



**CENTRO STUDI
PERSONE E SALUTE
REGIONE LAZIO**



11-12 giugno 2026

SALUTE: PERSONE TERRITORI, DIRITTI

Accanto alle persone, dentro le fragilità

**Opificio Italicamp
Via Luigi Pierantoni 2° - ROMA**



**CENTRO STUDI
PERSONE E SALUTE
REGIONE LAZIO**

NON LASCIAMO NESSUNO SOLO:

Tavolo 1 - infanzia e adolescenza

Spunti introduttivi per il tavolo di confronto

Premessa

Parlare di salute dei bambini e degli adolescenti significa parlare del futuro della nostra comunità.

Il Lazio dispone di una rete pediatrica di eccellenza, di ospedali di riferimento nazionale, di servizi specialistici e di professionisti di alto livello. Tuttavia, accanto a questi punti di forza, emergono criticità che riguardano la continuità dei percorsi di cura, la presa in carico territoriale, le disuguaglianze tra territori e la capacità del sistema di accompagnare bambini, adolescenti e giovani adulti nelle diverse fasi della crescita.

L'obiettivo di questo tavolo non è analizzare singole patologie o singoli servizi, ma osservare il percorso di crescita nella sua interezza: dalla nascita all'infanzia, dall'adolescenza all'ingresso nell'età adulta.

Una fotografia dei dati

Dalla nascita ai primi anni di vita

Il Lazio dispone di una rete strutturata di screening neonatali che comprende screening metabolico esteso, screening per l'atrofia muscolare spinale (SMA), screening uditivo e oftalmologico. La Regione dispone inoltre di una consolidata rete per le malattie rare che coinvolge 21 istituti regionali e oltre 50.000 persone prese in carico. Una stima porta a circa 13.000-16.000 bambini e adolescenti affetti da malattie rare seguiti dalla rete regionale.

L'elemento centrale non riguarda soltanto la diagnosi precoce ma anche la rapidità della presa in carico, la continuità assistenziale, il sostegno alle famiglie e la disponibilità di servizi territoriali in grado di accompagnare percorsi spesso complessi e di lunga durata.

Prevenzione e vaccinazioni

Le coperture vaccinali pediatriche del Lazio risultano generalmente elevate ma non sempre raggiungono il target del 95% raccomandato per alcune vaccinazioni dell'infanzia.

Particolarmente rilevante è il dato relativo alla vaccinazione contro l'HPV: il ciclo completo risulta effettuato dal 54% delle ragazze e dal 48,5% dei ragazzi delle coorti considerate, valori inferiori alla media nazionale.



Anche la vaccinazione antinfluenzale pediatrica presenta livelli di adesione contenuti, con coperture stimate intorno al 19% nella popolazione infantile interessata dalla raccomandazione regionale.

Stili di vita e prevenzione delle patologie croniche

I dati mostrano che il 28,8% dei bambini laziali di 8-9 anni è in eccesso ponderale, di cui il 7,2% obeso e il 2% affetto da obesità grave.

Parallelamente, soltanto il 9% degli adolescenti tra 11 e 15 anni pratica ogni giorno almeno 60 minuti di attività fisica, come raccomandato dall'OMS.

L'obesità infantile, la sedentarietà e gli stili di vita non salutari rappresentano oggi importanti fattori di rischio per future patologie cardiovascolari, metaboliche e croniche.

Neurosviluppo, autismo, DSA e salute mentale evolutiva

I disturbi del neurosviluppo rappresentano una delle principali sfide per i servizi territoriali.

I dati nazionali indicano una prevalenza dei disturbi dello spettro autistico pari a circa un bambino ogni 77 tra i 7 e i 9 anni. Il Lazio ha sviluppato percorsi dedicati e un Piano regionale per l'autismo, ma restano segnalate criticità legate ai tempi di diagnosi, alle liste di attesa, alla disponibilità delle terapie e alla transizione verso l'età adulta.

Anche sul fronte dei DSA il numero delle certificazioni è in crescita e richiede un forte coordinamento tra scuola, servizi sanitari e famiglie.

Secondo l'OMS e la SINPIA, tra il 10% e il 20% dei bambini e adolescenti presenta un disturbo mentale e circa la metà delle patologie psichiatriche manifesta i primi sintomi entro i 14 anni.

Salute mentale degli adolescenti

I dati disponibili mostrano segnali che meritano attenzione.

La quota di adolescenti che dichiara una bassa soddisfazione della propria vita è passata dall'11,5% al 20,3% tra il 2018 e il 2022. A 15 anni dichiarano uno stato di salute buono o eccellente l'87,2% dei ragazzi contro il 73,5% delle ragazze.

Nel Lazio gli accessi in pronto soccorso per diagnosi psichiatriche in età evolutiva sono stati quasi 3.000 l'anno nel periodo precedente alla pandemia. Tra i ricoveri emergono con particolare frequenza sindromi affettive e disturbi del comportamento alimentare.



Digitale, dipendenze e comportamenti a rischio

La vita dei ragazzi si sviluppa sempre più in ambienti digitali.

I dati mostrano una crescita dell'uso problematico dei social media, soprattutto tra le ragazze, e un utilizzo problematico dei videogiochi più frequente tra i ragazzi.

Le rilevazioni nazionali segnalano inoltre diffusione di consumo di alcol, nicotina elettronica, psicofarmaci senza prescrizione e gioco d'azzardo tra gli adolescenti.

Povertà, vulnerabilità sociale e disuguaglianze

Nel Lazio vivono circa 900.000 minori.

Si stima che tra 80.000 e 85.000 minori vivano in condizioni di povertà economica, mentre le situazioni di vulnerabilità sociale e alimentare potrebbero coinvolgere un numero significativamente più elevato di famiglie.

Mense scolastiche, asili nido, tempo pieno, attività sportive e servizi educativi rappresentano quindi non soltanto strumenti sociali ma anche interventi di prevenzione sanitaria.

La transizione verso l'età adulta

Una delle principali criticità evidenziate riguarda il passaggio dall'età evolutiva all'età adulta.

Tra i 16 e i 25 anni molti percorsi sanitari, educativi e sociali rischiano di interrompersi. Nella sola area romana si contano oltre 87.000 giovani NEET tra i 15 e i 29 anni.

La transizione verso i servizi per adulti, l'inserimento formativo e lavorativo e il raggiungimento dell'autonomia rappresentano oggi uno dei temi più rilevanti per le politiche rivolte ai giovani.



**CENTRO STUDI
PERSONE E SALUTE
REGIONE LAZIO**

Domande per stimolare il confronto

Stato di salute e bisogni emergenti

Quali sono oggi le principali sfide che riguardano la salute fisica, mentale e sociale di bambini, adolescenti e giovani nel Lazio e come stanno cambiando i loro bisogni?

Screening, diagnosi precoce e malattie rare

Come garantire diagnosi più tempestive e percorsi di presa in carico equi ed efficaci per malattie rare, condizioni croniche e fragilità dell'età evolutiva?

Autismo, neurosviluppo, DSA e disabilità

La rete regionale riesce oggi a garantire diagnosi, cure e inclusione tempestive per i minori con disturbi del neurosviluppo, DSA e disabilità, sostenendo adeguatamente le famiglie?

Salute mentale e disagio adolescenziale

Come intercettare precocemente il disagio psicologico degli adolescenti e costruire una rete territoriale capace di accompagnarli prima che il problema diventi un'emergenza?

Stili di vita, obesità e prevenzione

Come promuovere stili di vita sani e contrastare obesità, sedentarietà e fattori di rischio attraverso un'alleanza tra sanità, scuola, famiglie e sport?

Vaccinazioni e prevenzione

Come rafforzare la cultura della prevenzione e migliorare le coperture vaccinali, in particolare tra adolescenti e giovani?

Digitale, dipendenze e nuovi rischi

Come aiutare ragazzi e famiglie ad affrontare i nuovi rischi legati all'ambiente digitale, alle dipendenze comportamentali e all'uso di sostanze?

Povertà educativa e inclusione

Come ridurre le disuguaglianze che colpiscono i minori più fragili, contrastando povertà educativa, esclusione sociale e dispersione delle opportunità?



**CENTRO STUDI
PERSONE E SALUTE
REGIONE LAZIO**

Transizione all'età adulta

Come accompagnare i giovani nel passaggio all'età adulta, garantendo continuità assistenziale, inclusione sociale e opportunità di formazione, lavoro e autonomia?

Misurazione degli esiti di salute

Quali devono essere le tre priorità strategiche del Lazio per la salute e il benessere di bambini, adolescenti e giovani nei prossimi dieci anni e attraverso quali indicatori possiamo misurarne annualmente i risultati?

È il momento di costruire una strategia regionale integrata "0-25 anni" che metta in rete sanità, scuola, servizi sociali, salute mentale e percorsi di transizione verso l'età adulta? Quali azioni concrete dovrebbero essere avviate subito?

Domanda conclusiva

Quale impegno concreto possiamo assumere oggi per fare del Lazio una Regione più capace di proteggere, ascoltare e valorizzare le nuove generazioni nei prossimi dieci anni?





**CENTRO STUDI
PERSONE E SALUTE
REGIONE LAZIO**

NON LASCIAMO NESSUNO SOLO

Tavolo 2 - invecchiamento e longevità

Longevità, cronicità, demenze, non autosufficienza, territorio, clima e comunità

Spunti introduttivi per il tavolo di confronto

Premessa

L'Italia e il Lazio stanno entrando in una fase storica in cui l'invecchiamento della popolazione rappresenta uno dei principali fattori di trasformazione della società, dell'economia e del sistema sanitario.

Non si tratta soltanto di un tema sanitario. La longevità influenza l'organizzazione delle città, i trasporti, l'abitare, il welfare, il lavoro di cura, la sostenibilità dei servizi pubblici e il rapporto tra generazioni.

Secondo le proiezioni ISTAT, nel 2050 le persone con più di 65 anni rappresenteranno il 34,6% della popolazione italiana, mentre gli ultraottantacinquenni passeranno dal 3,9% del 2024 al 7,2% della popolazione. Nel Lazio l'indice di vecchiaia ha già raggiunto quota 192 anziani ogni 100 giovani sotto i 15 anni.

La questione centrale non è soltanto vivere più a lungo, ma garantire anni di vita in buona salute, autonomia, relazioni sociali e accesso effettivo alle cure.

Lo stato di salute degli anziani

L'invecchiamento si accompagna a una crescita delle patologie croniche e della multimorbilità.

I dati del sistema PASSI d'Argento dell'Istituto Superiore di Sanità mostrano che tra gli over 65:

- il 27% riferisce una cardiopatia, così anche nel Lazio;
- il 20% soffre di diabete, nel Lazio scende al 18%;
- il 16% di patologie respiratorie croniche, così anche nel Lazio;
- il 13% ha avuto una diagnosi oncologica, così anche nel Lazio."

La maggior parte degli anziani non presenta una sola malattia ma più condizioni contemporaneamente, richiedendo percorsi di cura integrati e continuità assistenziale.

Alle patologie croniche si aggiungono problemi spesso sottovalutati ma decisivi per la qualità della vita: cadute, deficit visivi e uditivi, problemi della masticazione, riduzione della mobilità e progressivo isolamento sociale.



Solitudine e fragilità sociale

La solitudine rappresenta oggi un fattore di rischio sanitario riconosciuto.

L'isolamento sociale è associato a minore aderenza alle terapie, peggioramento dello stato nutrizionale, aumento della depressione, perdita di autonomia e maggiore ricorso ai ricoveri ospedalieri.

In una regione come il Lazio, caratterizzata da una grande area metropolitana e da molti piccoli comuni interni, il contrasto alla solitudine diventa una componente essenziale delle politiche per l'invecchiamento attivo.

Demenze e Alzheimer

L'aumento dell'età media comporta inevitabilmente una crescita delle patologie neurodegenerative.

Il Piano Nazionale Demenze individua quattro obiettivi strategici e diciassette azioni prioritarie. Parallelamente il Fondo Alzheimer e Demenze 2024-2026 mette a disposizione 34,9 milioni di euro per interventi nazionali, mentre il Lazio ha adottato un proprio piano regionale finalizzato a favorire diagnosi tempestiva, presa in carico e strumenti innovativi di assistenza.

La sfida oggi riguarda non soltanto la diagnosi ma l'intero percorso successivo: sostegno ai caregiver, accesso ai centri specialistici, diagnosi precoce, utilizzo dei biomarcatori e preparazione del sistema all'arrivo delle nuove terapie.

Non autosufficienza e caregiver

La crescita degli ultraottantacinquenni comporta un aumento della domanda di assistenza domiciliare, centri diurni, RSA, nuclei Alzheimer, cure palliative e servizi di sollievo.

Il tema non riguarda soltanto gli anziani ma anche le famiglie.

Gran parte del lavoro di cura continua infatti a gravare sui caregiver familiari, spesso senza adeguati strumenti di sostegno, formazione e supporto psicologico.

Assistenza domiciliare e territorio

L'assistenza domiciliare rappresenta uno degli assi portanti della riforma territoriale.

Secondo il monitoraggio Agenas 2025, sono stati assistiti a domicilio 1.625.785 cittadini over 65, pari all'11,3% della popolazione anziana, superando il target PNRR del 10%. Tuttavia il dato misura la presa in carico e non



l'intensità dell'assistenza erogata, né la sua continuità nel tempo, così come il 10% rimane un target molto al di sotto del reale fabbisogno di una popolazione sempre più anziana.

Resta quindi aperta la questione della qualità della presa in carico, delle ore effettive di assistenza e della capacità di accompagnare i pazienti dopo una dimissione ospedaliera.

Liste d'attesa e accesso ai servizi

L'accesso ai servizi sanitari continua a rappresentare uno dei principali problemi percepiti dagli anziani.

La Regione Lazio ha avviato interventi di ampliamento delle agende ReCUP e di integrazione con il privato accreditato, di cui ancora si devono misurare gli effetti, ma rimane aperta la questione dell'accessibilità reale per le persone fragili, soprattutto nei percorsi diagnostici e specialistici più complessi.

Clima, inquinamento e salute

Le ondate di calore rappresentano un rischio crescente per la popolazione anziana.

L'OMS evidenzia come la mortalità correlata al caldo negli over 65 sia aumentata significativamente negli ultimi decenni.

Le temperature estreme e l'inquinamento atmosferico aggravano in particolare cardiopatie, broncopneumopatie croniche, diabete, fragilità e non autosufficienza. Per questo le politiche climatiche sono sempre più strettamente collegate alle politiche sanitarie e sociali.

Digitalizzazione e Fascicolo Sanitario Elettronico

La trasformazione digitale rappresenta una grande opportunità per migliorare la continuità delle cure.

Il Fascicolo Sanitario Elettronico dovrebbe consentire la condivisione di informazioni tra medici di medicina generale, specialisti, ospedali, assistenza domiciliare, RSA e servizi territoriali. Tuttavia persistono criticità legate all'interoperabilità dei sistemi, alla completezza dei dati e alle competenze digitali degli utenti e degli operatori.

Domande per stimolare il confronto



**CENTRO STUDI
PERSONE E SALUTE
REGIONE LAZIO**

Demografia e programmazione

Stiamo costruendo un sistema sanitario e sociale capace di rispondere ai bisogni della popolazione anziana del Lazio di oggi o a quelli del Lazio del 2050?

Cronicità e presa in carico

Come realizzare una vera presa in carico integrata delle persone con cronicità, valorizzando Case della Comunità, COT e medicina territoriale?

Demenze e Alzheimer

Il Lazio è pronto ad affrontare l'aumento delle demenze, garantendo diagnosi precoce, accesso alle innovazioni terapeutiche e sostegno ai caregiver?

Non autosufficienza

Come costruire una rete di servizi per la non autosufficienza che sia sostenibile per le famiglie e non si basi esclusivamente sulla risposta residenziale?

Assistenza domiciliare

Come rafforzare qualità, continuità e intensità dell'assistenza domiciliare per consentire agli anziani di vivere il più a lungo possibile nel proprio domicilio?

Solitudine e comunità

Come contrastare la solitudine e l'isolamento sociale degli anziani attraverso reti territoriali di prossimità e welfare di comunità?

Clima e salute

Il Lazio è preparato a proteggere la popolazione anziana dagli effetti dei cambiamenti climatici e degli eventi estremi sempre più frequenti?

Innovazione e digitale

Come utilizzare innovazione, telemedicina e strumenti digitali per migliorare la presa in carico degli anziani senza creare nuove disuguaglianze?



**CENTRO STUDI
PERSONE E SALUTE
REGIONE LAZIO**

Salute mentale, RSA e residenzialità

Come garantire una risposta adeguata ai bisogni di salute mentale, demenza e fragilità avanzata attraverso una rete equilibrata di servizi domiciliari, semiresidenziali e residenziali?

Domanda conclusiva

Quali impegni concreti possiamo assumere oggi per fare del Lazio una Regione amica degli anziani entro il 2030, misurando risultati su autonomia, qualità della vita, presa in carico e contrasto alla solitudine?





**CENTRO STUDI
PERSONE E SALUTE
REGIONE LAZIO**

NON LASCIAMO NESSUNO SOLO

Tavolo 3 - Professioni della salute

Professioni sanitarie, sociosanitarie e futuro del Servizio Sanitario Regionale

Spunti introduttivi per il tavolo di confronto

Premessa

Se oggi parliamo di liste d'attesa, pronto soccorso sovraffollati, difficoltà nell'assistenza territoriale, carenza di servizi per la salute mentale, insufficiente assistenza domiciliare, difficoltà nella presa in carico delle persone anziane e non autosufficienti, dobbiamo partire da una constatazione semplice: nessuna riforma sanitaria può funzionare senza le donne e gli uomini che ogni giorno la rendono possibile.

Medici, infermieri, operatori sociosanitari, farmacisti, psicologi, fisioterapisti, tecnici sanitari, ostetriche, professionisti della riabilitazione, assistenti sociali e tutte le professioni sanitarie e sociosanitarie rappresentano la vera infrastruttura del Servizio sanitario nazionale e regionale.

Il Lazio conta oltre 5,7 milioni di residenti, quasi il 74% dei quali concentrati nella provincia di Roma. Questa distribuzione genera una doppia sfida: da un lato la pressione assistenziale dell'area metropolitana, dall'altro le difficoltà di garantire servizi adeguati nelle province e nelle aree interne.

Negli ultimi anni la questione del personale sanitario è diventata una delle principali emergenze del sistema salute. Non si tratta soltanto di assumere più operatori. La vera sfida consiste nel comprendere quali professionalità mancano, dove mancano, perché il sistema fatica ad attrarle e perché molti professionisti scelgono di lasciare il servizio pubblico. Serve una visione per riformare il sistema tarandolo sui bisogni reali e futuri di salute dei cittadini, rifiutandoci di deformarlo o impoverirlo al solo scopo di adattarlo a una realtà contingente, fatta di carenze d'organico, logiche di puro risparmio o riorganizzazioni al ribasso.

Un sistema che cambia

Secondo i dati OCSE, l'Italia presenta una situazione apparentemente paradossale: dispone di un numero di medici superiore alla media internazionale, ma continua a registrare una significativa carenza infermieristica.

L'Italia conta infatti circa 5,4 medici ogni 1.000 abitanti, nel Lazio 4,2 del SSR che sale al 5 considerando anche il sistema privato, contro una media OCSE di 3,9, mentre gli infermieri sono circa 4,7 ogni 1.000 abitanti, nel Lazio 3,9, contro una media OCSE di 9,2.

Questo squilibrio produce conseguenze concrete sull'organizzazione dell'assistenza: ospedali fortemente medico-centrici, difficoltà nello sviluppo dell'assistenza territoriale, équipe incomplete e sovraccarico di attività che potrebbero essere meglio distribuite tra le diverse professioni.



Particolarmente critica appare inoltre la situazione dell'assistenza agli anziani e alla non autosufficienza. In Italia i lavoratori impegnati nella long-term care sono circa 1,5 ogni 100 persone con più di 65 anni, contro una media OCSE di 5. Questo dato incide direttamente sulla capacità di gestire la fragilità, le dimissioni ospedaliere, l'assistenza domiciliare e il carico che grava sulle famiglie.

La trasformazione delle professioni sanitarie

Negli ultimi anni è profondamente cambiata anche la composizione del personale sanitario.

Le donne rappresentano oggi circa il 70% dei dipendenti del Servizio sanitario nazionale, così anche nel Lazio, e costituiscono ormai la maggioranza anche tra i medici.

Questo dato impone una riflessione sulle politiche del personale: organizzazione dei turni, conciliazione tra lavoro e vita familiare, tutela della maternità, sicurezza nei luoghi di lavoro, opportunità di carriera e accesso vuoli di leadership.

La crisi delle professioni sanitarie non riguarda soltanto alcune specialità mediche. Coinvolge infermieri, OSS, tecnici sanitari, professionisti della riabilitazione, farmacisti, psicologi, ostetriche, logopedisti, educatori professionali, assistenti sociali e l'insieme delle 19 professioni sanitarie tecniche e della riabilitazione che rappresentano una componente essenziale del sistema.

Per molte di queste professioni emergono difficoltà di reclutamento, crescente età media degli operatori e fenomeni di abbandono che meritano un monitoraggio sistematico.

Il Lazio tra assunzioni e nuovi modelli di assistenza

Per affrontare queste criticità la Regione Lazio ha annunciato un piano di assunzioni, per il biennio 2025/2026 di circa 9.700 operatori sanitari e di 1700 infermieri per l'anno 2026. Si tratta di un intervento importante, ma la sua efficacia dovrà essere valutata in termini di professioni coinvolte, distribuzione territoriale, tempi effettivi di ingresso in servizio e stabilità contrattuale, oltre ad un dato incrociato con la mancata risposta ai concorsi, spesso deserti, sia sulla medicina del territorio sia su quella ospedaliera. In questo contesto, specialmente per l'area metropolitana di Roma, sarà cruciale affiancare agli incentivi economici politiche di "welfare aziendale" (es. asili nido, convenzioni per alloggi e trasporti) per contrastare il caro vita e trattenere i neo-assunti.

Parallelamente, la riforma dell'assistenza territoriale prevista dal DM 77 richiede nuove figure professionali e nuove modalità organizzative. Solo per rispettare lo standard nazionale di un infermiere di famiglia e comunità ogni 3.000 abitanti, il Lazio avrebbe un fabbisogno teorico di circa 1.900 professionisti dedicati.

Lo stesso vale per Case della Comunità, Ospedali di Comunità, assistenza domiciliare e tutti i servizi territoriali previsti dal PNRR. Il rischio è che le strutture vengano realizzate senza un adeguato investimento sulle risorse umane necessarie per renderle operative.



Innovazione, digitalizzazione e nuove competenze

La trasformazione digitale rappresenta una delle più grandi opportunità per rafforzare il Servizio sanitario regionale e migliorare le condizioni di lavoro dei professionisti.

Cartelle cliniche interoperabili, Fascicolo Sanitario Elettronico, telemedicina, monitoraggio remoto dei pazienti cronici, sistemi predittivi basati sull'intelligenza artificiale e piattaforme integrate di gestione dei percorsi assistenziali possono contribuire a migliorare l'accessibilità dei servizi, ridurre le disuguaglianze territoriali e restituire tempo alla cura.

Oggi una quota significativa del lavoro di medici, infermieri e professionisti sanitari è assorbita da attività amministrative e burocratiche. L'innovazione tecnologica può alleggerire questo carico e consentire di concentrare maggiormente le energie sulla presa in carico del paziente.

L'intelligenza artificiale sta inoltre aprendo nuove prospettive nella diagnostica, nella stratificazione del rischio, nella personalizzazione delle cure, nella gestione delle liste d'attesa e nella programmazione dei fabbisogni sanitari. L'innovazione tecnologica e strutturale deve inoltre guidare la transizione ecologica delle strutture sanitarie, ottimizzando i consumi energetici e migliorando la salubrità degli ambienti di lavoro.

In questo scenario assume un ruolo crescente anche la farmacia dei servizi, presidio di prossimità sempre più importante per attività di screening, prevenzione, educazione sanitaria, monitoraggio dei pazienti cronici e supporto all'aderenza terapeutica.

La piena interoperabilità tra Fascicolo Sanitario Elettronico, medici di medicina generale, specialisti, farmacie, servizi territoriali e ospedali può consentire di seguire in modo più efficace il percorso del paziente, verificare l'aderenza alle terapie, intercettare precocemente situazioni di fragilità e migliorare gli esiti di salute.

Burnout, aggressioni e perdita di attrattività

Uno dei temi più delicati riguarda l'attrattività del Servizio sanitario pubblico.

Turni gravosi, carichi burocratici crescenti, responsabilità elevate, progressioni di carriera limitate, difficoltà organizzative e aggressioni al personale stanno progressivamente riducendo la capacità del sistema di trattenere professionisti qualificati, alimentando il preoccupante e costoso fenomeno delle esternalizzazioni e dei "professionisti a gettone", che creano gravi disparità salariali e disorganizzano i reparti.

Le aggressioni agli operatori rappresentano ormai una vera emergenza e colpiscono in particolare pronto soccorso, 118, servizi psichiatrici, SerD, CUP e assistenza domiciliare.

Il burnout non può essere considerato un problema individuale ma un indicatore dello stato di salute delle organizzazioni sanitarie. Turni scoperti, straordinari strutturali, ferie non godute e carenza di personale producono infatti un progressivo logoramento degli operatori e aumentano il rischio di abbandono del servizio pubblico.



Formazione e programmazione del futuro

La questione del personale sanitario non può essere affrontata solo attraverso i concorsi.

Occorre una programmazione più precisa dei fabbisogni, costruita sui bisogni reali della popolazione e sulla trasformazione epidemiologica in corso: invecchiamento, aumento delle cronicità, fragilità sociali e crescita della domanda di assistenza territoriale.

Serve inoltre una maggiore integrazione tra Regione, Università, Ordini professionali, Aziende sanitarie e organizzazioni sindacali per allineare formazione, specializzazioni, percorsi professionali e fabbisogni del sistema sanitario.

Le Case della Comunità, la sanità territoriale e l'integrazione sociosanitaria richiederanno sempre più équipe multiprofessionali nelle quali medici, infermieri, OSS, psicologi, fisioterapisti, farmacisti, assistenti sociali e professionisti della prevenzione lavorino in modo coordinato e complementare, integrandosi strutturalmente con le reti del Terzo Settore, delle associazioni di pazienti e del volontariato locale.

Il Nuovo Paradigma Territoriale: Valore della Cura e Prossimità

Uno dei temi più rilevanti nel dibattito sul futuro delle cure territoriali riguarda il ruolo del Medico di Medicina Generale all'interno del Servizio sanitario nazionale. Negli ultimi anni si è sviluppato un confronto spesso polarizzato tra diverse visioni organizzative: da una parte la necessità di rafforzare l'integrazione dei professionisti nelle nuove strutture territoriali previste dal DM 77, dall'altra il valore del rapporto fiduciario che lega il medico di famiglia ai propri assistiti.

Il medico di medicina generale rappresenta infatti il primo punto di accesso al sistema sanitario per milioni di cittadini e svolge una funzione essenziale di orientamento, prevenzione, presa in carico e continuità assistenziale. In particolare, per anziani, persone fragili e pazienti affetti da patologie croniche, la relazione di fiducia costruita nel tempo costituisce un elemento fondamentale della qualità delle cure.

La sfida dei prossimi anni sarà trovare un equilibrio tra innovazione organizzativa, lavoro multidisciplinare, digitalizzazione e sviluppo delle Case della Comunità, Ospedali di Comunità e Centrali Operative Territoriali senza disperdere quel patrimonio di prossimità, conoscenza della persona e continuità assistenziale che rappresenta uno dei punti di forza storici della medicina generale italiana. In questo quadro diventa centrale interrogarsi su come valorizzare il ruolo del medico di famiglia, rendere la professione più attrattiva per i giovani e rafforzarne l'integrazione con gli altri professionisti della rete territoriale.

Una reale riorganizzazione dell'assistenza territoriale richiede di superare la frammentazione attuale tra professioni, servizi sanitari e servizi sociali, costruendo un modello di prossimità più integrato, misurabile e orientato agli esiti di salute.

Il territorio non può essere considerato solo come uno spazio residuale rispetto all'ospedale, ma deve diventare un ambito autonomo e complementare, dotato di una regia chiara, di strumenti di coordinamento multiprofessionale e di sistemi di valutazione capaci di misurare il valore prodotto per le persone e per le comunità.



In questa prospettiva, la connessione stabile tra assistenza domiciliare, medicina generale, specialistica, servizi sociali e rete ospedaliera diventa decisiva. La sanità digitale, la telemedicina e i sistemi di second opinion possono contribuire a ridurre gli spostamenti inutili e a portare competenze e servizi più vicino al paziente.

La sfida è dare contenuto concreto all'obiettivo delle cure a casa, evitando che l'innovazione tecnologica si traduca in un trasferimento improprio di responsabilità sulle famiglie. La prossimità deve significare presa in carico, accompagnamento e continuità assistenziale, non semplice remotizzazione del rapporto di cura.

Aree interne e carenti: integrazione istituzionale e reti Hub & Spoke

La qualità e la tenuta del Servizio Sanitario Regionale dipendono anche dalla capacità di garantire servizi adeguati nelle aree interne, periferiche e carenti, dove la conformazione geografica e la dispersione territoriale rendono più complessa l'organizzazione dell'assistenza.

In questi contesti, la programmazione sanitaria e il reclutamento del personale deve essere accompagnata da una forte integrazione con i Comuni e con gli altri livelli istituzionali, valorizzando in modo mirato le risorse disponibili, comprese quelle previste dalla Strategia Nazionale per le Aree Interne.

È necessario promuovere un modello organizzativo a rete, fondato su un equilibrio tra concentrazione delle funzioni più complesse e presenza capillare dei servizi essenziali. I Comuni più grandi, o i centri capofila dei distretti, possono assumere il ruolo di **Hub territoriali**, nei quali concentrare strumentazioni diagnostiche, competenze specialistiche e servizi sociosanitari integrati.

Parallelamente, nei Comuni più piccoli va garantita una presenza sanitaria di prossimità stabile e riconoscibile, attraverso figure professionali in grado di assicurare continuità assistenziale, orientamento ai servizi e presa in carico dei bisogni più frequenti della popolazione.

Il presidio sanitario nelle aree interne non deve essere concepito come un punto isolato, ma come parte di un sistema interconnesso. Medici, infermieri e professionisti della salute devono poter operare all'interno di reti organizzate, sostenute da tecnologie digitali, telemedicina, interoperabilità dei dati e collegamenti funzionali con gli Hub territoriali e con i centri specialistici di riferimento.

L'obiettivo è costruire un modello capace di ridurre le distanze, migliorare l'accesso alle cure, rafforzare la continuità assistenziale e rendere effettivo il diritto alla salute anche nei territori più fragili.

Domande per stimolare il confronto

Cornice generale

Come può evolvere l'organizzazione della sanità territoriale, anche attraverso Case della Comunità e DM 77, garantendo prossimità, continuità assistenziale, lavoro multiprofessionale e tutela del rapporto fiduciario con il paziente?



**CENTRO STUDI
PERSONE E SALUTE
REGIONE LAZIO**

Programmazione e fabbisogni

Qual è il reale fabbisogno di personale sanitario, sociosanitario e sociale nel Lazio e come può la programmazione regionale renderlo trasparente, misurabile e coerente con la riforma della sanità territoriale?

Attrattività delle professioni

Quali interventi sono necessari per rendere nuovamente attrattivo il Servizio sanitario pubblico, contrastando carenze di personale, burnout, dimissioni, ricorso al lavoro esternalizzato e fuga verso privato, altre Regioni o estero?

Medicina generale e cure primarie

Quale ruolo deve assumere il medico di medicina generale nella sanità di prossimità, tra prevenzione, presa in carico della cronicità, coordinamento dei percorsi e piena integrazione nelle Case della Comunità?

Professioni e organizzazione dei servizi

Come valorizzare in modo equilibrato tutte le professioni sanitarie, sociosanitarie, tecniche e sociali, correggendo gli squilibri tra figure professionali e rafforzando il lavoro integrato nei servizi territoriali e ospedalieri?

Sicurezza

Quali misure organizzative, culturali e di prevenzione servono per garantire maggiore sicurezza agli operatori sanitari e ricostruire un rapporto di fiducia e rispetto tra cittadini, pazienti e professionisti?

Innovazione e farmacia dei servizi

Come utilizzare digitalizzazione, telemedicina, intelligenza artificiale, Fascicolo Sanitario Elettronico e farmacia dei servizi per migliorare l'accesso alle cure, ridurre la burocrazia e rafforzare prevenzione, aderenza terapeutica e gestione delle cronicità?

Aree interne e futuro del sistema

Come costruire un modello territoriale sostenibile per aree interne e piccoli Comuni, fondato su reti Hub & Spoke, sinergie istituzionali, formazione adeguata e piena operatività di Case e Ospedali di Comunità?



**CENTRO STUDI
PERSONE E SALUTE
REGIONE LAZIO**

NON LASCIAMO NESSUNO SOLO

Tavolo 4 - territori e comunità

Salute, prossimità, comunità e innovazione: costruire la sanità dove vivono le persone

Spunti introduttivi per il tavolo di confronto

Premessa

La salute non si costruisce soltanto negli ospedali. Si costruisce nei quartieri, nei comuni, nelle scuole, nei luoghi di lavoro, nelle famiglie, negli studi dei medici di medicina generale, nelle farmacie dei servizi, nelle Case della Comunità, nell'assistenza domiciliare, nei servizi sociali e nelle reti di prossimità.

Il Lazio è una regione con una doppia identità sanitaria: da un lato Roma, con grandi ospedali, università, IRCCS, alta specializzazione e capacità attrattiva nazionale; dall'altro province, aree interne, comuni montani e zone periferiche dove accessibilità, trasporti, carenza di personale, distanza dai servizi e fragilità sociale pesano di più sulla possibilità concreta di curarsi.

L'obiettivo di oggi è quello di capire se il sistema regionale è capace di prendere in carico le persone prima che arrivino in pronto soccorso, prima che una cronicità si complichino, prima che una lista d'attesa diventi rinuncia alle cure e prima che la povertà diventi malattia.

Quadro epidemiologico: mortalità, longevità e cronicità

Il Rapporto Osservasalute 2025 dell'Università Cattolica conferma che l'Italia ha recuperato i livelli pre-pandemici di speranza di vita: nel 2024 la speranza di vita nazionale è stimata in 81,4 anni per gli uomini e 85,5 per le donne. Nel Lazio i valori sono lievemente inferiori: 81,3 anni per gli uomini e 85,3 per le donne. Il dato regionale segnala un recupero, ma non cancella l'impatto della pandemia: nel periodo 2019-2024 il Lazio resta sotto i livelli pre-Covid di 0,1 anni per gli uomini e 0,2 per le donne.

Sul versante della mortalità generale, nel 2022 il Lazio registra un tasso standardizzato di mortalità pari a 112,3 per 10.000 uomini e 75,6 per 10.000 donne, valori sostanzialmente allineati ma leggermente superiori alla media nazionale, rispettivamente 111,3 e 75,2 per 10.000. Il punto politico-programmatico è chiaro: la Regione non parte da una condizione di arretratezza complessiva, ma da una forte disomogeneità territoriale e sociale che richiede un governo fine dei bisogni.

Le malattie croniche sono ormai il vero terreno della programmazione sanitaria. A livello nazionale, Osservasalute stima circa 11 milioni di persone con ipertensione, pari al 18,9% della popolazione; circa 3,7 milioni di persone con diabete, pari al 6,3%; malattie respiratorie croniche nel 6,1%; disturbi nervosi, incluse demenze e parkinsonismi, nel 4,7%. Tra gli anziani questi valori crescono drasticamente: il diabete arriva al 17,8%, le malattie respiratorie al 12,5% e i disturbi nervosi all'11,2%.

Il passaggio decisivo è dalla singola patologia alla multimorbilità: sempre più persone convivono con diabete, ipertensione, cardiopatie, insufficienza renale, disturbi cognitivi, depressione e fragilità motoria. Questo significa che la presa in carico non può essere costruita per silos, ma deve collegare medici di medicina generale,



specialisti, infermieri di famiglia, farmacie, servizi domiciliari, assistenza sociale, Fascicolo Sanitario Elettronico e telemedicina.

Fonti principali: Rapporto Osservasalute 2025, Sintesi dei risultati e Trend regionali; OpenSalute Lazio - Dipartimento di Epidemiologia SSR Lazio.

Personale, gettonisti e attrattività della sanità pubblica

Nessuna rete territoriale funziona senza professionisti. Medici, infermieri, OSS, psicologi, assistenti sociali, tecnici, fisioterapisti, farmacisti e professionisti della prevenzione sono la vera infrastruttura del sistema.

Il fenomeno dei gettonisti va letto come sintomo, non come causa unica della crisi. Il sistema ha utilizzato cooperative e contratti a chiamata per coprire turni scoperti, soprattutto nei pronto soccorso e nei servizi più esposti. La stretta nazionale sui gettonisti può ridurre distorsioni e costi, ma, se non è accompagnata da assunzioni stabili, condizioni di lavoro sostenibili, sicurezza, carriera, formazione e retribuzioni adeguate, rischia di lasciare vuoti organizzativi.

Povertà sanitaria e rinuncia alle cure

Il tema delle liste d'attesa non può essere separato dalla povertà sanitaria. Il XII Rapporto OPSan-Banco Farmaceutico segnala che nel 2025 oltre 501.000 persone in Italia si sono trovate in condizione di povertà sanitaria, pari a 8,5 residenti ogni 1.000, con un aumento dell'8,4% rispetto al 2024. Il fenomeno riguarda chi chiede aiuto per ottenere farmaci e cure che non sarebbe in grado di sostenere autonomamente.

La povertà sanitaria non è solo impossibilità di acquistare farmaci da banco o pagare ticket: è rinuncia a visite, rinvio di esami, mancata prevenzione e peggioramento delle cronicità. Quando una persona rinuncia a curarsi per costi o tempi, il sistema paga dopo, in modo più costoso: con diagnosi tardive, ricoveri evitabili, accessi in pronto soccorso e perdita di autonomia.

Nel documento di tavolo questo punto va trattato come indicatore di giustizia territoriale. Una regione con grandi eccellenze ospedaliere non può accettare che l'accesso effettivo alle cure dipenda dal reddito, dalla capacità di pagare il privato, dalla vicinanza a Roma o dalla competenza digitale del cittadino.

Fonte: XII Rapporto OPSan-Banco Farmaceutico 2025.

Liste d'attesa: dalla piattaforma AGENAS alla vita reale dei cittadini

La nuova Piattaforma Nazionale delle Liste di Attesa, presentata da AGENAS e disponibile sul Portale della Trasparenza, rappresenta un passo importante per il monitoraggio nazionale dei tempi di attesa delle prestazioni ambulatoriali. Il dato, tuttavia, ha valore solo se è intelligibile, confrontabile, scalabile e soprattutto aggiornato. Solo così può descrivere l'esperienza effettiva del cittadino.

I codici di priorità clinica del SSN prevedono: U entro 72 ore; B entro 10 giorni; D entro 30 giorni per le visite e 60 giorni per gli esami strumentali; P entro 120 giorni. Il monitoraggio regionale riguarda prime visite ed esami strumentali per classe di priorità.



Se il CUP non riesce a garantire presso il SSR un appuntamento entro i tempi previsti per la classe di priorità il cittadino può richiedere l'attivazione del PASS di Garanzia. In questo caso il CUP potrà ricorrere anche alle strutture private accreditate accedendo alle loro liste di attesa per assicurare l'erogazione della prestazione.

La Regione Lazio con una delibera adottata a marzo 2025 ha stabilito che in caso di ricorso al sistema privato accreditato, le Aziende Sanitarie potranno procedere alla assegnazione di un budget aggiuntivo dedicato a tale tipologia di prestazioni, oltre i livelli massimi di finanziamento già stabiliti e alla conseguente sottoscrizione di un addendum all'accordo contrattuale il cui schema sarà approvato con successiva deliberazione. Le Aziende Sanitarie dovranno inviare specifica rendicontazione alla Direzione Regionale Salute dei costi sostenuti per l'attuazione del "Percorso di Garanzia". Nel caso di assegnazione di budget aggiuntivo alle strutture private accreditate, sulla base della rendicontazione fornita da ogni Azienda Sanitaria, la Regione provvederà ad incrementare i livelli massimi di finanziamento.

Le liste d'attesa vanno quindi lette insieme a tre indicatori: domanda inespressa, rinuncia alle cure e mobilità verso il privato o fuori territorio. Il rischio è ottenere una riduzione amministrativa dei tempi senza ridurre la sofferenza concreta dei cittadini.

Fonti: AGENAS, Piattaforma Nazionale Liste d'Attesa; Salute Lazio, Monitoraggio tempi di attesa.

Reti sanitarie e PDTA: dove il territorio deve funzionare

Le reti sanitarie e i PDTA devono diventare il punto di connessione tra ospedale, distretto, medici di medicina generale, farmacie, assistenza domiciliare, servizi sociali e strumenti digitali. La loro efficacia non si misura solo dall'esistenza formale del percorso, ma dalla capacità di garantire accesso, continuità e presa in carico nei diversi territori del Lazio.

Diabete. Il fabbisogno principale riguarda diagnosi precoce, presa in carico cronica, prevenzione delle complicanze ed educazione terapeutica. E' importante l'integrazione tra medici di medicina generale, diabetologia, farmacie, telemedicina e distretti, per evitare che i percorsi siano più fragili nelle province e nelle aree interne.

Cancro. La rete oncologica deve garantire screening, diagnosi rapida, multidisciplinarietà, accesso alle terapie innovative, follow-up e cure palliative. Un elemento critico è lo screening del colon-retto: Osservasalute segnala nel Lazio una riduzione dello screening organizzato nel periodo 2019-2023 e solo una lieve flessione tra 2022 e 2023, con aumento del ricorso spontaneo.

Demenze e Alzheimer. Il fabbisogno riguarda diagnosi precoce, CDCD, biomarcatori, caregiver, centri diurni, ADI e nuove terapie. Le criticità da verificare sono i colli di bottiglia su diagnosi, biomarcatori, follow-up e sostegno sociale, con un impatto molto forte sulle famiglie e sui caregiver.

Cardiovascolare. La rete deve rafforzare prevenzione, trattamento tempestivo delle emergenze tempo-dipendenti, gestione dello scompenso, controllo dell'ipertensione e riabilitazione. La pressione su pronto soccorso e 118 rende indispensabile una continuità più solida tra ospedale e territorio e un controllo sistematico dei fattori di rischio.

Salute mentale. Il fabbisogno comprende accesso precoce, psicologia territoriale, servizi per adolescenti, DSM, dipendenze e disturbi alimentari. La domanda è in crescita, i consumi di antidepressivi aumentano e i servizi territoriali risultano spesso insufficienti o frammentati tra scuola, sociale e sanità.



Salute carceraria. La salute delle persone detenute è parte integrante della sanità pubblica territoriale: negli istituti penitenziari si concentrano cronicità, disagio psichico, dipendenze, fragilità sociale, malattie infettive e bisogni di prevenzione che richiedono presa in carico continuativa. Per il Lazio il tema decisivo è collegare stabilmente sanità penitenziaria, ASL, ospedali, DSM, Ser.D., screening, vaccinazioni, telemedicina e percorsi di dimissione protetta, evitando che il carcere resti un circuito separato dal servizio sanitario regionale. Nel Lazio sono presenti oltre 6.700 detenuti con un tasso medio di affollamento vicino al 146%, mentre la rete REMS dispone di circa 85 posti effettivamente disponibili, evidenziando una forte pressione sui servizi sanitari e di salute mentale. Sovraffollamento, tempi di accesso alle visite, salute mentale e continuità terapeutica dopo l'uscita sono indicatori sensibili di equità: se il diritto alla salute non funziona in carcere, è l'intera rete territoriale a mostrare le proprie fragilità.

Vaccinazioni pediatriche: obbligatorie, meningococco, pneumococco e influenza

La copertura vaccinale pediatrica nel Lazio resta complessivamente alta, ma non sempre raggiunge la soglia del 95% prevista come obiettivo di sicurezza dal Piano Nazionale di Prevenzione Vaccinale 2023-2025. Il dato più critico riguarda il meningococco C, che nel 2023 si ferma all'82,67%, molto lontano dal target.

Vaccinazione pediatrica entro 24 mesi - Lazio 2023	Copertura
Poliomielite	94,93%
Difterite	94,90%
Tetano	94,90%
Pertosse	94,90%
Epatite B	94,92%
Haemophilus influenzae tipo B	94,82%
Morbillo	95,75%
Parotite	95,74%
Rosolia	95,75%
Varicella	94,91%
Meningococco C	82,67%
Pneumococco coniugato	94,38%

Il calendario nazionale 2023-2025 prevede inoltre l'offerta della vaccinazione antimeningococcica ACWY al compimento del primo anno di età, il richiamo ACWY nell'adolescente e la possibilità di inserire il meningococco B nell'adolescente in base alla situazione epidemiologica regionale. Per il Lazio il documento regionale di recepimento del PNPV conferma l'offerta di meningococco B nel primo anno di vita e di ACWY a 12 mesi e in adolescenza.

Per l'influenza pediatrica, nella stagione 2023-2024 il Lazio presenta coperture ancora basse rispetto agli obiettivi ministeriali: 11,5% nei bambini sotto i 2 anni, 21,3% nella fascia 2-4 anni e 13,1% nella fascia 5-8 anni. Il dato 2-4 anni colloca il Lazio tra le regioni con valori relativamente più alti, ma comunque lontani dall'obiettivo minimo del 75% indicato per i gruppi target.



Vaccinazioni dell'adulto e dell'anziano: influenza, pneumococco, herpes zoster, Covid-19, RSV

La prevenzione vaccinale dell'adulto è uno dei punti più deboli della sanità territoriale perché richiede una presa in carico proattiva, non solo la disponibilità del vaccino. Il PNPV 2023-2025 prevede per gli adulti il richiamo dTpa ogni dieci anni; nei 65enni l'offerta anti-pneumococcica e anti-Herpes Zoster; per tutte le persone dai 60 anni l'antinfluenzale. La vaccinazione anti-Covid-19 resta raccomandata per fragili, anziani e categorie a rischio secondo le campagne stagionali; la vaccinazione contro RSV/virus respiratorio sinciziale è entrata nelle strategie di prevenzione per anziani e fragili, ma i dati regionali di copertura pubblicati in forma comparabile sono ancora limitati.

Vaccinazione adulti/anziani	Dato disponibile per Lazio	Lettura organizzativa
Influenza popolazione generale 2023-2024	20,5%	Copertura in calo rispetto alla fase pandemica e insufficiente rispetto agli obiettivi di sanità pubblica.
Influenza over 65 2023-2024	57,5%	Tra le regioni con valori più alti, ma ancora sotto il target minimo del 75% e lontana dal 95% ottimale.
Influenza bambini <2 anni / 2-4 anni / 5-8 anni	11,5% / 21,3% / 13,1%	Necessario coinvolgere PLS, scuole, consultori, farmacie e campagne locali.
Pneumococco nei 65enni e fragili	Dato di copertura regionale non pubblicato in modo sistematico nel Rapporto Osservasalute 2025	Da inserire tra gli indicatori distrettuali da monitorare insieme a influenza e zoster.
Herpes Zoster nei 65enni e fragili	Dato di copertura regionale non pubblicato in modo sistematico nel Rapporto Osservasalute 2025	Serve chiamata attiva e integrazione con MMG, specialisti e farmacie dei servizi.
Covid-19 stagionale	Dati disponibili su piattaforme dedicate, ma non omogenei nel Rapporto Osservasalute per confronto distrettuale	Necessario monitoraggio per anziani, immunodepressi, cronici e operatori sanitari.
RSV / virus respiratorio sinciziale	Indicatore ancora non stabilmente disponibile per confronto regionale	Tema emergente per anziani fragili, cardiopatici, pneumopatici e RSA.

Prevenzione organizzata: screening oncologici nel Lazio

La prevenzione organizzata è uno degli indicatori più chiari dell'efficienza dei distretti e della capacità del sistema territoriale di raggiungere attivamente la popolazione. Nel Lazio sono attivi i tre programmi LEA per mammella, cervice uterina e colon-retto. Il Rapporto regionale screening 2024 segnala un recupero post-pandemico, ma anche un livello ancora insufficiente rispetto agli standard desiderabili e forti differenze tra ASL.

Programma	Indicatore Lazio 2024	Standard di riferimento	Criticità territoriali principali
------------------	------------------------------	--------------------------------	--



Mammella	Adesione corretta 43,09%; copertura LEA 42,3%	Adesione $\geq 50\%$; copertura minima 35%, desiderabile >59%	RM1 sotto la soglia minima di copertura; migliori risultati a Rieti, RM4, RM6 e Frosinone.
Colon-retto	Adesione corretta 24,84%; copertura 25,1%	Adesione $\geq 45\%$; copertura minima $\geq 25\%$, desiderabile $\geq 49\%$	RM1, RM2 e RM5 sotto o vicine ai valori più bassi; RM4 e Viterbo migliori ma lontane dal desiderabile.
Cervice uterina	Adesione corretta 33,2%	Adesione $\geq 40\%$	Rieti, Viterbo, Latina e RM4 sopra o vicine allo standard; RM1, RM3 e RM2 più deboli.

Il dato politico-sanitario è netto: l'estensione degli inviti può anche essere ampia, ma senza adesione reale non si produce prevenzione. Il tema diventa quindi organizzativo: chiamata attiva, recall, counseling dei medici di medicina generale e dei pediatri, uso delle farmacie dei servizi, coinvolgimento dei Comuni, mediazione culturale e strumenti digitali devono diventare parte stabile dell'azione distrettuale.

I dati PASSI Lazio 2023-2024 mostrano inoltre un gradiente sociale: nello screening mammografico partecipa circa il 73% delle donne 50-69enni con titolo di studio medio-basso rispetto all'85% delle laureate, e circa il 70% delle donne con molte o qualche difficoltà economica rispetto all'81% di chi non ne ha. La prevenzione è quindi anche una misura di contrasto alle disuguaglianze.

Emergenza-urgenza, 118 e pronto soccorso

Il pronto soccorso è il luogo in cui si scaricano le mancate risposte del territorio: cronicità non seguite, anziani soli, carenza di medici di medicina generale, liste d'attesa, assenza di assistenza domiciliare, fragilità sociale e salute mentale. Non è quindi sufficiente intervenire sulle sale d'attesa: tutti concordano sul fatto che bisogna ridurre gli accessi evitabili e soprattutto il boarding, cioè la permanenza prolungata dei pazienti in pronto soccorso in attesa di posto letto o di un setting appropriato.

Nel Lazio ARES 118 coordina il soccorso sanitario in emergenza-urgenza sul territorio regionale e gestisce le richieste provenienti dal NUE 112 attraverso centrali operative e mezzi di soccorso. Nel 2024 ARES ha gestito oltre 500.000 interventi, dato che conferma la dimensione strategica della rete. La Regione pubblica, inoltre, dati in tempo reale sugli accessi nei pronto soccorso, utili per orientare i cittadini ma non sufficienti, da soli, a misurare qualità, appropriatezza e tempestività dell'assistenza.

Una programmazione efficiente deve verificare i tempi di arrivo del 118 per provincia e area interna, blocco ambulanza, disponibilità di mezzi medicalizzati, integrazione con reti tempo-dipendenti, personale di emergenza, posti letto di medicina d'urgenza, OBI, lungodegenza e post-acuzie. La rete di emergenza non si satura solo per troppi accessi: si satura quando il paziente non può andare verso il reparto, verso il territorio o a casa.

Fonti: ARES 118; Regione Lazio, pronto soccorso in tempo reale; Programmazione rete ospedaliera Lazio 2024-2026.



Fascicolo Sanitario Elettronico, digitalizzazione e interoperabilità

Il Fascicolo Sanitario Elettronico 2.0 (FSE) è al centro della Missione 6 del PNRR Salute, a cui è stato dedicata un cospicuo finanziamento per implementarlo. Il Fascicolo Sanitario Elettronico dovrebbe essere l'infrastruttura della nuova sanità territoriale che abbia: storia clinica, referti, ricette, esenzioni, vaccinazioni, piani terapeutici, dati di monitoraggio, taccuino del paziente e integrazione con medici di medicina generale, specialisti, farmacie, servizi territoriali e ospedali. AGENAS indica il FSE 2.0 come strumento centrale per interoperabilità nazionale, continuità assistenziale e collegamento con l'Ecosistema Dati Sanitari.

Il Lazio, secondo i dati di Osservasalute 2025, tra le regioni con uso del FSE da parte dei cittadini nei 90 giorni precedenti non superiore al 5% compaiono anche Lazio, Marche, Molise, Sicilia, Puglia e Basilicata, a fronte di una media nazionale del 21%. Questo è un dato politicamente molto importante: senza uso reale del FSE da parte di cittadini e professionisti, la digitalizzazione resta infrastruttura, non servizio.

Salute Lazio descrive funzioni utili del FSE, tra cui caricamento di documenti clinici, taccuino digitale, registrazione di pressione, glicemia e colesterolo, oltre alla condivisione con il medico curante. Ma la questione non è l'esistenza del servizio: è l'effettiva interoperabilità tra ospedali, distretti, medici di medicina generale, farmacie, privato accreditato, assistenza domiciliare e reti cliniche.

Fonti: AGENAS FSE; Salute Lazio FSE; Rapporto Osservasalute 2025, Sanità digitale.

Fabbisogni territoriali per provincia e area romana

Una giusta programmazione territoriale non può prescindere dalle peculiarità e differenze concrete tra area metropolitana, province, aree interne, litorale e comuni montani. Le medie e mediane regionali sono utili, ma rischiano di nascondere bisogni molto diversi per accessibilità, personale, mobilità, cronicità, fragilità sociale e pressione stagionale. Elemento comune a tutto il Lazio è la cronica carenza del personale: nelle province e nelle aree interne si registra una sofferenza maggiore di operatori territoriali, mentre a Roma di personale ospedaliero oltre a quello territoriale.

Roma città e area metropolitana: popolazione numerosa, grandi ospedali, università, IRCCS, domanda specialistica e mobilità interna. Nella città di Roma, così come nelle grandi aree urbane, emerge una forte correlazione tra le disuguaglianze sociali, economiche ed educative presenti tra quartieri, centro e periferia, considerate determinanti della salute dei cittadini in tutte le fasce d'età, in particolare dei soggetti più vulnerabili, come bambini e anziani.

Le principali criticità percepite riguardano: sovraffollamento pronto soccorso, turni dichiarati insostenibili per gli operatori sanitari, carenze del personale, lunghe liste d'attesa, disuguaglianze economiche, sociali e culturali, fragilità degli anziani soli, salute mentale e cronicità nelle periferie.

Roma provincia e litorale: popolazione più dispersa, alcuni comuni sono in crescita e durante la stagione estiva aumenta a dismisura la domanda di servizi. Le principali criticità, riconosciute da tutti, riguardano distanze, carenza di offerta specialistica, pronto soccorso sotto pressione e continuità assistenziale fragile.

Frosinone: territorio che presenta fragilità socioeconomiche, cronicità e mobilità sanitaria. Carenze di accessibilità specialistica, personale, presa in carico del diabete e del rischio cardiovascolare, presa in carico delle cronicità e mancanza di un collegamento strutturato tra ospedali e distretti.



Latina: provincia molto estesa, con popolazione costiera, aree interne, domanda stagionale e nuclei vulnerabili. Pronto soccorso e 118 sono sotto pressione, mentre restano centrali tempi di accesso, cronicità, prevenzione e screening.

Rieti. Area interna, popolazione anziana, comuni montani e dispersione territoriale rendono più difficile l'accesso ai servizi. Le criticità riguardano distanze, 118, specialistica, ADI, non autosufficienza e salute mentale di prossimità. Le Case della Comunità dovrebbero essere veri presidi con personale effettivo, telemedicina reale, infermieri di famiglia, supporto ai caregiver e trasporti sanitari adeguati.

Viterbo: territorio ampio, con invecchiamento della popolazione e comuni distanti dai poli ospedalieri. Le principali criticità, riconosciute da tutti, riguardano specialistica, demenze, cardiovascolare, diabete, emergenza-urgenza e continuità assistenziale.

Case della Comunità, distretti, MMG, ADI, COT, integrazione sociosanitaria

Il PNRR sta consegnando al Lazio una rete fisica di 135 Case della Comunità (di cui 107 hub) e oltre 30 Ospedali di Comunità, finanziata con circa 245 milioni di euro su 3 miliardi nazionali per la missione territoriale. Il rischio vero non è più solo costruire: è far funzionare strutture che rischiano di restare gusci vuoti, senza personale, senza sistemi informativi integrati e senza presa in carico proattiva.

La presa in carico non può funzionare senza un nuovo patto con medici di medicina generale, pediatri di libera scelta, infermieri di famiglia, farmacie dei servizi e specialistica ambulatoriale. Le Case della Comunità non devono essere nuovi edifici separati dal territorio, ma il luogo in cui questi attori lavorano su agende, dati e obiettivi condivisi.

Efficienza dei distretti

L'efficienza dei distretti non può essere misurata solo in termini amministrativi. Un distretto efficiente è quello che intercetta il bisogno, riduce ricoveri evitabili, collega sociale e sanitario, accompagna il paziente cronico, sostiene il caregiver, evita accessi impropri in pronto soccorso e usa i dati per programmare.

L'ADI e la presa in carico domiciliare misurano la capacità di curare anziani, cronici e non autosufficienti a casa. I ricoveri evitabili segnalano invece fallimenti nella gestione territoriale di diabete, scompenso, BPCO e ipertensione. Gli accessi in pronto soccorso per codici minori o bisogni sociali rivelano l'assenza di alternative territoriali accessibili.

Anche i tempi per visite ed esami sono indicatori essenziali, perché mostrano l'accessibilità reale e non soltanto la produzione di prestazioni. Per questo l'utilizzo del FSE e l'interoperabilità dei dati sono utili ad indicare se dati clinici e percorsi sono effettivamente condivisi. La salute mentale territoriale, infine, deve essere considerata un indicatore autonomo, perché la domanda cresce e spesso arriva tardi ai servizi.

Domande per stimolare il confronto

La domanda che deve attraversare tutto: il cittadino del Lazio, ovunque viva, è davvero accompagnato dal sistema sanitario prima che il bisogno diventi emergenza?



**CENTRO STUDI
PERSONE E SALUTE
REGIONE LAZIO**

Dati, epidemiologia e disuguaglianze

Come utilizzare dati epidemiologici, indicatori sociali e territoriali per programmare una sanità regionale capace di leggere i fabbisogni reali e ridurre le disuguaglianze tra Roma, province, periferie e aree interne?

Liste d'attesa e rinuncia alle cure

Come misurare e governare davvero liste d'attesa, accessibilità effettiva delle prestazioni e rinuncia alle cure, garantendo una responsabilità pubblica forte anche nel rapporto con il privato accreditato?

Reti assistenziali e PDTA

A che punto sono nel Lazio le reti assistenziali e i PDTA per le principali patologie croniche e complesse, e come garantire percorsi omogenei di prevenzione, diagnosi, cura, follow-up e presa in carico in tutto il territorio regionale?

REMS e Salute Carceraria

Come costruire una vera continuità assistenziale tra carceri, REMS, servizi di salute mentale, SerD e territorio, affinché la pena non coincida con l'esclusione dal diritto alla salute?

Emergenza-urgenza e 118

Come ridisegnare l'integrazione tra 118, pronto soccorso, medicina d'urgenza, post-acuzie, ADI, servizi sociali e Case della Comunità per ridurre sovraffollamento, boarding e accessi evitabili, soprattutto tra anziani e fragili?

FSE, digitale e interoperabilità

Come trasformare Fascicolo Sanitario Elettronico, telemedicina e interoperabilità da strumenti ancora frammentati a una vera infrastruttura clinica per presa in carico, cronicità, fragilità, aderenza terapeutica e continuità assistenziale?

Personale e gettonisti

Quali politiche servono per superare il ricorso emergenziale a gettonisti e contratti esterni, rafforzando assunzioni stabili, attrattività del lavoro sanitario e copertura dei servizi nei distretti, negli ospedali, nei pronto soccorso e nelle aree interne?



Salute mentale e benessere psicologico

Come costruire una risposta territoriale integrata al disagio psicologico, alle dipendenze, ai disturbi alimentari e alla sofferenza di adolescenti e adulti, rafforzando DSM, neuropsichiatria infantile, psicologia territoriale, scuola, comuni e servizi sociali?

Prevenzione, screening e vaccinazioni

Come rendere realmente operativi DM 77, distretti, Case della Comunità, screening e vaccinazioni, superando l'apertura solo formale delle strutture e misurando con indicatori pubblici l'efficacia della prevenzione e della presa in carico territoriale?

Fonti essenziali da allegare al dossier

- Rapporto Osservasalute 2025 - Università Cattolica del Sacro Cuore: sintesi, trend regionali, cronicità, mortalità, salute mentale, sanità digitale e prevenzione.
- OpenSalute Lazio - Dipartimento di Epidemiologia SSR Lazio: dati per Regione, ASL, distretto e comune su popolazione, mortalità, malattie, ricoveri, tumori e offerta sanitaria.
- AGENAS - Piattaforma Nazionale Liste d'Attesa, Portale della Trasparenza e Fascicolo Sanitario Elettronico.
- Salute Lazio - Monitoraggio tempi di attesa, Fascicolo Sanitario Elettronico e pronto soccorso in tempo reale.
- ARES 118 - dati e documenti di programmazione dell'emergenza territoriale.
- Programmazione della rete ospedaliera Regione Lazio 2024-2026.
- OPSan-Banco Farmaceutico - Rapporto povertà sanitaria 2025.
- Corte dei conti e ANAC - documenti su personale, contratti esterni e gettonisti.
- Regione Lazio, Programmi di screening oncologici nella Regione Lazio - Rapporto 2024, pubblicato nel 2026.
- Ministero della Salute, Piano Nazionale Prevenzione Vaccinale 2023-2025 e Calendario nazionale vaccinale.
- ISS Epicentro, dati sulle coperture vaccinali e rapporti su influenza e SDO.
- Regione Lazio, programmazione territoriale e documenti su anziani fragili, ADI, frequent users del pronto soccorso e degenze oltre soglia.
- Open Data Lazio / P.Re.Val.E., dataset su pronto soccorso, fratture di femore negli anziani e indicatori ospedalieri.



**CENTRO STUDI
PERSONE E SALUTE
REGIONE LAZIO**

NON LASCIAMO NESSUNO SOLO

Tavolo 5 - salute delle donne

Salute, prevenzione, diritti e qualità della vita lungo tutto il ciclo della vita

Spunti introduttivi per il tavolo di confronto

Premessa

La salute delle donne rappresenta una delle principali sfide sanitarie, sociali, economiche e demografiche dei prossimi decenni. Parliamo di salute della donna lungo l'intero ciclo della vita: infanzia, adolescenza, salute mentale, lavoro, maternità, prevenzione, menopausa, malattie croniche, non autosufficienza e caregiver.

Le donne vivono più a lungo degli uomini. In Italia l'aspettativa di vita femminile raggiunge gli 85,5 anni contro gli 81,4 degli uomini. Tuttavia, questa maggiore longevità non coincide con una migliore salute: le donne trascorrono mediamente meno anni in buona salute rispetto agli uomini.

La trasformazione demografica rende questa sfida ancora più urgente. Entro il 2050 gli over 65 saranno circa tre volte superiori ai minori di 15 anni e le donne rappresenteranno la maggioranza della popolazione anziana, degli ultraottantenni, delle persone non autosufficienti e dei caregiver familiari. Aumentano inoltre le donne sole, oggi oltre cinque milioni e destinate a crescere ulteriormente nei prossimi decenni.

La salute femminile è quindi una questione di equità, ma anche di sostenibilità del Servizio sanitario nazionale, tenuta del welfare, crescita economica e qualità dell'invecchiamento.

Secondo il Report TEHA 2026, una mancata piena integrazione della medicina di genere potrebbe determinare un impatto economico fino al 6% del PIL italiano.

Nel Lazio queste dinamiche assumono un rilievo particolare. L'invecchiamento della popolazione, la crescita delle malattie croniche, le differenze territoriali tra Roma e le province, l'aumento delle donne sole e delle situazioni di fragilità sociale pongono interrogativi nuovi sulla capacità dei servizi sanitari e sociali di accompagnare le donne lungo tutte le fasi della vita.

Medicina di genere: dalla teoria alla pratica

Uno dei principali cambiamenti della medicina contemporanea riguarda il riconoscimento delle differenze biologiche, cliniche e sociali tra uomini e donne.

Per decenni ricerca, sperimentazione clinica, diagnosi e organizzazione dei servizi sono stati costruiti prevalentemente su modelli maschili. Oggi sappiamo che donne e uomini si ammalano in modo diverso, manifestano sintomi differenti e rispondono in modo differente alle terapie.



Le conseguenze sono evidenti: ritardi diagnostici, minore appropriatezza terapeutica, sottorappresentazione delle donne negli studi clinici, maggiore esposizione agli effetti collaterali dei farmaci e minore efficacia di alcuni percorsi assistenziali.

Le malattie cardiovascolari rappresentano il caso più emblematico: sono la prima causa di morte nelle donne ma continuano a essere sottovalutate e spesso diagnosticate tardivamente.

La medicina di genere non rappresenta quindi un tema specialistico, ma una leva fondamentale per migliorare qualità delle cure, appropriatezza e sostenibilità del sistema sanitario.

Non lasciare sole le ragazze

Le fragilità femminili iniziano molto presto.

Tra le ragazze e le giovani donne stanno emergendo nuove vulnerabilità che riguardano contemporaneamente salute mentale, relazioni sociali, immagine corporea e dipendenze.

L'80% delle giovani donne dichiara di aver avuto bisogno di supporto psicologico e una su tre non è riuscita ad accedervi.

Ansia, depressione, attacchi di panico, disturbi del sonno, cefalee e isolamento sociale sono in aumento.

Particolarmente preoccupante è il fenomeno dei disturbi del comportamento alimentare. Anoressia, bulimia e binge eating colpiscono prevalentemente le ragazze e rappresentano una delle principali emergenze sanitarie dell'età evolutiva.

Accanto a questi fenomeni cresce il peso della dimensione digitale. Cyberbullismo, revenge porn, body shaming, molestie online, diffusione non consensuale di immagini intime e violenza digitale producono conseguenze importanti sulla salute mentale, sull'autostima e sulla qualità della vita delle adolescenti.

Parallelamente aumentano fenomeni come svapo, consumo di nicotina, abuso di alcol e nuove dipendenze comportamentali.

Salute sessuale, contraccezione e consultori

La salute riproduttiva continua a rappresentare un elemento centrale delle politiche per la salute delle donne.

Le donne diventano madri più tardi, aumenta il ricorso alla procreazione medicalmente assistita e crescono le gravidanze considerate a rischio.

I consultori, 135 in totale nel Lazio, dovrebbero rappresentare il principale presidio territoriale per salute sessuale, contraccezione, fertilità, gravidanza, puerperio, salute mentale perinatale, menopausa e prevenzione.

Tuttavia il Lazio presenta una dotazione inferiore agli standard previsti. A fronte dell'obiettivo storico di un consultorio ogni 20.000 abitanti, il rapporto regionale è di circa un consultorio ogni 44.000 residenti.



**CENTRO STUDI
PERSONE E SALUTE
REGIONE LAZIO**

Sul fronte dell'interruzione volontaria di gravidanza, nel 2023 sono state registrate nel Lazio 7.063 IVG. Pur essendo elevata la partecipazione dei consultori all'attività di counselling, resta da rafforzare la presa in carico successiva, soprattutto sul piano psicologico e della prevenzione.

Rimane comunque sottostimata la rete dei consultori nella regione, ben al di sotto dei fabbisogni pervisti.

L'accesso alla contraccezione continua inoltre a presentare differenze economiche e territoriali che incidono soprattutto sulle giovani donne e sulle fasce più fragili della popolazione.

Fertilità e Procreazione Medicalmente Assistita

L'infertilità riguarda oggi circa una coppia su cinque in età riproduttiva ed è diventata una delle principali questioni di salute pubblica in un Paese segnato dalla crisi demografica.

Nel 2024 nel Lazio sono stati registrati 1.455 parti derivanti da PMA, terzo dato assoluto in Italia.

Dal 2025 la Regione Lazio ha attivato la Rete Regionale della Procreazione Medicalmente Assistita e inserito le prestazioni PMA nel percorso del Servizio Sanitario Regionale.

Resta tuttavia aperta una questione fondamentale: quanto la PMA sia realmente accessibile alle coppie.

I temi centrali riguardano tempi di attesa, distribuzione territoriale dei servizi, numero di cicli realmente erogati dal sistema pubblico, ruolo delle strutture private e sostenibilità economica per le famiglie.

Menopausa e salute della seconda parte della vita

La menopausa non è soltanto una fase fisiologica della vita individuale, ma una questione di salute pubblica che coinvolge milioni di donne. Ha effetti rilevanti su prevenzione cronicità, salute cardiovascolare, metabolismo, osteoporosi, salute, qualità della vita e partecipazione lavorativa.

Considerando l'aumento delle aspettative di vita una donna trascorre oggi un terzo della propria esistenza nel periodo post-menopausale, rendendo necessario un approccio sanitario e sociale strutturato lungo tutto il corso della vita.

Le grandi malattie croniche delle donne

Le malattie cardiovascolari restano la prima causa di morte femminile.

Il tumore della mammella continua a essere il primo tumore femminile.

Anche il diabete produce nelle donne effetti particolarmente rilevanti sul piano cardiovascolare, cognitivo e della fragilità.



Le demenze rappresentano probabilmente la più grande emergenza sanitaria e sociale dei prossimi vent'anni. Le donne costituiscono circa due terzi delle persone affette da Alzheimer e altre forme di decadimento cognitivo.

Dipendenze e nuove vulnerabilità femminili

Le dipendenze stanno cambiando volto.

Accanto ai fenomeni tradizionali emergono forme meno visibili ma sempre più diffuse tra le donne: abuso di alcol, gioco d'azzardo patologico, uso improprio di farmaci, poliassunzione di sostanze e dipendenze comportamentali.

Particolarmente preoccupante è la crescita del gioco d'azzardo tra donne adulte e anziane, spesso associato a solitudine, depressione e fragilità economica.

Violenza contro le donne: una questione di salute pubblica

La violenza di genere rappresenta una delle principali emergenze sanitarie, sociali e culturali del nostro tempo. Le sue drammatiche conseguenze, lesioni fisiche e femminicidi coinvolgono tutta la società, a dobbiamo ricordare che la violenza di genere è sia fisica che psicologica e incide profondamente sulla salute mentale, sulla qualità della vita, sull'autonomia economica e sulle opportunità di partecipazione sociale delle donne. Per questo l'Organizzazione Mondiale della Sanità considera la violenza contro le donne un problema prioritario di salute pubblica, che richiede interventi integrati di prevenzione, protezione, assistenza sanitaria e sostegno sociale lungo tutto il percorso di vita.

Pronto soccorso, consultori, medicina generale, servizi sociali e servizi di salute mentale rappresentano spesso il primo luogo di contatto con donne vittime di violenza.

Donne straniere, povertà sanitaria e accesso ai diritti

Le disuguaglianze di salute non colpiscono tutte le donne allo stesso modo.

Le donne straniere, le donne con basso reddito, le madri sole, le lavoratrici precarie e le donne che vivono in condizioni di fragilità sociale incontrano ancora oggi maggiori difficoltà nell'accesso alla prevenzione, ai servizi sanitari, alla salute mentale, alla salute riproduttiva e ai percorsi di presa in carico delle malattie croniche.

Le barriere possono essere economiche, linguistiche, culturali o organizzative.

Particolarmente vulnerabili risultano le donne migranti vittime di violenza, tratta o sfruttamento.

Accanto a queste fragilità emerge il tema crescente della povertà sanitaria femminile, che può tradursi in rinuncia alle cure, ritardo negli screening e minore adesione ai programmi di prevenzione.



**CENTRO STUDI
PERSONE E SALUTE
REGIONE LAZIO**

Contracezione, salute mestruale e povertà mestruale

L'accesso alla contraccezione e ai prodotti essenziali per la salute mestruale rappresenta ancora oggi un elemento di disuguaglianza economica e sociale.

Persistono differenze territoriali, economiche e culturali che possono limitare l'accesso soprattutto tra adolescenti, giovani donne e fasce socialmente più fragili.

Negli ultimi anni è inoltre emerso il tema della cosiddetta povertà mestruale, ovvero la difficoltà di accedere regolarmente a prodotti per l'igiene mestruale a causa dei costi economici.

La riduzione dell'IVA sui prodotti mestruali ha rappresentato un primo passo, ma il tema dell'accessibilità economica resta aperto.

Donne caregiver, anziane e non autosufficienza

Il welfare italiano continua a poggiare in larga parte sul lavoro di cura svolto dalle donne.

Circa il 70% dei caregiver familiari è donna.

Sono donne le principali figure di riferimento nell'assistenza agli anziani non autosufficienti, ai disabili, ai familiari con malattie croniche e alle persone con demenza.

Domande per stimolare il confronto

Medicina di genere

Come possiamo rendere la medicina di genere un elemento strutturale della programmazione sanitaria regionale, dai percorsi diagnostico-terapeutici alla medicina di precisione?

Salute mentale e giovani

Come rispondere all'aumento del disagio psicologico tra le ragazze e le giovani donne, rafforzando prevenzione, servizi territoriali e contrasto alla violenza digitale?

Consultori, contraccezione e maternità

La rete dei consultori e dei servizi territoriali è oggi in grado di accompagnare le donne nei percorsi di salute sessuale, riproduttiva e materna lungo tutte le fasi della vita?



**CENTRO STUDI
PERSONE E SALUTE
REGIONE LAZIO**

PMA e infertilità

Come garantire un accesso più equo e tempestivo alla procreazione medicalmente assistita e sviluppare una strategia regionale per la prevenzione e la cura dell'infertilità?

Menopausa e lavoro

Come riconoscere e affrontare l'impatto della menopausa sulla salute, sulla qualità della vita e sulla permanenza lavorativa delle donne?

Malattie croniche e invecchiamento

Come ripensare la presa in carico delle donne con malattie croniche e fragilità, integrando ospedale, territorio, assistenza domiciliare e servizi sociali?

Dipendenze

Come intercettare e prendere in carico le dipendenze femminili, spesso meno visibili, integrando salute mentale, servizi territoriali e interventi sociali?

Violenza contro le donne

Il sistema sanitario è oggi in grado di riconoscere precocemente la violenza di genere e garantire percorsi efficaci di protezione e presa in carico?

Donne straniere, povertà e disuguaglianze

Come ridurre le disuguaglianze che limitano l'accesso alla salute delle donne più fragili, dalle migranti alle donne in condizioni di povertà economica e sociale?

Contraccezione e povertà mestruale

Quali politiche possono garantire un accesso più equo alla contraccezione, all'educazione affettiva e sessuale e ai prodotti essenziali per la salute mestruale?

Caregiver e non autosufficienza

Come sostenere le donne caregiver e rafforzare i servizi territoriali per affrontare l'aumento della non autosufficienza e delle demenze?



**CENTRO STUDI
PERSONE E SALUTE
REGIONE LAZIO**

Domanda conclusiva

Se doveste indicare una sola priorità strategica per migliorare la salute e la qualità della vita delle donne nel Lazio nei prossimi dieci anni, quale sarebbe e quale impegno concreto siete pronti ad assumere?





**CENTRO STUDI
PERSONE E SALUTE
REGIONE LAZIO**

NON LASCIAMO NESSUNO SOLO

Tavolo 6 - ricercatori e innovazione

Spunti introduttivi per il tavolo di confronto

Premessa

Il Lazio possiede già oggi una massa critica scientifica, sanitaria, tecnologica e industriale tra le più rilevanti d'Italia e d'Europa. Il tema, quindi, non è costruire da zero un ecosistema della ricerca, ma rendere questo ecosistema più integrato, riconoscibile, attrattivo e capace di generare sviluppo. Non mancano le eccellenze: è ancora insufficiente la capacità di trasformarle stabilmente in investimenti, innovazione, trasferimento tecnologico, opportunità industriali e percorsi di carriera per i ricercatori.

La ricerca non è un settore accessorio. È insieme politica industriale, politica sanitaria, politica economica, politica della sicurezza e politica della competitività del Paese. Per questo il Lazio deve decidere se essere protagonista della nuova economia della conoscenza o limitarsi a osservare altri territori raccogliere i frutti delle proprie eccellenze.

Il Lazio, grande concentrazione europea di ricerca

Il Lazio possiede un patrimonio scientifico e tecnologico unico in Italia e tra i più rilevanti in Europa. Nella regione si concentra una straordinaria densità di università, policlinici universitari, IRCCS, enti pubblici di ricerca, istituzioni sanitarie nazionali, centri di ricerca di base e applicata, imprese farmaceutiche, biotech e biomedicali.

Roma ospita contemporaneamente il principale sistema universitario italiano, con Sapienza, Tor Vergata, Roma Tre, Università Cattolica, Campus Bio-Medico, UniCamillus e LUISS, insieme a grandi policlinici universitari che rappresentano un'infrastruttura strategica per la ricerca clinica, traslazionale e biomedica. Nel Lazio hanno inoltre sede istituzioni nazionali fondamentali per la salute pubblica e la ricerca scientifica italiana: l'Istituto Superiore di Sanità, l'Agenzia Italiana del Farmaco, il Consiglio Nazionale delle Ricerche, l'Istituto Nazionale di Fisica Nucleare, ENEA, l'Agenzia Spaziale Italiana e gli Istituti Zooprofilattici Sperimentali.

Poche regioni europee possono vantare, nello stesso territorio, la presenza delle principali istituzioni di governo della salute, della ricerca scientifica e dell'innovazione tecnologica. Questa concentrazione costituisce un vantaggio competitivo potenziale, ma richiede una regia capace di collegare stabilmente ricerca pubblica, sanità, industria, capitale umano e investimenti.

Scienze della vita, sistema ospedaliero e ricerca traslazionale

Il sistema ospedaliero della ricerca è uno degli asset più rilevanti del Lazio. La regione ospita alcuni tra i più importanti IRCCS italiani e numerosi ospedali universitari che svolgono attività di ricerca clinica e traslazionale di



**CENTRO STUDI
PERSONE E SALUTE
REGIONE LAZIO**

livello internazionale. La presenza di IRCCS oncologici, neurologici, pediatrici, dermatologici e specialistici costituisce una piattaforma unica per ricerca clinica, sperimentazioni farmacologiche, medicina di precisione, genomica, neuroscienze, terapie avanzate e intelligenza artificiale applicata alla medicina.

Questo patrimonio rappresenta uno dei principali fattori competitivi della regione. La compresenza di ospedali universitari, IRCCS, enti regolatori, istituzioni nazionali e imprese permette infatti al Lazio di presidiare l'intera catena che collega la produzione di conoscenza scientifica alla cura, alla sperimentazione e all'applicazione industriale.

Nel 2025, il settore farmaceutico si è confermato il principale motore dell'export del Lazio, generando un fatturato estero di circa 18 miliardi di euro, su un totale di 36 miliardi per l'intera economia regionale.

Il distretto si sviluppa principalmente tra Roma, Latina e Frosinone, con una forte presenza di multinazionali farmaceutiche, imprese biotech, attività di ricerca e sviluppo, produzione avanzata e sperimentazione clinica. Le province di Latina e Frosinone rappresentano uno dei più importanti poli farmaceutici europei, con una concentrazione produttiva e tecnologica che non ha eguali nel Mezzogiorno.

La presenza contemporanea di università, IRCCS, policlinici universitari, ISS, AIFA e industria farmaceutica consente al Lazio di coprire l'intera filiera della ricerca: dalla ricerca di base alla ricerca traslazionale, fino alla sperimentazione clinica e all'applicazione industriale. Poche regioni europee possiedono una simile continuità tra produzione di conoscenza scientifica e applicazione terapeutica.

One Health, sicurezza sanitaria e Istituti Zooprofilattici

Gli Istituti Zooprofilattici rappresentano una componente essenziale dell'approccio One Health. Sorveglianza epidemiologica, sicurezza alimentare, zoonosi, antibiotico-resistenza, salute animale e monitoraggio ambientale costituiscono oggi aree strategiche per la sicurezza sanitaria globale.

L'esperienza maturata durante la pandemia e nelle emergenze sanitarie ha dimostrato che questi istituti non sono più strutture specialistiche di nicchia, ma infrastrutture strategiche per la sicurezza nazionale. Il Lazio può valorizzare questa competenza integrandola con sanità pubblica, ricerca clinica, monitoraggio ambientale, biotecnologie, tecnologie digitali e capacità di risposta alle emergenze.

Rome Technopole e la nuova infrastruttura dell'innovazione

La nascita di Rome Technopole rappresenta probabilmente il più importante investimento strutturale degli ultimi anni sull'ecosistema della ricerca laziale. Rome Technopole aggrega università pubbliche e private, enti di ricerca, istituzioni e imprese in un'unica piattaforma di innovazione, con l'obiettivo di creare un hub europeo capace di attrarre investimenti, talenti e trasferimento tecnologico.

La nuova sede prevista nell'area di Pietralata, insieme ai laboratori, alle infrastrutture di ricerca, agli incubatori e agli acceleratori di impresa, può rappresentare per Roma ciò che Human Technopole ha rappresentato per Milano.

Perché questo accada, Rome Technopole non deve essere percepito come un progetto temporaneo o come una sommatoria di soggetti già esistenti, ma come una infrastruttura permanente di politica industriale, scientifica e tecnologica. Il suo valore dipenderà dalla capacità di produrre connessioni stabili tra ricerca pubblica, grandi imprese, startup, sanità, capitale privato e programmi europei.



Le direttrici di crescita del prossimo decennio

Le grandi direttrici di sviluppo del Lazio attraversano scienze della vita, farmaceutica e biotech, medicina personalizzata, genomica, terapie avanzate, neuroscienze, intelligenza artificiale applicata alla salute, aerospazio, cybersecurity, quantum technologies, data science e supercalcolo.

La convergenza tra salute, digitale e tecnologie avanzate può rendere il Lazio uno dei principali hub europei dell'innovazione. In particolare, l'integrazione tra AI, supercalcolo, grandi database clinici, genomica, neuroscienze, tecnologie spaziali, sensoristica avanzata e biotecnologie apre una nuova frontiera di innovazione strategica. Salute, ambiente, sicurezza e tecnologia non sono più mondi separati: la competitività dei territori dipenderà sempre più dalla capacità di integrarli in piattaforme operative comuni.

Lazio e Lombardia: due modelli a confronto

Negli ultimi anni Milano e la Lombardia hanno costruito una strategia molto chiara: trasformare la ricerca scientifica in una leva industriale, finanziaria e geopolitica. Human Technopole, il distretto MIND, la concentrazione di grandi fondazioni scientifiche, il rafforzamento del trasferimento tecnologico e la capacità di attrarre capitali internazionali, startup deep tech e ricercatori stranieri hanno consentito alla Lombardia di consolidarsi come principale ecosistema italiano dell'innovazione biomedicale e tecnologica.

Il punto, però, è che il Lazio possiede già oggi una massa critica scientifica pari, e per alcuni aspetti superiore, a quella lombarda. La regione concentra contemporaneamente il più grande sistema universitario italiano, la maggiore concentrazione di policlinici universitari, IRCCS di rilievo internazionale, ISS, AIFA, CNR, INFN, ENEA e ASI, uno dei principali distretti farmaceutici europei, il cuore istituzionale della salute pubblica italiana, una rete avanzata di ricerca clinica e traslazionale e competenze strategiche in aerospazio, intelligenza artificiale, genomica, neuroscienze e One Health.

Milano ha costruito un ecosistema riconoscibile, competitivo e attrattivo; Roma e il Lazio dispongono di un sistema molto forte, ma ancora troppo frammentato.

Le criticità principali riguardano il dialogo insufficiente tra grandi istituzioni, la separazione ancora marcata tra ricerca pubblica e industria, un trasferimento tecnologico non adeguato alla massa critica esistente, una debole attrazione di venture capital, difficoltà burocratiche, carriere accademiche lente e precarie e uno scarso sostegno strutturale ai giovani ricercatori. Il rischio che dobbiamo scongiurare è che il Lazio produca ricerca eccellente, ma lasci che il valore economico, tecnologico e umano venga sviluppato altrove.

I tre ambiti strategici: life science, AI salute, aerospazio

1 Life Science e farmaceutica

Il Lazio è già oggi la prima regione italiana per export farmaceutico. Eppure il sistema non ha ancora sviluppato pienamente hub biotech integrati, grandi piattaforme di venture capital scientifico, acceleratori dedicati alle terapie avanzate ed ecosistemi stabili tra IRCCS, università e imprese. Molte startup innovative nascono, ma poche riescono a scalare nel territorio regionale.



2 Intelligenza artificiale e salute

Roma possiede tutte le condizioni per diventare uno dei principali poli europei di intelligenza artificiale applicata alla salute. Grandi database clinici, IRCCS, policlinici universitari, ISS, competenze informatiche e matematiche, supercalcolo e infrastrutture pubbliche costituiscono una base straordinaria. Serve però una strategia integrata regionale e nazionale che trasformi questi asset in piattaforme operative permanenti.

3 Aerospazio e dual technologies

Il Lazio è già uno dei principali distretti aerospaziali italiani ed europei. La convergenza tra spazio, salute, monitoraggio ambientale, biotecnologie, sicurezza sanitaria, AI e sensoristica avanzata può aprire una nuova frontiera di innovazione strategica. L'esperienza pandemica ha dimostrato che salute, ambiente, sicurezza e tecnologia non sono più mondi separati.

Il nodo decisivo: attrarre e trattenere i talenti

Nonostante le eccellenze presenti, il Lazio continua a soffrire di un problema strutturale: attrarre, trattenere e far crescere i talenti della ricerca. Il rischio non è la mancanza di cervelli; il rischio è continuare a formarli e perderli.

Troppi giovani ricercatori entrano tardi in percorsi stabili, lavorano con assegni e contratti precari, trovano carriere incerte, ricevono retribuzioni inferiori ai competitor internazionali, non vedono prospettive di crescita e scelgono di trasferirsi all'estero o in altri ecosistemi nazionali più attrattivi.

Le destinazioni più attrattive includono Stati Uniti, Regno Unito, Germania, Svizzera, Paesi del Nord Europa e, in alcuni casi, ecosistemi italiani più organizzati. Il paradosso è che il Lazio forma ricercatori eccellenti con risorse pubbliche, ma troppo spesso non riesce a trattenerli o a offrire loro condizioni adeguate per sviluppare autonomia scientifica, leadership e impatto industriale.

Le sfide dei prossimi dieci anni

Per competere davvero a livello europeo il Lazio deve fare un salto di scala. Le infrastrutture scientifiche, le università, gli IRCCS, il sistema farmaceutico, Rome Technopole, l'aerospazio, gli enti di ricerca e il capitale umano ci sono già. La sfida è trasformare un insieme di eccellenze spesso isolate in un ecosistema europeo della conoscenza.

Le priorità dei prossimi dieci anni devono includere investimenti pluriennali stabili in ricerca e innovazione, infrastrutture di ricerca avanzate, maggiore autonomia e velocità amministrativa, consolidamento di Rome Technopole come infrastruttura permanente, attrazione di grandi programmi europei e internazionali, connessione stabile tra università, IRCCS, startup e industria e rafforzamento del trasferimento tecnologico tra università e imprese.

A queste priorità si aggiungono il sostegno a startup e spin-off deep tech, fondi regionali dedicati al trasferimento tecnologico, strumenti per il venture capital scientifico, programmi regionali per giovani Principal Investigator e team indipendenti, percorsi di carriera competitivi per giovani ricercatori, incentivi al rientro dei talenti italiani dall'estero, semplificazione delle sperimentazioni cliniche e creazione di un ecosistema integrato tra sanità, università, industria e ricerca.



Rome Technopole può rappresentare il primo grande passo in questa direzione. Ma serve una scelta politica chiara: trasformare il Lazio da territorio con grandi eccellenze isolate a vero ecosistema europeo della conoscenza.

Agenda operativa per il Lazio

Una strategia credibile deve partire dai talenti. Ridurre precarietà, fuga dei cervelli e ritardi di carriera significa costruire programmi regionali per giovani Principal Investigator, sostenere team indipendenti, favorire il rientro dei ricercatori dall'estero e promuovere condizioni contrattuali più competitive. Non si tratta solo di trattenere persone, ma di dare autonomia scientifica a chi può generare nuova conoscenza, brevetti, startup, sperimentazioni e impatto industriale.

Il secondo asse riguarda il trasferimento tecnologico. Il Lazio deve collegare in modo stabile ricerca pubblica, imprese e capitali attraverso fondi dedicati, uffici integrati per brevetti e spin-off, partnership industriali e acceleratori deep tech. La ricerca prodotta nelle università, negli IRCCS e negli enti nazionali deve poter incontrare più rapidamente competenze manageriali, investitori, imprese e mercati.

Nel campo Life Science e farmaceutico, il primato produttivo deve diventare anche leadership scientifica e industriale. Servono hub biotech, acceleratori per terapie avanzate e piattaforme permanenti tra IRCCS, università e imprese, in grado di accompagnare le startup dalla nascita alla crescita, evitando che le idee migliori vengano sviluppate fuori dal territorio regionale.

Sul versante dell'intelligenza artificiale applicata alla salute, il Lazio deve puntare a piattaforme operative fondate su database clinici, supercalcolo, governance dei dati e competenze informatiche e matematiche. L'obiettivo è rendere Roma e il Lazio un polo europeo della medicina digitale, capace di connettere ricerca clinica, dati, algoritmi, etica, regolazione e applicazioni terapeutiche.

L'approccio One Health richiede invece di integrare salute umana, salute animale, ambiente e prevenzione. La valorizzazione degli Istituti Zooprofilattici, la sorveglianza epidemiologica, il contrasto alle zoonosi, l'antibiotico-resistenza e la sicurezza alimentare devono essere parte di una politica regionale della sicurezza sanitaria.

L'aerospazio e le tecnologie duali rappresentano un ulteriore asse di sviluppo. Il Lazio può sfruttare la convergenza tra spazio, salute, ambiente e sicurezza attraverso progetti su monitoraggio ambientale, sensoristica, biotecnologie, intelligenza artificiale e sicurezza sanitaria. Infine, Rome Technopole deve essere consolidato come piattaforma permanente, con una governance stabile, missioni industriali chiare, connessione con investitori e capacità di attrarre programmi europei e internazionali.

Conclusioni

Non lasciare soli i nostri ricercatori significa comprendere che oggi la ricerca non è un settore accessorio. È politica industriale, sanitaria, economica, della sicurezza e della competitività del Paese. Il Lazio possiede già gli asset scientifici per essere una delle grandi capitali europee della ricerca e dell'innovazione.

La sfida non è costruire le eccellenze: le eccellenze ci sono già. La sfida è impedire che il loro valore venga disperso, sottoutilizzato o trasferito altrove. Le infrastrutture scientifiche, le università, gli IRCCS, il sistema farmaceutico, Rome Technopole, l'aerospazio, gli enti di ricerca e il capitale umano rappresentano una base straordinaria. Ora serve una scelta politica: trasformare questa base in un ecosistema riconoscibile, competitivo e capace di dare futuro ai ricercatori.



Il Lazio non deve scegliere se investire nella ricerca. Deve decidere se vuole essere protagonista della nuova economia della conoscenza. Non lasciare soli i ricercatori significa dare stabilità ai talenti, velocità alle istituzioni, capitale alle idee e una strategia industriale alla conoscenza. La ricerca non è un costo: è la principale infrastruttura di futuro del Lazio.

Domande per stimolare il confronto

1. Quali sono oggi i principali ostacoli che impediscono al Lazio di trasformare la sua eccellenza scientifica in leadership industriale e tecnologica?
2. Alla luce, della perdita di competitività del “Sistema Italia” sulla sperimentazione clinica, come può il Lazio potenziare e diventare leader in Italia e quali sono le misure nazionali o locali per renderci competitivi a livello europeo?
3. Cosa possiamo imparare dal modello lombardo — Human Technopole, MIND e trasferimento tecnologico — senza perdere le specificità del sistema romano e laziale?
4. In che modo università, IRCCS, istituzioni pubbliche e imprese possono costruire un ecosistema realmente integrato per trattenere talenti e attrarre investimenti internazionali?
5. Quale ruolo avranno intelligenza artificiale, life science e aerospazio nella competitività del Lazio nei prossimi dieci anni?
6. Quali azioni concrete servono subito per evitare la fuga dei giovani ricercatori e rendere il Lazio una delle grandi capitali europee della ricerca?
7. Possiamo immaginare un’infrastruttura, pubblica e/o private, per finanziare in modo stabile ricerca avanzata e trasferimento tecnologico?