riducendo variabilità, inappropriatezze e sprechi, e orientando il sistema verso una presa in carico più coerente e centrata sul paziente.



SFIDE PRIORITARIE

FARMACI, TECNOLOGIE INNOVATIVE E SOSTENIBILITÀ

● **Promozione attività di Horizon scanning**

L'attività di Horizon scanning include l'analisi proattiva dei farmaci e trattamenti in sviluppo, con raccolta delle informazioni, valutazione dello stato di avanzamento e tempistiche di approvazione del singolo studio, nonché la stima degli impatti su mercato e pazienti. È essenziale inoltre mappare le competenze delle strutture e dei professionisti regionali al fine di delineare un modello di governance per la gestione dei percorsi di cura e la somministrazione di farmaci innovativi, garantendo un approccio scientifico e centrato sul paziente.

● **Definizione sistema qualificazione di strutture e competenze**

È fondamentale definire criteri di eleggibilità dei centri clinici attraverso linee di indirizzo regionali che stabiliscano requisiti clinico-organizzativi e parametri per la selezione dei pazienti. Elemento strategico è la creazione di una rete di strutture Hub & Spoke, in cui i primi gestiscono i casi complessi e gli spoke sono dedicati alle attività di prossimità. La rete deve essere supportata da protocolli condivisi e canali di comunicazione strutturati, per assicurare qualità, continuità e coerenza.

● **Adozione strumenti di monitoraggio e reporting**

È fondamentale definire metriche chiare per monitorare e valutare l'efficacia clinica delle terapie erogate. Queste metriche devono essere funzionali alla gestione del percorso del paziente, dalla diagnosi al follow-up. A monte, è necessario sviluppare una piattaforma di raccolta ed elaborazione dati, che consenta analisi strutturate e tempestive. Parte integrante di questo processo è la definizione di un dataset minimo, indispensabile per uniformare la raccolta delle informazioni.

● **Definizione dei criteri di prioritizzazione**

Si stabiliscono criteri clinici per modulare i livelli di priorità nella presa in carico, basati su gravità, urgenza e probabilità di beneficio, per ottimizzare risorse e ridurre tempi di attesa. L'obiettivo è garantire equità e trasparenza, supportato da provvedimenti regolatori regionali e linee di indirizzo condivise con la Commissione regionale farmaco.

Evoluzione dei bisogni della popolazione e umanizzazione delle cure

Tavola rotonda di confronto

Vogliamo costruire una sanità che non si limiti a funzionare, ma che sappia anche accogliere. Una sanità che parli il linguaggio della competenza e quello della gentilezza. Che sia moderna ed efficiente, ma anche profondamente umana.

L'umanizzazione delle cure non è un concetto astratto. È qualcosa di molto concreto. È il sorriso di un'infermiera. È la gentilezza di un medico che spiega, si ferma, ascolta. È la dignità di una stanza pulita, confortevole, luminosa. È un letto comodo, una parete colorata, un bagno funzionante. È sentirsi accolti, non solo curati.

Perché la dignità del paziente passa anche da lì: dall'ambiente in cui lo ospitiamo, dai piccoli gesti, dai dettagli. E quei dettagli non sono secondari: sono tutto.

Un sorriso non costa nulla. Ma può cambiare la giornata di una persona ricoverata. Può fare la differenza tra sentirsi un numero o sentirsi un essere umano.

L'evoluzione demografica e sociale ha portato alla crescente emersione di bisogni socio-sanitari e sociali che richiedono un approccio integrato e innovativo. L'invecchiamento della popolazione, l'aumento delle malattie croniche, la modifica della composizione del nucleo familiare, oggi sempre più monopersonale, e la crescente complessità delle fragilità sociali necessitano di risposte che vadano oltre il tradizionale modello sanitario, abbracciando una visione olistica del benessere.

Affrontare questi nuovi bisogni richiede un sistema che coniughi aspetti sanitari, sociali e assistenziali. Modelli di cura integrati, come la "presa in carico globale" e il potenziamento della medicina territoriale, possono garantire una risposta più efficace e personalizzata.

La capacità di rispondere ai nuovi bisogni socio-sanitari e sociali rappresenta una sfida cruciale per il futuro del nostro sistema di welfare. Un approccio integrato, sostenuto dall'innovazione e dalla collaborazione intersettoriale, può garantire un modello di cura sostenibile, equo e centrato sulla persona. Solo così sarà possibile affrontare con successo le trasformazioni in atto, tutelando la salute e il benessere di tutti i cittadini.

Tavola rotonda di confronto

Nel corso della Tavola rotonda si è svolto un confronto strutturato tra i Direttori Generali degli Enti della Regione Lazio sul tema evoluzione dei bisogni della popolazione e umanizzazione delle cure, durante il quale sono state poste due domande: “Quanto tempo dedica all’esperienza del paziente presso le sue strutture?”; “Ci fa qualche esempio di nuovi bisogni emersi sul suo territorio?”. Ogni Direttore ha contribuito con il proprio punto di vista e con esperienze maturate nei rispettivi contesti. I contributi raccolti sono stati successivamente analizzati e sintetizzati, dando origine a due risposte di carattere generale che aggregano i principali temi emersi, offrendo una visione complessiva e condivisa.

Domanda I: Quanto tempo dedica all’esperienza del paziente presso le sue strutture?

L’esperienza del paziente è oggi considerata un indicatore strategico della qualità dei servizi sanitari e non si esaurisce nel tempo di contatto diretto con il professionista, ma si estende a tutto il percorso di cura. Le strutture sanitarie stanno adottando un approccio olistico che integra dimensioni cliniche, organizzative e relazionali. Ciò significa garantire accoglienza, ascolto e rispetto della persona, riducendo la percezione di anonimato e favorendo la continuità assistenziale.

Le azioni introdotte spaziano dalla riorganizzazione dei processi per semplificare l’accesso e ridurre le attese, alla riqualificazione degli ambienti per assicurare comfort, privacy e dignità. L’umanizzazione delle cure è perseguita attraverso percorsi personalizzati, multidisciplinari e orientati alla presa in carico globale, con il coinvolgimento della rete familiare e sociale. In parallelo, si investe in strumenti innovativi come la telemedicina, i sistemi di supporto alle decisioni cliniche e l’intelligenza artificiale, che consentono di ottimizzare tempi e risorse, liberando spazio per la relazione medico-paziente.

Un ruolo centrale è attribuito all’ascolto sistematico dei cittadini mediante indagini di soddisfazione, analisi dei reclami e monitoraggio dei percorsi critici, trasformando il feedback in leva di miglioramento continuo. L’esperienza del paziente è inoltre influenzata dalla capacità di integrare ospedale e territorio, attraverso modelli di prossimità e continuità assistenziale, in linea con le recenti riforme nazionali.

In sintesi, il tempo dedicato all'esperienza del paziente si traduce in governance, innovazione e cultura organizzativa orientata alla persona, dove ogni intervento – dalla progettazione dei servizi alla formazione del personale – è finalizzato a rendere la cura non solo efficace, ma anche accogliente e rispettosa.

Domanda 2: Ci fa qualche esempio di nuovi bisogni emersi sul suo territorio?

I bisogni emergenti riflettono trasformazioni demografiche, sociali e cliniche di grande rilievo. L'invecchiamento della popolazione, con un indice di vecchiaia in costante crescita, impone modelli assistenziali capaci di garantire continuità, prossimità e sostegno ai caregiver, attraverso servizi domiciliari evoluti e strutture intermedie come Case e Ospedali di Comunità. A questa dinamica si affianca l'incremento delle cronicità e della multimorbidità, che richiedono percorsi integrati e personalizzati, nonché una forte sinergia tra sanitario e sociale.

Accanto alle patologie croniche, emerge con forza il tema della salute mentale, in particolare tra i giovani, dove si registrano un aumento di disturbi psichici e comportamenti a rischio. Per rispondere a questa criticità, le aziende sanitarie stanno sviluppando progetti dedicati, potenziando centri specialistici e promuovendo iniziative di prevenzione nelle scuole. Parallelamente, si impone la necessità di affrontare fenomeni emergenti come l'antibiotico-resistenza e le conseguenze della solitudine - fattori che incidono profondamente sul benessere psicofisico.

Un'attenzione crescente riguarda anche le persone con disabilità grave, per le quali sono stati introdotti modelli organizzativi innovativi che garantiscono percorsi facilitati e ambienti accoglienti. In questo contesto, si evidenzia inoltre la domanda di orientamento e informazione: la complessità dei servizi sanitari genera difficoltà nell'individuare i percorsi corretti, rendendo indispensabili strumenti di comunicazione chiari, punti di accesso dedicati e il supporto del terzo settore.

Infine, il contesto post-pandemico e i cambiamenti climatici hanno introdotto nuove sfide per l'emergenza-urgenza, con richieste legate a crisi psichiche acute, gestione di fragilità e scenari ambientali non convenzionali. In sintesi, i bisogni emergenti non riguardano solo nuove patologie, ma anche la modalità di erogazione dei servizi: più vicini, integrati, proattivi e capaci di accompagnare la persona nella complessità del percorso di salute.

Conclusioni

Dall'analisi congiunta di quanto finora esposto emerge una visione chiara e condivisa: costruire un Servizio Sanitario Regionale più sostenibile, accessibile, moderno e capace di rispondere in modo equo e tempestivo ai bisogni di salute attuali e futuri della popolazione. Le trasformazioni demografiche, l'aumento delle cronicità, l'espansione delle terapie innovative e la pressione crescente sulle strutture richiedono una strategia sistematica, integrata e fondata sulla valorizzazione delle risorse umane e tecnologiche.

Un primo obiettivo comune è la riduzione strutturale delle liste d'attesa, da perseguire con un governo coordinato di domanda e offerta, l'integrazione delle agende del privato accreditato nel sistema ReCUP, il potenziamento dei processi di recall e un investimento mirato sull'appropriatezza prescrittiva. L'obiettivo non è solo recuperare le prestazioni fuori soglia, ma soprattutto prevenire nuovi accumuli, stabilizzando standard omogenei e percorsi di presa in carico coerenti. Per migliorare l'appropriatezza prescrittiva è auspicabile un supporto dal livello centrale, attraverso la definizione di linee guida dedicate con il contributo del Sistema Nazionale Linee Guida.

In parallelo, i tavoli sulla salute mentale, sull'assistenza protesica e sull'analisi dei bisogni di salute convergono sulla necessità di rafforzare la presa in carico territoriale, superando le disomogeneità tra aree della Regione e aggiornando la programmazione in funzione dei bisogni emergenti (adolescenti, disturbi del comportamento alimentare, doppia diagnosi, disabilità). La costruzione di reti integrate, l'estensione dei percorsi uniformi (ADHD, DNA, autismo), lo sviluppo di setting innovativi e soprattutto l'adozione del Budget di Salute rappresentano strumenti chiave per assicurare continuità assistenziale e inclusione sociale e per dare una vera risposta assistenziale anche ai care giver e alle famiglie.

Parallelamente l'innovazione tecnologica e terapeutica rappresenta un asse strategico, con particolare riferimento a CAR-T, terapie geniche e nuovi modelli di governance delle tecnologie sanitarie. Gli obiettivi includono: costruire una rete regionale dedicata, definire modelli di finanziamento sostenibili e adottare strumenti avanzati di programmazione e valutazione. L'orizzonte è quello di una Regione protagonista sul piano della ricerca, in grado di integrare innovazione, sostenibilità economica e accesso equo. In questa prospettiva, è auspicabile che la Regione assuma un ruolo attivo anche nella produzione pubblica delle terapie innovative, promuovendo collaborazioni di ricerca strutturate tra settore pubblico e privato.

I tavoli evidenziano poi l'urgenza di potenziare il capitale umano del servizio sanitario, affrontando carenze strutturali di personale, migliorando l'attrattività attraverso percorsi di carriera, valorizzazione delle competenze, migliori condizioni di lavoro e un maggiore allineamento agli standard europei. Il potenziamento delle professioni sanitarie, soprattutto infermieristiche, è cruciale per realizzare i modelli territoriali previsti dal PNRR. In questa direzione, è prioritario concentrare le risorse sugli adeguamenti retributivi, allineandoli alle medie europee e introducendo meccanismi di differenziazione retributiva per le specializzazioni meno attrattive a causa delle particolari condizioni di lavoro e delle diverse opportunità economiche di riferimento.

Un ulteriore contributo decisivo proviene dal tavolo sul privato accreditato, che sottolinea la necessità di una programmazione condivisa e di un modello di committenza basato su outcome, qualità, continuità dei percorsi e uso appropriato delle risorse. La collaborazione pubblico-privato viene riconosciuta come componente strutturale e strategica del sistema regionale. Per renderla più efficace è auspicabile valorizzare l'esperienza dei gruppi privati più strutturati, capaci di garantire standard qualitativi elevati, processi organizzativi definiti e una copertura integrata di più setting assistenziali, assicurando una presa in carico completa e rafforzando le discipline oggi penalizzate da carenze di offerta.

Inoltre, per garantire la sostenibilità del Servizio Sanitario Nazionale nel medio-lungo periodo, è necessario considerare l'evoluzione delle condizioni epidemiologiche e demografiche. In questa prospettiva, occorre rivedere l'offerta sanitaria, in particolare quella ospedaliera, aggiornando gli standard definiti dal DM 70/2015, elaborati su dati ormai superati dalle evidenti modifiche intervenute negli ultimi 10 anni sulle caratteristiche demografiche e familiari della popolazione.

L'analisi dei determinanti di salute, peraltro, evidenzia come oggi il Servizio Sanitario destini risorse minime ai fattori che maggiormente influenzano lo stato di salute della popolazione, come gli stili di vita. Pertanto, occorre riorientare le risorse verso la prevenzione, soprattutto primaria, favorendo interventi proattivi, personalizzati e digitali, rivolti in primo luogo alla popolazione sana.

Gli Stati Generali tracciano un percorso unitario, sistematico e partecipato: sostenibilità, equità e innovazione come pilastri di una governance integrata, capace di valorizzare persone e tecnologie e di programmare sulla base di dati, risultati e nuovi modelli di cura. L'obiettivo finale è costruire un Servizio Sanitario Regionale che non solo risponda ai bisogni attuali, ma anticipi quelli futuri, ponendo al centro il cittadino e la comunità.

Francesco Rocca



