LA SANITÀ TERRITORIALE IN MOVIMENTO



Report nazionale di sintesi dei risultati del monitoraggio DM 77/2022

I semestre 2026

Ministero della Salute

Finanziato dall'Unione europea NextGenerationEU

Italiadomani
PIANO NAZIONALE DI RIPRESA E RESILIENZA

agenas
AGENZIA NAZIONALE PER I SERVIZI SANITARI REGIONALI

LA SANITÀ TERRITORIALE IN MOVIMENTO

Report nazionale di sintesi dei risultati
del monitoraggio DM 77/2022

I semestre 2026

Ministero della Salute
Finanziato dall'Unione europea NextGenerationEU
Italiadomani PIANO NAZIONALE DI RIPRESA E RESILIENZA
agenas

Il Report è stato realizzato da un gruppo di lavoro di AGENAS, nell'ambito delle attività di monitoraggio dell'attuazione del **Decreto Ministeriale del 23 maggio 2022, n. 77 (DM 77/2022):**

- **Antonio Fortino**
  Direttore UOC Monitoraggio LEA, SSN e aziende sanitarie
- **Maria Pia Randazzo**
  Direttore UOSD Statistica e flussi informativi sanitari
- **Alice Borghini**
  Direttore UOSD Sanità digitale e telemedicina
- **Paolo Ursillo**
  UOSD Sanità digitale e telemedicina, IP Organizzazione modelli sanitari territoriali
- **Francesco Calabrese**
  UOC Monitoraggio LEA, SSN e aziende sanitarie
- **Federico Gioia**
  UOSD Statistica e flussi informativi sanitari
- **Danilo Catania**
  UOSD Statistica e flussi informativi sanitari
- **Cristian Taormina**
  UOSD Sanità digitale e telemedicina
- **Elisa Guidotti**
  Direzione Generale
- **Anissa Jaljaa**
  Dirigente Direzione Generale
- **Daniela Marotta**
  Dirigente Direzione Generale

Hanno collaborato alla realizzazione delle interviste:

- **Giovanni Baglio**
  Direttore UOC Ricerca
- **Lorena Martini**
  Direttore UOC Formazione ECM
- **Lorenzo Bandini**
  Dirigente Unità di Progetto PNRR
- **Mimma Cosentino**
  UOSD Sanità digitale e telemedicina
- **Marica Scotellaro**
  UOSD Sanità digitale e telemedicina
- **Giusy Casazza**
  UOC Monitoraggio LEA, SSN e aziende sanitarie
- **Francesco Enrichens**
  Esperto AGENAS

Ha collaborato alla revisione del testo:

- **Chiara Vicario**
  Direzione Generale

Le attività del gruppo di lavoro sono state coordinate dal *Direttore Generale*, **Angelo Tanese**

Ringraziamenti

Per il prezioso contributo nella rilevazione dei dati contenuti nella prima parte del Report, si ringraziano le direzioni regionali e i referenti di tutte le Regioni e delle Province Autonome, nonché le direzioni aziendali e i referenti di tutte le aziende sanitarie interessate.

Per il confronto e la verifica dei dati contenuti nella prima parte del Report si ringrazia inoltre l'Unità di Missione per l'attuazione degli interventi del PNRR del Ministero della Salute.

- **Achille Iachino**, *Direttore Generale, Unità di Missione per l'attuazione degli interventi del PNRR, Ministero della Salute*
- **Gianluca Altamura**, *Direttore dell'Ufficio di monitoraggio dell'Unità di Missione per l'attuazione degli interventi del PNRR, Ministero della Salute*
- **Antonio Anatrone**, *Direttore dell'Ufficio di rendicontazione e controllo dell'Unità di Missione per l'attuazione degli interventi del PNRR, Ministero della Salute*

Un particolare ringraziamento è rivolto ai direttori di distretto che si sono resi disponibili per il confronto e la condivisione delle esperienze maturate nei diversi contesti territoriali attraverso le interviste che hanno consentito la realizzazione della seconda parte del Report.

- **Andreis Janah Maria,** *Comprensorio sanitario di Merano, Azienda Sanitaria dell'Alto Adige, PA di Bolzano*
- **Arcari Giulia,** *Distretto Valle Trompia, ASST Spedali Civili di Brescia, Lombardia*
- **Arquilla Agata,** *Distretto Sanitario 3 Area Peligno-Sangrina, ASL 1 Abruzzo Avezzano-Sulmona-L'Aquila, Abruzzo*
- **Baragatti Lorenzo,** *Distretto Senese, Azienda USL Toscana Sud Est, Toscana*
- **Barbara Andrea,** *Distretto 2, ASL Roma 1, Lazio*
- **Barbero Luigi Domenico,** *Distretto Sud-Ovest, ASL CN1, Piemonte*
- **Barillaro Salvatore,** *Distretto Sanitario Tirrenico, ASP di Reggio Calabria, Calabria*
- **Boncompagni Antonio,** *Distretto Reatino, ASL Rieti, Lazio*
- **Camplone Ilaria,** *Distretto Città di Bologna, AUSL di Bologna, Emilia-Romagna*
- **Carboni Massimo,** *Distretto Sarrabus-Gerrei, ASL 8 Cagliari, Sardegna*
- **Cerone Gennaro,** *Distretto di Palestrina, ASL Roma 5, Lazio*
- **Ciccarelli Domenico,** *Distretto Sanitario 39 Villaricca, Calvizzano, Qualiano, ASL Napoli 2 Nord, Campania*
- **Ciuffreda Matteo,** *Distretto Alta Padovana, Azienda ULSS 6 Euganea, Veneto*
- **Dattola Carmelo Alberto,** *Distretto Sanitario 4 Lagonegrese-Pollino, ASP di Potenza, Basilicata*
- **De Gennaro Girolama,** *Distretto sociosanitario 55 Cerignola, ASL Foggia, Puglia*
- **De Luca Riccardo,** *Distretto Sud-Ovest, ASL Città di Torino, Piemonte*
- **Giunti Giuditta,** *Distretto Firenze, Azienda USL Toscana Centro, Toscana*
- **Giusto Immacolata,** *Distretto Sanitario 3 Sant'Angelo dei Lombardi, ASL Avellino, Campania*
- **Illuminati Diego,** *Distretto di Fermo, AST Fermo, Marche*
- **Impérial Hélène,** *Distretto 2, Azienda USL Valle d'Aosta, Valle d'Aosta*
- **Marchica Ercole,** *Distretto Sanitario Agrigento, ASP Agrigento, Sicilia*
- **Miglietta Barbara,** *Distretto del Livenza e Distretto delle Dolomiti Friulane, ASFO, Azienda Sanitaria Friuli Occidentale, Friuli-Venezia Giulia*
- **Mortello Daniela,** *Distretto Tigullio Ovest, ATS Liguria, Liguria*
- **Nava Enrico,** *Distretto sanitario Est, Azienda Sanitaria Universitaria Integrata del Trentino, PA di Trento*
- **Picciolo Vincenzo,** *Distretto Sanitario di Messina, ASP Messina, Sicilia*
- **Riccetti Angela,** *Distretto Sanitario Tirreno, ASP di Cosenza, Calabria*
- **Ronzino Giuseppina,** *Distretto sociosanitario 6 Grottaglie, ASL Taranto, Puglia*
- **Scellini Tiziana,** *Distretto di Campobasso, ASReM, Molise*
- **Sesana Luca,** *Distretto Lecco, ASST Lecco, Lombardia*
- **Sforzin Simona,** *Servizi Sociosanitari, Azienda ULSS 2 Marca Trevigiana, Veneto*
- **Sintoni Francesco,** *Distretto di Forlì, AUSL Romagna, Emilia-Romagna*
- **Vescarelli Ilaria,** *Distretto Assisano e Distretto Media Valle del Tevere, USL Umbria 1, Umbria*

Elenco degli acronimi

ACN	Accordo Collettivo Nazionale
ADI	Assistenza Domiciliare Integrata
AFT	Aggregazione Funzionale Territoriale
AGENAS	Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali
AIR	Accordo Integrativo Regionale
ASL	Azienda Sanitaria Locale
CdC	Casa della Comunità
CIS	Contratto Istituzionale di Sviluppo
COT	Centrale Operativa Territoriale
CUP	Centro Unico di Prenotazione
DM	Decreto Ministeriale
IFoC/IFeC	Infermiere di Famiglia o/e Comunità
MMG	Medico di Medicina Generale
NEA 116117	Numero Europeo Armonizzato 116117
NSIS	Nuovo Sistema Informativo Sanitario
OdC	Ospedale di Comunità
PA / PPAA	Provincia Autonoma / Province Autonome
PAI	Piano Assistenziale Integrato
PDTA	Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale
PLS	Pediatra di Libera Scelta
PNRR	Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza
PUA	Punto Unico di Accesso
ReGiS	Sistema informativo utilizzato per il monitoraggio, la rendicontazione e il controllo degli interventi finanziati dal PNRR
RUAP	Ruolo Unico dell'Assistenza Primaria
SAI	Specialista Ambulatoriale Interno / Specialisti Ambulatoriali Interni
SEP	Servizio di epidemiologia del Dipartimento di Prevenzione, secondo la denominazione utilizzata nell'intervista
SSN	Sistema Sanitario Nazionale
UCCP	Unità Complessa di Cure Primarie
UCP-DOM	Unità di Cure Palliative Domiciliari
UMPNRR	Unità di Missione PNRR del Ministero della Salute
UO	Unità Operativa
UOSM	Unità Operativa di Salute Mentale
UVI	Unità di Valutazione Integrata
UVM	Unità di Valutazione Multidimensionale

Indice

Prefazione *del Ministro della Salute, Orazio Schillaci* 7

Introduzione *del Direttore Generale AGENAS, Angelo Tanese* 9

Prima Parte

Monitoraggio del DM 77/2022 al 30 giugno 2026 11

Premessa e nota metodologica 13

1. Case della Comunità (CdC) 14
   1.1 Analisi della programmazione e del livello di implementazione 14
   1.2 Case della Comunità *hub* e *spoke* 17
   1.3 Approfondimento dei servizi della Casa della Comunità 23
2. Centrali Operative Territoriali (COT) 28
3. Ospedali di Comunità (OdC) 30
   3.1 Analisi della programmazione e del livello di implementazione 30
4. CdC, COT, OdC: una visione di sintesi 40
5. Distretto 45
6. Assistenza domiciliare 48
7. Unità di Cure Palliative Domiciliari (UCP-DOM) 50
8. Centrali Operative NEA 116117 52

Seconda Parte

Verso un cambiamento organizzativo e culturale 55

Premessa e nota metodologica 57

Indagine qualitativa: interviste ai direttori di distretto 59

1. Una sanità territoriale in movimento, con gradi di maturità differenti 59
   1.1 Partecipazione della medicina generale 62
   1.2 Équipe multiprofessionale e ruolo dell'Infermiere di Famiglia o di Comunità 63
   1.3 Presa in carico della cronicità e medicina di iniziativa 65
2. Una nuova rete di relazioni 67
3. Le principali criticità da affrontare per la piena operatività del modello 71
4. Un'aria di cambiamento 73

Conclusioni. La riforma passo dopo passo 77

Prefazione

Da medico, prima ancora che da Ministro, so che una cura funziona soltanto quando arriva in tempo e vicino a chi ne ha bisogno. Non al centro del sistema, ma ai suoi margini: nei piccoli comuni, nelle aree interne, là dove per troppo tempo tra il cittadino e una risposta di salute c'era soltanto distanza. È da qui che ho scelto di partire quando abbiamo pensato alla riforma dell'assistenza territoriale.

È una delle trasformazioni più profonde avviate nel Servizio Sanitario Nazionale dalla sua istituzione. Non riguarda soltanto l'organizzazione della sanità: cambia il rapporto tra le persone e il loro diritto a essere curate. L'invecchiamento della popolazione, l'aumento delle malattie croniche e la crescente complessità dei bisogni non ci lasciano alternative. Dobbiamo portare la sanità più vicino alla vita delle persone.

Il Decreto ministeriale n. 77 del 2022 (DM 77/2022) e gli investimenti del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR) hanno dato forma a questo disegno. Le Case della Comunità (CdC) ne sono il cuore: luoghi riconoscibili e aperti, nei quali il cittadino sa di trovare competenze, servizi e qualcuno che prende in carico la sua storia. Su questo obiettivo abbiamo mantenuto gli impegni presi con l'Europa e siamo andati oltre.

A fronte di un traguardo di almeno 1.038 Case della Comunità la programmazione nazionale ha fatto di più, sostenuta da circa 2 miliardi di euro di risorse PNRR. È un investimento senza precedenti sulla sanità territoriale.

Ma le mura non bastano. Ed è qualcosa che chi, dentro le Istituzioni, sta lavorando al rinnovamento del Servizio Sanitario Nazionale sa molto bene. Una Casa della Comunità vale per i professionisti che la abitano, per i percorsi di cura che vi prendono vita, per la capacità di tenere insieme ospedale, territorio e domicilio. La sfida vera è trasformare gli edifici in presìdi vivi.

Per questo ho voluto con forza che accanto alle strutture crescessero le condizioni per farle funzionare. Il ruolo della medicina generale è decisivo: il nuovo Accordo Collettivo Nazionale va nella direzione di una partecipazione più piena dei medici alla vita delle Case della Comunità. Allo stesso tempo lo sviluppo della telemedicina e il potenziamento dell'assistenza domiciliare (che ci ha già portato a superare il target PNRR per la presa in carico degli over 65) rispondono a una stessa idea di cura: accompagnare la persona nei diversi momenti della vita e della malattia.

Come studioso ho sempre creduto che non si governi ciò che non si misura. Il Report realizzato da AGENAS ci restituisce una fotografia aggiornata e onesta delle strutture, dei servizi e dei processi organizzativi nei diversi territori. Non è un adempimento: è lo strumento con cui verifichiamo l'avanzamento del DM 77 e decidiamo, su basi concrete, i passi successivi. Il Ministero della Salute, insieme ad AGENAS e in collaborazione con le Regioni e le Province Autonome, continuerà ad accompagnare questo cammino perché proceda in modo coerente su tutto il territorio nazionale e riduca, non aumenti, le distanze tra i cittadini.

Abbiamo davanti una responsabilità precisa. Le risorse europee hanno dato un impulso straordinario. Ma l'orizzonte di questa riforma va molto oltre il PNRR. Le strutture che stiamo realizzando, l'organizzazione dei servizi, il lavoro dei professionisti sono destinati a restare e a incidere per decenni sull'assetto della sanità italiana. Il mio impegno è che tutto questo non si fermi con la fine del PNRR. Il cammino che abbiamo davanti ha una portata che va ben oltre. È una vera rivoluzione dell'assistenza territoriale che stiamo scrivendo tutti insieme.

Il risultato a cui dobbiamo tendere, mi rendo conto, è semplice da enunciare e meno da conquistare: che in ogni parte della Nazione, bussando dove prima c'era una porta chiusa, una persona trovi una risposta. È la misura con cui chiedo che venga giudicato il nostro lavoro. È esattamente il lavoro che stiamo facendo e che porteremo avanti fino all'ultimo giorno di mandato.

Prof. Orazio Schillaci
Ministro della Salute

Introduzione

È una sanità territoriale in movimento quella che emerge da questo Report di monitoraggio dell'attuazione del Decreto Ministeriale del 23 maggio 2022, n. 77, al 30 giugno 2026.

I dati evidenziano un avanzamento del processo di attuazione del decreto nel primo semestre del 2026, con un incremento delle strutture implementate nelle diverse Regioni. Rispetto alla rilevazione al 31 dicembre 2025, le Case della Comunità in possesso di tutti i servizi obbligatori previsti dal DM 77/2022 passano da 66 a 1.283 e gli Ospedali di Comunità (OdC) da 163 a 402.

Tali dati documentano il percorso compiuto dal Servizio Sanitario Nazionale nell'attuazione degli interventi previsti nell'ambito del PNRR e delineano, rispetto al 2022, un quadro dell'assistenza territoriale caratterizzato da una più ampia diffusione delle nuove strutture e dei servizi previsti dalla riforma.

Dal Report emerge inoltre come il processo di attuazione abbia interessato tutte le Regioni, seppure con gradi e modalità di attuazione differenti, coinvolgendo i diversi livelli istituzionali e gli attori del Servizio Sanitario Nazionale nelle fasi di programmazione, progettazione, realizzazione, regolamentazione e avvio delle nuove strutture.

AGENAS ha monitorato semestralmente, come previsto dall'art. 2 del DM 77/2022, in questi anni, lo stato di attuazione della riforma, a partire dalla prima rilevazione condotta al 31 dicembre 2022. Questo ottavo Report, che verifica lo stato di attuazione del DM 77/2022 al 30 giugno 2026, assume un significato ulteriore rispetto ai precedenti, perché coincide con un punto di svolta del percorso attuativo, tra ciò che è stato realizzato in termini strutturali grazie all'utilizzo dei fondi PNRR e ciò che resta da fare per rendere pienamente efficace la riforma. Una lettura, quella al 30 giugno 2026, che fotografa quindi un punto di arrivo e al tempo stesso di ripartenza, con la consapevolezza che l'implementazione di un nuovo modello di assistenza territoriale non richiede soltanto interventi di tipo logistico e tecnologico, pur necessari, ma anche profondi cambiamenti organizzativi e culturali.

Per questo motivo si tratta di un Report suddiviso in due parti, complementari tra loro. La prima, di carattere quantitativo, attraverso tabelle e grafici fornisce i principali dati sulle strutture completate e sul livello di attuazione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi definiti dal DM 77/2022: Case della Comunità, Centrali Operative Territoriali (COT), Ospedali di Comunità, assistenza domiciliare, Unità di Cure Palliative Domiciliari (UCP-DOM), Centrali Operative NEA 116117. La seconda parte, di matrice qualitativa, offre invece uno spaccato del grado di maturità dei nuovi modelli di servizio, delle maggiori criticità ancora da superare e del processo di cambiamento da gestire e presidiare per portare a compimento una piena trasformazione della sanità territoriale.

È dunque un Report che fotografa una realtà "in movimento" e che intende fornire sia un contributo informativo sullo stato dell'arte della riforma, sia spunti utili a tracciare una rotta nella costruzione di una sanità sempre più proattiva, accessibile e integrata. I sistemi sanitari regionali appaiono oggi fortemente impegnati in questa sfida, che coinvolge e mette alla prova tutti i professionisti, i distretti sanitari e le direzioni delle aziende sanitarie, e coniuga l'innovazione nei modelli di servizio con la trasformazione digitale.

AGENAS si pone al servizio di questo processo, nel suo ruolo di monitoraggio e accompagnamento della riforma, a supporto del Ministero della Salute e delle Regioni e Province Autonome. È in questo spirito che l'attività di rilevazione semestrale proseguirà oltre il PNRR, come strumento di valutazione dello stato di attuazione del DM 77/2022, a beneficio dei decisori nazionali, regionali e locali, e come strumento di comunicazione e trasparenza verso i cittadini.

Dott. Angelo Tanese
Direttore Generale AGENAS

PRIMA PARTE

Monitoraggio del **DM 77/2022**

al 30 giugno 2026

Premessa e nota metodologica

Questa prima parte del documento fornisce una sintesi dei principali esiti del monitoraggio sull'attuazione del DM 77/2022 realizzato da AGENAS attraverso il questionario informatizzato dedicato.

Il monitoraggio riguarda lo stato di implementazione dei servizi e delle strutture dell'assistenza territoriale previste dal decreto, con riferimento esclusivo alle strutture formalmente individuate dalle Regioni e Province Autonome negli atti ufficiali di programmazione e organizzazione.

L'analisi è stata condotta valutando il livello di attuazione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi definiti dal DM 77/2022 per il potenziamento dell'assistenza territoriale e del sistema di prevenzione.

Le elaborazioni presentate derivano dall'integrazione delle seguenti fonti informative:

- anagrafiche regionali e provinciali delle strutture aggiornate al 30 giugno 2026, incluse le rimodulazioni approvate nell'ambito dei Nuclei Tecnici e Tavoli Istituzionali previsti dai CIS;
- dati di confronto derivanti dal monitoraggio effettuato dal Ministero della Salute – Unità di Missione PNRR (UMPNRR), anagrafiche e flussi di monitoraggio presenti nel sistema unico di rendicontazione e controllo dei progetti finanziati dal PNRR (ReGiS);
- dati e documenti raccolti tramite la Piattaforma di Monitoraggio DM 77/202**2** AGENAS al I semestre 2026, compilati dalle aziende sanitarie e validati dai referenti regionali e provinciali;
- informazioni trasmesse dai referenti regionali e provinciali relative agli adempimenti programmatori e normativi di competenza regionale e provinciale;
- dati trasmessi attraverso i flussi ministeriali del Nuovo Sistema Informativo Sanitario (NSIS).

I risultati rappresentano quanto dichiarato dalle Regioni e Province Autonome alla data del 30 giugno 2026. Alla raccolta e alla prima analisi dei dati sono seguiti incontri di approfondimento con le singole Regioni, anche con il coinvolgimento delle aziende sanitarie, che hanno portato a consolidare il dato delle strutture implementate, l'effettiva operatività e il loro livello di maturità organizzativa.

I dati riportati monitorano lo stato di attuazione dei nuovi modelli organizzativi finanziati sia nell'ambito del PNRR e ricompresi nei Contratti Istituzionali di Sviluppo (CIS) sia attraverso altre risorse nazionali, regionali o locali (extra-CIS). Il perimetro del monitoraggio AGENAS è infatti più ampio rispetto a quello riferito esclusivamente agli interventi finanziati nell'ambito del PNRR e fotografa una situazione ancora soggetta a evoluzioni e aggiornamenti nell'ambito delle programmazioni di Regioni e Province Autonome.

1. Case della Comunità (CdC)

1.1 Analisi della programmazione e del livello di implementazione

Al 30 giugno 2026 risultano programmate complessivamente 1.802 Case della Comunità, comprendenti sia strutture CIS, sia strutture extra-CIS. Entrambe le tipologie concorrono alla configurazione complessiva della rete territoriale.

Nel corso dell'attuazione della riforma, la programmazione relativa al numero delle CdC è stata progressivamente rimodulata, interessando sia gli interventi CIS sia quelli extra-CIS. Alcune strutture inizialmente previste sono state stralciate perché non più realizzabili o a rischio di mancato completamento entro le tempistiche stabilite. Allo stesso tempo, sono state inserite ulteriori strutture in overbooking, con la finalità di compensare gli interventi venuti meno o considerati a rischio di mancato completamento e assicurare il conseguimento del target europeo. Tale processo spiega la variazione nel tempo del numero complessivo delle strutture programmate (figura 1).

Case della Comunità programmate

1.802 strutture al **30 giugno 2026**

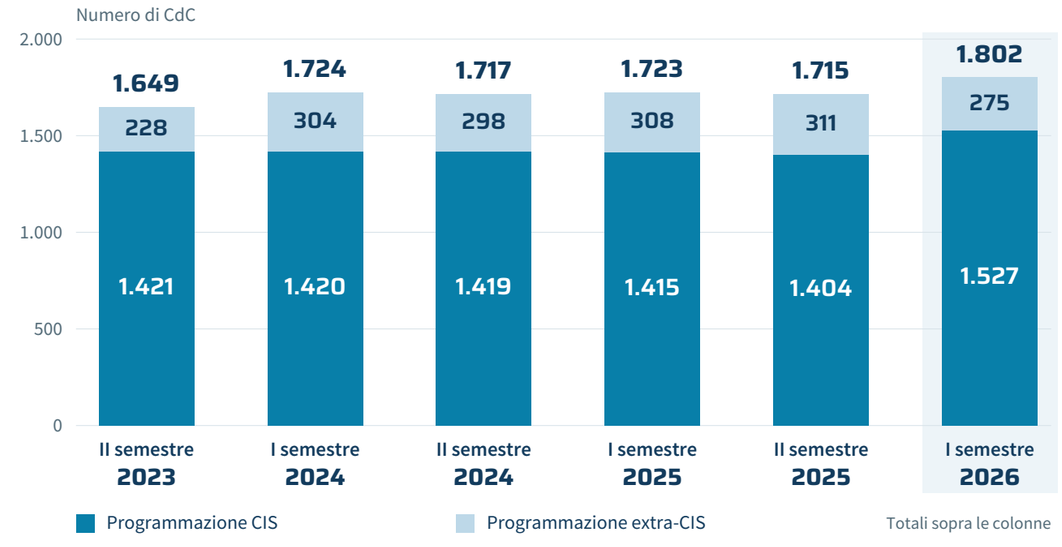


Figura 1. Programmazione (CIS ed extra-CIS) CdC, II semestre 2023 – I semestre 2026

Delle 1.802 CdC programmate, al 30 giugno 2026, risultano implementate con almeno un servizio obbligatorio 1.470 strutture, ovvero l'82% del totale. Di queste, 1.283, pari al 71% delle CdC programmate, sono dotate di tutti i servizi obbligatori previsti dal DM 77/2022.

L'ultimo semestre di monitoraggio evidenzia un incremento rilevante nel numero delle CdC con tutti i servizi obbligatori, passate da 66 nel II semestre 2025 a 1.283 al termine del I semestre 2026, superando il target PNRR europeo fissato a 1.038.

Definizioni

Case della Comunità con almeno un servizio

Si intendono le Case della Comunità che presentano **almeno uno** dei servizi obbligatori previsti dal DM 77/2022, indipendentemente dal livello di completezza dell'offerta.

Case della Comunità con tutti i servizi

Si intendono le Case della Comunità che presentano **tutti i servizi** obbligatori previsti dal DM 77/2022, in coerenza con il modello organizzativo definito dal Decreto.

Case della Comunità implementate

II semestre 2023 - I semestre 2026

PROGRAMMATE 1.802 al 30 giugno 2026
CON ALMENO UN SERVIZIO 1.470 82% delle programmate
CON TUTTI I SERVIZI 1.283 al 30 giugno 2026

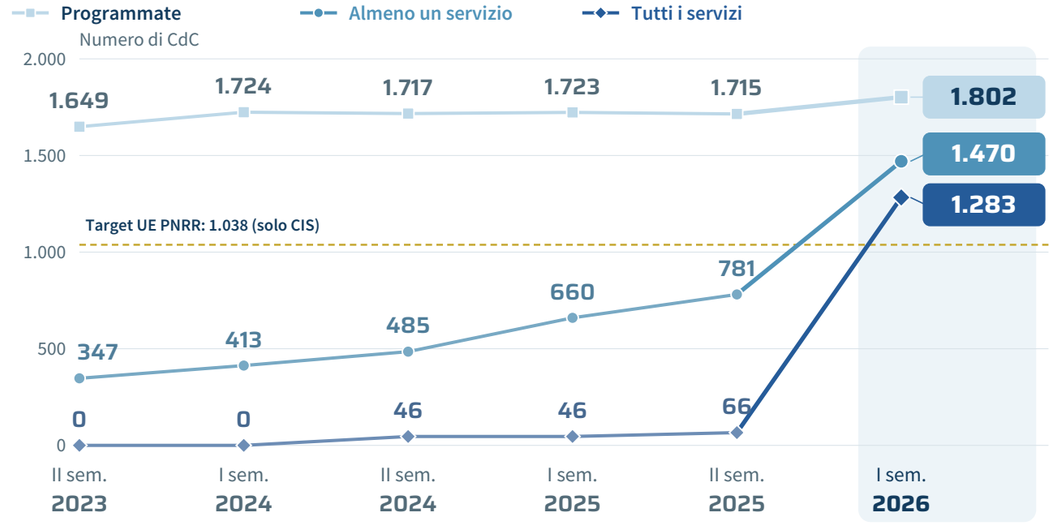


Figura 2. Andamento temporale del numero delle CdC, II semestre 2023 – I semestre 2026

Il quadro regionale evidenzia una diffusione ormai ampia delle CdC con almeno un servizio, pur in presenza di differenze territoriali nel grado di implementazione rispetto alla programmazione. Differenze più marcate emergono nelle strutture che presentano tutti i servizi obbligatori, registrando livelli diversi di completamento dell'offerta tra le Regioni e Province Autonome (tabella 1).

Regione / PA	Strutture programmate	Strutture con almeno un servizio obbligatorio	Strutture con tutti i servizi obbligatori	% Strutture con almeno un servizio obbligatorio rispetto al programmato	% Strutture con tutti i servizi obbligatori rispetto al programmato
Abruzzo	45	40	40	89%	89%
Basilicata	19	15	15	79%	79%
Calabria	78	51	49	65%	63%
Campania	177	136	136	77%	77%
Emilia-Romagna	184	166	86	90%	47%
Friuli-Venezia Giulia	32	31	24	97%	75%
Lazio	143	129	122	90%	85%
Liguria	33	32	32	97%	97%
Lombardia	212	197	189	93%	89%
Marche	46	44	29	96%	63%
Molise	13	5	5	38%	38%
PA Bolzano	12	7	7	58%	58%
PA Trento	13	12	12	92%	92%
Piemonte	103	86	80	83%	78%
Puglia	161	68	67	42%	42%
Sardegna	91	67	67	74%	74%
Sicilia	153	144	125	94%	82%
Toscana	156	116	74	74%	47%
Umbria	25	20	20	80%	80%
Valle d'Aosta	4	4	4	100%	100%
Veneto	102	100	100	98%	98%
Italia	**1.802**	**1.470**	**1.283**	**82%**	**71%**

Tabella 1. Distribuzione delle CdC (CIS ed extra-CIS) con stato di implementazione dei servizi al 30 giugno 2026, per Regione/PA

1.2 Case della Comunità *hub* e *spoke*

Per rispondere alle differenti caratteristiche territoriali e garantire equità di accesso, capillarità e prossimità dei servizi, il DM 77/2022 prevede un'organizzazione delle CdC secondo il modello *hub* e *spoke*. Entrambe le configurazioni costituiscono punti di accesso alla rete territoriale e condividono un nucleo di servizi obbligatori, cui si aggiungono ulteriori servizi previsti, sempre come obbligatori, per le sole CdC *hub* [1].

Definizioni

CdC *hub*

Sono i nodi di riferimento della rete territoriale delle CdC, caratterizzate da un'offerta assistenziale e da un nucleo di standard obbligatori più esteso rispetto alle CdC *spoke*.

Il modello prevede una CdC *hub* ogni 40.000-50.000 abitanti.

CdC *spoke*

Sono funzionalmente collegate alle CdC *hub* di riferimento e favoriscono una maggiore capillarità dell'assistenza primaria.

[1] Decreto del Ministro della Salute, di concerto con il Ministro dell'Economia e delle Finanze, 23 maggio 2022, n. 77, «Regolamento recante la definizione di modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nel Servizio sanitario nazionale», Allegato 1, sezione 5, Tabella 4, pp. 29-30, pubblicato nella Gazzetta Ufficiale della Repubblica Italiana, Serie Generale, n. 144 del 22 giugno 2022.

Nel complesso, delle 1.802 CdC programmate, 1.030 sono *hub*, corrispondenti al 57% del totale, mentre 772 sono *spoke*, pari al 43%. La programmazione delle due tipologie presenta una variabilità tra Regioni e Province Autonome, determinando una conseguente eterogeneità nel rapporto *spoke/hub*, la cui media nazionale risulta pari a 0,7. Anche la popolazione residente media per CdC mostra differenze territoriali: a livello nazionale risulta mediamente pari a 32.710 abitanti per CdC, con valori compresi tra un minimo di 17.082 abitanti in Sardegna e un massimo di 47.622 abitanti in Veneto (tabella 2).

Case della Comunità programmate *hub* e *spoke*

Regione / PA	Programmazione	Programmazione *hub*	Programmazione *spoke*	Rapporto *spoke/hub*	Popolazione residente	Popolazione media per CdC programmata
Abruzzo	45	15	30	2,0	1.267.222	28.160
Basilicata	19	7	12	1,7	525.281	27.646
Calabria	78	38	40	1,1	1.827.571	23.430
Campania	177	72	105	1,5	5.568.703	31.462
Emilia-Romagna	184	81	103	1,3	4.477.009	24.332
Friuli-Venezia Giulia	32	22	10	0,5	1.193.496	37.297
Lazio	143	93	50	0,5	5.709.444	39.926
Liguria	33	19	14	0,7	1.511.988	45.818
Lombardia	212	211	1	<0,1	10.065.694	47.480
Marche	46	36	10	0,3	1.479.832	32.170
Molise	13	7	6	0,9	285.940	21.995
PA Bolzano	12	6	6	1,0	542.134	45.178
PA Trento	13	8	5	0,6	548.684	42.206
Piemonte	103	98	5	<0,1	4.255.006	41.311
Puglia	161	54	107	2,0	3.865.277	24.008
Sardegna	91	22	69	3,1	1.554.490	17.082
Sicilia	153	55	98	1,8	4.775.194	31.210
Toscana	156	64	92	1,4	3.659.222	23.457
Umbria	25	21	4	0,2	850.627	34.025
Valle d'Aosta	4	2	2	1,0	122.464	30.616
Veneto	102	99	3	<0,1	4.857.460	47.622
Italia	**1.802**	**1.030**	**772**	**0,7**	**58.942.738**	**32.710**

Tabella 2. Programmazione (CIS ed extra-CIS) delle CdC *hub* e *spoke* e popolazione di riferimento, per Regione/PA

Per le CdC *hub*, risultano implementate 860 strutture con almeno un servizio obbligatorio su 1.030 programmate, pari a circa l'83%. Presentano tutti i servizi obbligatori previsti 788 CdC *hub*, corrispondenti al 77% delle CdC *hub* programmate. Per le CdC *spoke*, le strutture implementate sono 610 con almeno un servizio obbligatorio su 772 programmate, pari a circa il 79%. Presentano tutti i servizi obbligatori 495 CdC *spoke*, pari al 64% delle strutture programmate (tabella 3).

Case della Comunità implementate *hub* e *spoke*

Regione / PA	CdC *hub*				CdC *spoke*			
	Strutture con almeno un servizio obbligatorio	Strutture con tutti i servizi obbligatori	% almeno un servizio rispetto al programmato	% tutti i servizi rispetto al programmato	Strutture con almeno un servizio obbligatorio	Strutture con tutti i servizi obbligatori	% almeno un servizio rispetto al programmato	% tutti i servizi rispetto al programmato
Abruzzo	12	12	80%	80%	28	28	93%	93%
Basilicata	6	6	86%	86%	9	9	75%	75%
Calabria	20	18	53%	47%	31	31	78%	78%
Campania	51	51	71%	71%	85	85	81%	81%
Emilia-Romagna	70	46	86%	57%	96	40	93%	39%
Friuli-Venezia Giulia	21	18	95%	82%	10	6	100%	60%
Lazio	90	86	97%	92%	39	36	78%	72%
Liguria	19	19	100%	100%	13	13	93%	93%
Lombardia	196	189	93%	90%	1	0	100%	0%
Marche	35	22	97%	61%	9	7	90%	70%
Molise	4	4	57%	57%	1	1	17%	17%
PA Bolzano	2	2	33%	33%	5	5	83%	83%
PA Trento	7	7	88%	88%	5	5	100%	100%
Piemonte	81	80	83%	82%	5	0	100%	0%
Puglia	16	16	30%	30%	52	51	49%	48%
Sardegna	15	15	68%	68%	52	52	75%	75%
Sicilia	52	43	95%	78%	92	82	94%	84%
Toscana	48	39	75%	61%	68	35	74%	38%
Umbria	16	16	76%	76%	4	4	100%	100%
Valle d'Aosta	2	2	100%	100%	2	2	100%	100%
Veneto	97	97	98%	98%	3	3	100%	100%
Italia	**860**	**788**	**83%**	**77%**	**610**	**495**	**79%**	**64%**

Tabella 3. Distribuzione delle CdC (CIS ed extra-CIS) con stato di implementazione dei servizi per tipologia *hub* e *spoke* al 30 giugno 2026, per Regione/PA

Se si considera la distribuzione territoriale delle CdC con almeno un servizio, si evidenzia, nel periodo osservato, una progressiva estensione sul territorio nazionale. Prendendo in considerazione come periodo di confronto il primo semestre si riscontra come, nel 2024, la distribuzione risulta più concentrata nelle Regioni del Nord; nel 2025 si osserva una diffusione anche nelle Regioni del Centro; infine, nel 2026 si rileva una distribuzione più omogenea delle strutture tra le diverse aree del Paese. Tale andamento restituisce un quadro di progressiva attenuazione delle eterogeneità territoriali rilevate nelle fasi iniziali del monitoraggio (figura 3).

- *Hub* implementate
- *Hub* non implementate
- *Spoke* implementate
- *Spoke* non implementate

2024

I SEMESTRE

413

implementate

su 1.724 strutture

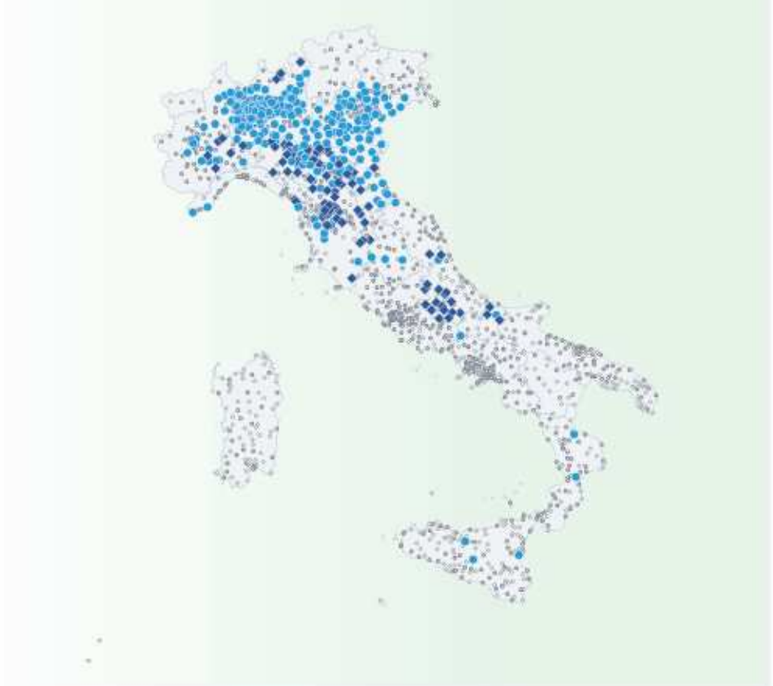


Figura 3. Distribuzione territoriale delle CdC (CIS ed extra-CIS) con almeno un servizio obbligatorio, al I semestre 2024, al I semestre 2025 e al I semestre 2026 *(continua)*

2025

I SEMESTRE

660

implementate

su 1.723 strutture



2026

I SEMESTRE

1.470

implementate

su 1.802 strutture



Figura 3. *(segue)* Distribuzione territoriale delle CdC (CIS ed extra-CIS) con almeno un servizio obbligatorio, al I semestre 2024, al I semestre 2025 e al I semestre 2026

1.3 Approfondimento dei servizi della Casa della Comunità

Con riferimento a quanto previsto dal DM 77/2022 in materia di servizi obbligatori e facoltativi o raccomandati, le 1.283 CdC con tutti i servizi obbligatori ampliano l'offerta assistenziale con dei servizi facoltativi o raccomandati. Invece, le restanti 187 CdC con almeno un servizio obbligatorio sono in fase di completamento dei restanti servizi previsti dal Decreto.

Servizi facoltativi o raccomandati nelle CdC con tutti i servizi obbligatori

Nelle 1.283 CdC che stanno ampliando la loro offerta con i servizi facoltativi o raccomandati, assumono particolare rilievo le attività di prevenzione: i programmi di screening rappresentano il servizio aggiuntivo più diffuso, presente nel 77% delle CdC *hub* e nel 65% delle CdC *spoke*. Seguono gli interventi di sanità pubblica, comprese le vaccinazioni nella fascia 0-18 anni, presenti in oltre la metà delle strutture di entrambe le tipologie. Una diffusione significativa si osserva anche per i servizi materno-infantili, con la presenza dei consultori nel 54% delle CdC *hub* e nel 44% delle CdC *spoke*, e per i servizi di salute mentale, presenti rispettivamente nel 55% e nel 33% delle strutture (figura 4).

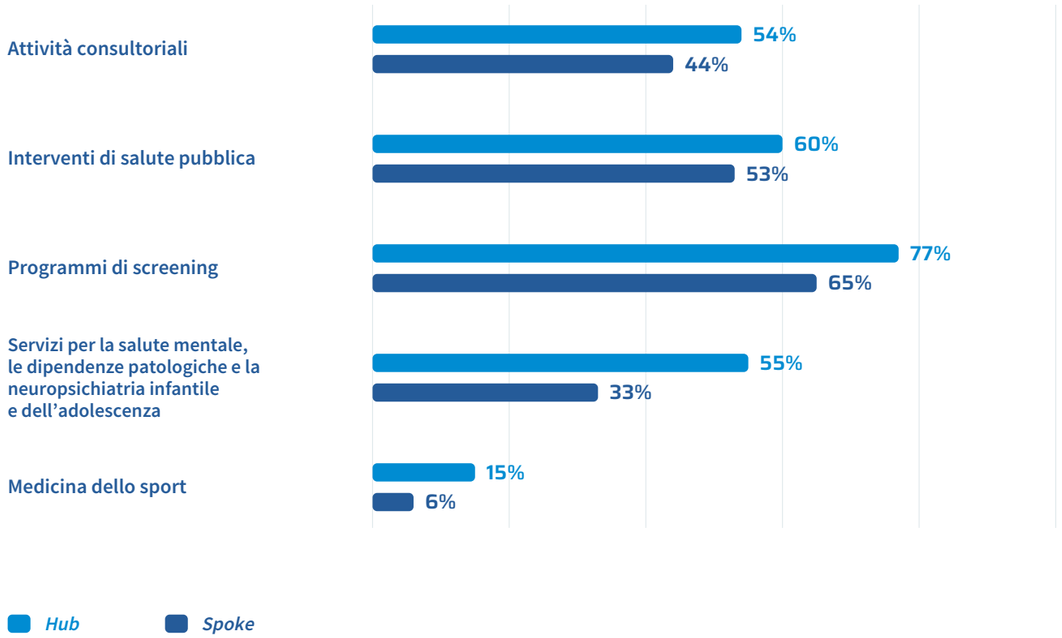


Figura 4. Livello di implementazione dei servizi facoltativi o raccomandati nelle CdC *hub* e CdC *spoke* con tutti i servizi obbligatori al 30 giugno 2026

Servizi obbligatori, facoltativi o raccomandati nelle CdC in fase di completamento dei servizi obbligatori

Le restanti 187 CdC in fase di completamento dei servizi obbligatori stanno evolvendo verso l'adozione degli standard previsti dal decreto. Infatti, cinque dei servizi obbligatori sono già presenti in almeno il 90% di queste. Si rileva, inoltre, una diffusa presenza dei servizi facoltativi, che interessano oltre la metà delle strutture, mentre i servizi raccomandati presentano ancora livelli di diffusione più contenuti (figura 5).

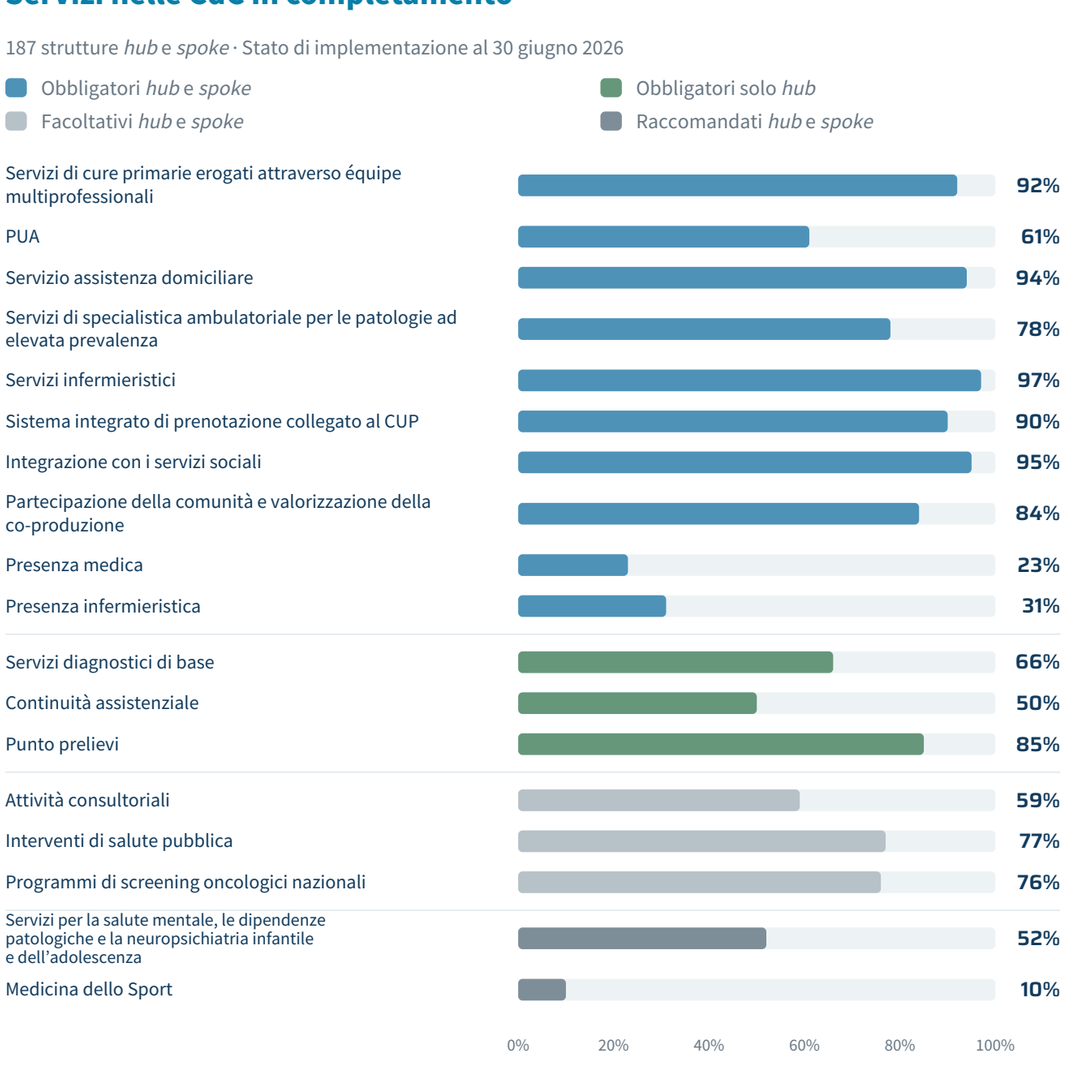


Figura 5. Livello di implementazione dei servizi obbligatori, facoltativi o raccomandati nelle 187 CdC in fase di completamento degli standard previsti dal DM 77/2022 al 30 giugno 2026

Approfondimenti specifici di alcuni servizi

Presenza medica e infermieristica

Nel modello organizzativo definito dal DM 77/2022, la presenza medica e quella infermieristica costituiscono un servizio obbligatorio.

Nelle CdC, la copertura medica è assicurata in via generale attraverso la turnazione dei medici del Ruolo Unico dell'Assistenza Primaria (RUAP), ciascuno dei quali presta una quota delle proprie ore di attività presso la struttura, concorrendo complessivamente alla continuità del servizio. Nelle CdC *hub* la presenza medica si completa, nelle ore notturne, attraverso la Centrale Operativa NEA 116117 e la presenza fisica del servizio di ex continuità assistenziale in almeno una CdC *hub* a livello distrettuale. Nelle CdC *spoke* la presenza medica è garantita anche attraverso l'ex continuità assistenziale, con possibile ricorso alla CdC *hub* di riferimento a livello distrettuale nelle festività diverse dalla domenica [2].

Vi sono ulteriori modalità di servizio dei medici di assistenza primaria nelle CdC, realizzando un'integrazione attraverso una pluralità di configurazioni organizzative (tabella 4).

Tra queste rientra la presenza di studi dei Medici di Medicina Generale (MMG) all'interno delle CdC. Tale configurazione riflette anche percorsi avviati, con modalità differenti, già prima dell'emanazione del DM 77/2022, attraverso forme di collaborazione della medicina generale progressivamente ricondotte o integrate nel nuovo modello dell'assistenza territoriale.

Un'ulteriore modalità di raccordo è rappresentata dalle forme organizzative della medicina generale, quali AFT e UCCP (le cui caratteristiche sono descritte negli Accordi Collettivi Nazionali della medicina generale). A tal proposito, il DM 77/2022 stabilisce: "Tutte le aggregazioni dei MMG e Pediatri di Libera Scelta (PLS), AFT e UCCP, sono ricomprese nelle Case della Comunità avendone in esse la sede fisica oppure a queste collegate funzionalmente"; pertanto la CdC diventa un elemento centrale nell'organizzazione e coordinamento delle attività, consentendo comunque alle regioni di adottare differenti modelli organizzativi per garantire l'integrazione dell'assistenza primaria.

Regione / PA	CdC con almeno un servizio obbligatorio	Studi MMG nella CdC	AFT con sede fisica nella CdC	AFT con sede esterna coordinata dalla CdC	UCCP con sede fisica nella CdC
Abruzzo	40	46	3	0	9
Basilicata	15	4	22	3	5
Calabria	51	22	28	19	4
Campania	136	126	31	80	27
Emilia-Romagna	166	729	1	0	0
Friuli-Venezia Giulia	31	48	1	4	0
Lazio	129	57	5	1	1
Liguria	32	11	1	36	41
Lombardia	197	160	26	331	0
Marche	44	94	27	13	23
Molise	5	0	5	0	0
PA Bolzano	7	7	0	0	0
PA Trento	12	41	6	12	0
Piemonte	86	129	6	48	2
Puglia	68	78	26	50	16
Sardegna	67	66	15	25	0
Sicilia	144	18	132	16	1
Toscana	116	419	38	103	0
Umbria	20	32	21	13	0
Valle d'Aosta	4	10	4	0	0
Veneto	100	238	45	44	0
Italia	**1.470**	**2.335**	**443**	**798**	**129**

Tabella 4. Distribuzione delle forme organizzative della medicina generale nelle CdC (CIS ed extra-CIS) al 30 giugno 2026, per Regione/PA

[2] Ministero della Salute, Linee guida per comprovare il raggiungimento del target PNRR M6C1-3 "Case della Comunità messe a disposizione e dotate di attrezzature tecnologiche" – Investimento M6C1I1.1 "Case della Comunità e presa in carico della persona", 19 dicembre 2025.

A livello infermieristico, nel modello delineato dal DM 77/2022 viene dato nuovo impulso alla figura dell'Infermiere di Famiglia o Comunità (IFoC), introdotta con il Decreto-legge 19 maggio 2020, n. 34 e indicata in alcune Regioni anche come Infermiere di Famiglia e di Comunità (IFeC). Tale figura assume un ruolo di riferimento nell'assistenza territoriale, con funzioni che non si limitano all'erogazione delle prestazioni infermieristiche. Il suo ruolo comprende l'intercettazione dei bisogni, la promozione della salute, la prevenzione, il supporto alla presa in carico, la gestione proattiva della cronicità, la facilitazione dell'accesso ai servizi, l'educazione sanitaria e il raccordo con MMG, PLS e servizi sociosanitari, contribuendo all'integrazione tra i diversi professionisti e setting dell'assistenza territoriale.

Équipe multiprofessionale

Il monitoraggio approfondisce le modalità organizzative delle équipe multiprofessionali attraverso quattro dimensioni di analisi: la realizzazione di attività formative condivise e congiunte, l'utilizzo di agende condivise, lo svolgimento di riunioni periodiche per la gestione dei casi complessi e l'impiego di una cartella sociosanitaria condivisa.

A livello nazionale, lo svolgimento di riunioni periodiche rappresenta la modalità più frequente, risultando presente nel 72% delle Case della Comunità. Seguono la formazione condivisa e congiunta, riportata nel 58% delle strutture, e l'utilizzo di una cartella sociosanitaria condivisa, rilevato nel 56%. Una diffusione più contenuta si osserva per l'utilizzo di agende condivise, presente nel 44% delle CdC (figura 6).

Modalità organizzative delle équipe multiprofessionali

CdC con almeno un servizio obbligatorio · 30 giugno 2026

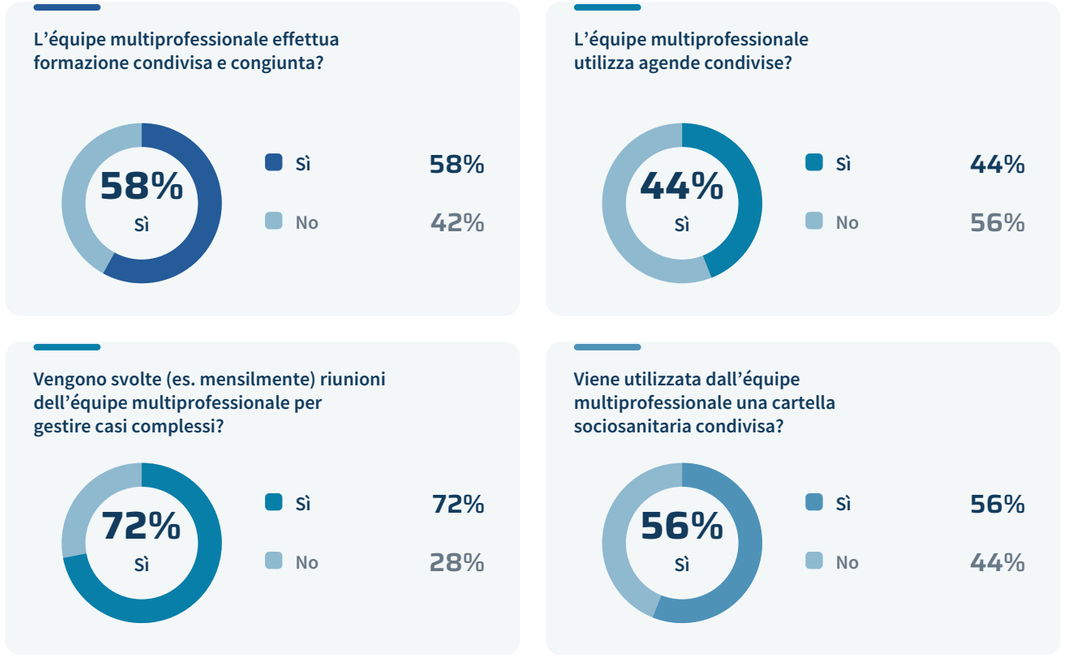


Figura 6. Distribuzione delle modalità organizzative delle équipe multiprofessionali nelle CdC con almeno un servizio obbligatorio al 30 giugno 2026

Partecipazione della comunità e valorizzazione della co-produzione

La partecipazione della comunità nelle CdC si caratterizza, in primo luogo, per un'ampia disponibilità di spazi dedicati agli incontri con associazioni e utenti: tali spazi sono presenti nell'82% delle strutture. Più contenuta risulta invece la presenza di organismi strutturati di partecipazione: nel 37% delle CdC sono rilevati board o comitati istituiti a livello di ASL, mentre nel 28% dei casi sono presenti organismi specificamente riferiti alla singola CdC (figura 7).

Il quadro evidenzia pertanto una maggiore diffusione degli spazi destinati al confronto rispetto agli strumenti formalmente strutturati di partecipazione. La presenza di spazi dedicati può rappresentare, in questa prospettiva, un presupposto per lo sviluppo e il progressivo consolidamento delle relazioni tra le CdC, le associazioni e la popolazione di riferimento.

La partecipazione della comunità

CdC con almeno un servizio obbligatorio · 30 giugno 2026

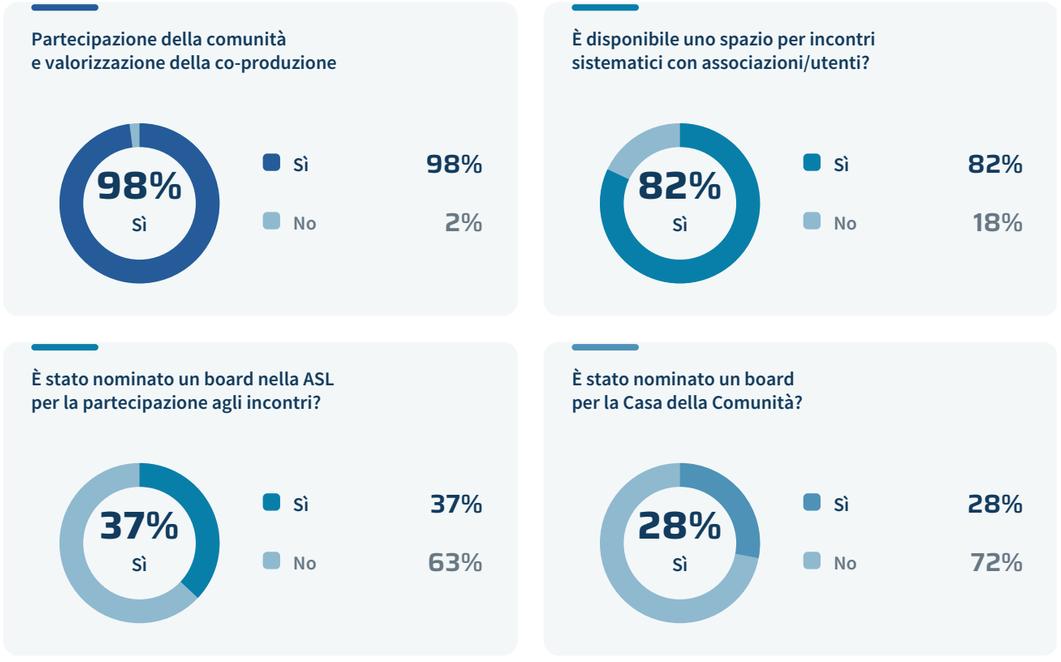


Figura 7. Distribuzione delle modalità di collaborazione con soggetti del terzo settore, enti locali, associazioni di comunità e utenti nelle CdC con almeno un servizio al 30 giugno 2026

2. Centrali Operative Territoriali (COT)

Le Centrali Operative Territoriali hanno rappresentato il primo target europeo pari a 480 strutture operative previsto nell'ambito dell'attuazione della riforma dell'assistenza territoriale, con scadenza fissata al 31 dicembre 2024. Il percorso di implementazione ha registrato la fase di maggiore crescita tra il II semestre 2023 e il I semestre 2024, con un progressivo incremento delle strutture attivate. Nelle rilevazioni successive, il numero complessivo delle COT ha registrato alcune variazioni, riconducibili agli aggiornamenti effettuati dalle Regioni e Province Autonome e al progressivo consolidamento della programmazione, anche attraverso la razionalizzazione di strutture inizialmente attivate in overbooking o in via provvisoria (figura 8).

Progressione dell'implementazione · II semestre 2023 - I semestre 2026

622 COT implementate al 30 giugno 2026

94,2% delle 660 COT complessive



Figura 8. Progressione dell'implementazione delle COT, II semestre 2023 – I semestre 2026

Regione / PA	COT programmate	COT implementate
Abruzzo	13	13
Basilicata	6	6
Calabria	21	21
Campania	71	63
Emilia-Romagna	47	47
Friuli-Venezia Giulia	12	12
Lazio	61	61
Liguria	16	16
Lombardia	120	107
Marche	15	15
Molise	3	3
PA Bolzano	5	5
PA Trento	5	5
Piemonte	43	43
Puglia	49	41
Sardegna	24	16
Sicilia	50	50
Toscana	40	39
Umbria	9	9
Valle d'Aosta	1	1
Veneto	49	49
Italia	**660**	**622**

Tali aggiornamenti hanno determinato, a livello regionale, incrementi e riduzioni nel numero di COT rilevate. Nel complesso, si passa dalle 625 COT della precedente rilevazione alle 622 rilevate al 30 giugno 2026. La variazione risulta pertanto contenuta e si colloca nell'ambito di un progressivo assestamento della rete, che mantiene il numero di COT al di sopra del target europeo previsto (figura 8 e tabella 5).

Tabella 5. Centrali Operative Territoriali (CIS ed extra-CIS) programmate ed implementate al 30 giugno 2026, per Regione/PA

3. Ospedali di Comunità (OdC)

3.1 Analisi della programmazione e del livello di implementazione

Al I semestre 2026 risultano programmati complessivamente 601 Ospedali di Comunità, di cui 466 riconducibili al CIS e 135 extra-CIS (figura 9).

La programmazione degli OdC è stata progressivamente rimodulata nel corso dell'attuazione del PNRR, sia per gli interventi CIS sia per quelli extra-CIS. Lo stralcio di strutture non più realizzabili o a rischio di mancato completamento e il contestuale inserimento di interventi in overbooking hanno determinato una variazione nel tempo del numero complessivo delle strutture programmate (figura 9).

Se si considera l'ultimo periodo di rilevazione (I semestre 2026), dei 601 OdC programmati risultano implementate 402 strutture, pari al 67% del totale. Il percorso di implementazione registra un'accelerazione rispetto al semestre precedente, con un incremento da 163 a 402 strutture, più che raddoppiate nell'arco di sei mesi, superando il target PNRR europeo di 307 (figura 10).

Ospedali di Comunità programmati

II semestre 2023 - I semestre 2026 · Strutture CIS ed extra-CIS

601 **OdC programmati**
al 30 giugno 2026

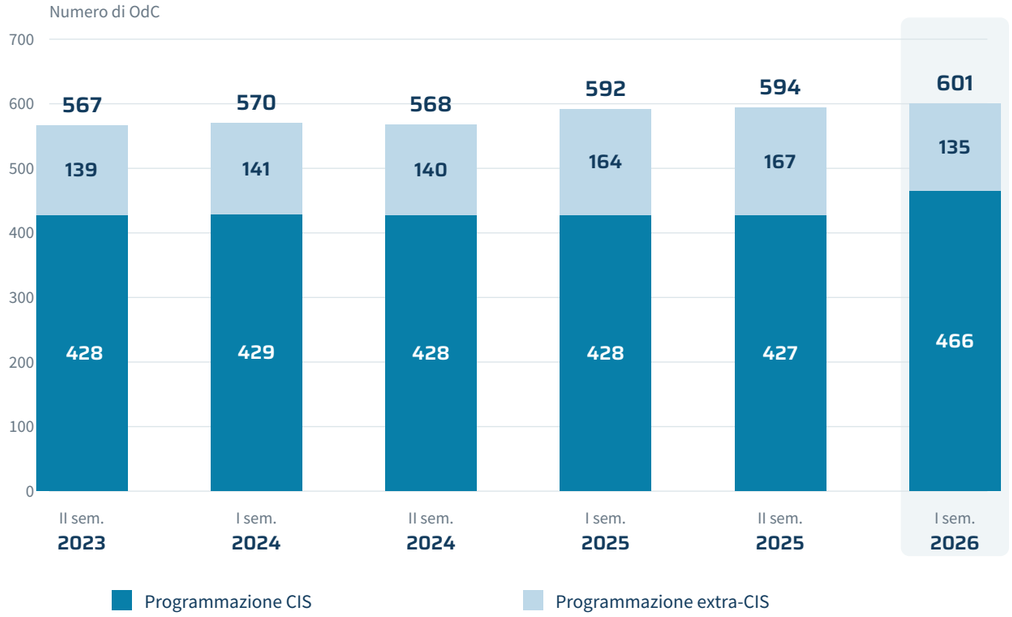


Figura 9. Programmazione OdC (CIS ed extra-CIS) II semestre 2023 – I semestre 2026

Ospedali di Comunità implementati

II semestre 2023 - I semestre 2026 · Strutture CIS ed extra-CIS

OdC programmati **601**

OdC implementati **402**



Figura 10. Andamento temporale del numero degli OdC (CIS ed extra-CIS), II semestre 2023 – I semestre 2026

Nel I semestre 2026, l'analisi territoriale evidenzia una variabilità interregionale nei livelli d'implementazione degli OdC: alcune Regioni hanno completato l'implementazione delle strutture programmate, altre mostrano un progressivo avanzamento del percorso, mentre, in alcuni territori, il processo risulta ancora in una fase iniziale (tabella 6 e figura 11).

Regione / PA	OdC totali		CIS		Extra-CIS	
	Programmati	Implementati	Programmati	Implementati	Programmati	Implementati
Abruzzo	14	11	11	11	3	0
Basilicata	5	4	5	4	0	0
Calabria	23	12	23	12	0	0
Campania	48	26	48	26	0	0
Emilia-Romagna	50	38	27	21	23	17
Friuli-Venezia Giulia	14	10	7	7	7	3
Lazio	40	33	35	33	5	0
Liguria	12	10	12	10	0	0
Lombardia	70	62	68	60	2	2
Marche	22	7	10	7	12	0
Molise	2	2	2	2	0	0
PA Bolzano	5	2	3	2	2	0
PA Trento	4	4	4	4	0	0
Piemonte	37	22	35	22	2	0
Puglia	53	8	43	8	10	0
Sardegna	26	18	22	18	4	0
Sicilia	45	30	39	28	6	2
Toscana	40	29	30	23	10	6
Umbria	16	11	6	5	10	6
Valle d'Aosta	2	1	1	1	1	0
Veneto	73	62	35	32	38	30
Italia	**601**	**402**	**466**	**336**	**135**	**66**

Tabella 6. Programmazione e implementazione OdC (CIS ed extra-CIS), per Regione/PA

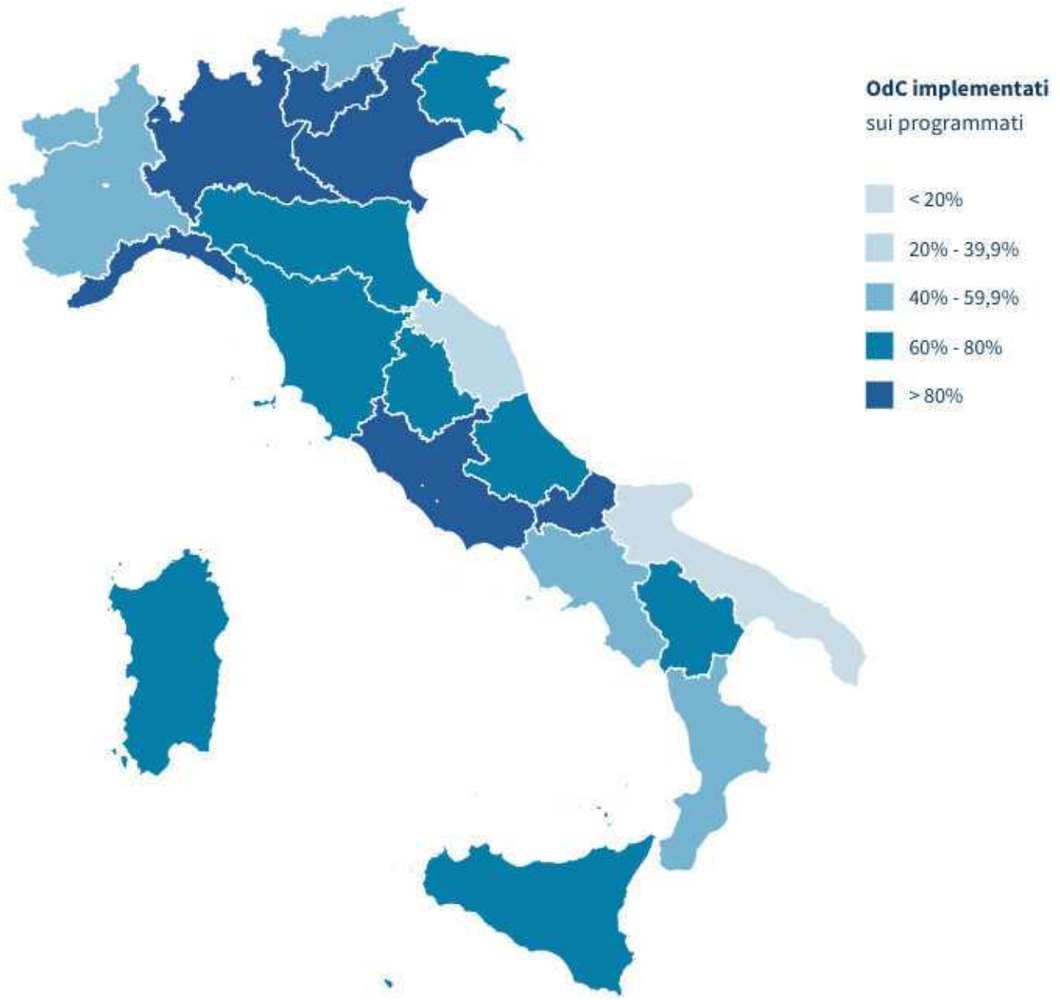


Figura 11. Distribuzione regionale del livello di implementazione degli OdC (CIS ed extra-CIS) rispetto alla programmazione regionale (%)

Nel periodo I semestre 2024-I semestre 2026, si rileva una progressiva estensione dell'implementazione delle strutture nelle diverse aree del Paese, con un incremento particolarmente evidente nell'ultimo periodo di rilevazione. Nelle fasi iniziali dell'attuazione, e in particolare nel primo semestre 2024, gli OdC risultavano più ampiamente rappresentati nelle Regioni del Nord. Nei semestri successivi, la progressiva implementazione di nuove strutture nelle Regioni del Centro e del Sud ha contribuito a una maggiore diffusione territoriale degli OdC. Al 30 giugno 2026, la presenza delle strutture risulta pertanto più omogeneamente distribuita tra le diverse aree del Paese, con una progressiva attenuazione delle differenze territoriali osservate nelle fasi iniziali del monitoraggio (figura 12).

2024

I SEMESTRE

116

implementati
su 570 strutture



2025

I SEMESTRE

153

implementati
su 592 strutture



Figura 12. Distribuzione territoriale degli OdC (CIS ed extra-CIS) al I semestre 2024, al I semestre 2025 e al I semestre 2026 *(continua)*

2026

I SEMESTRE

402

implementati
su 601 strutture



- OdC implementato
- OdC non implementato

Figura 12. *(segue)* Distribuzione territoriale degli OdC (CIS ed extra-CIS) al I semestre 2024, al I semestre 2025 e al I semestre 2026

I servizi negli Ospedali di Comunità

Con riferimento agli standard organizzativi e assistenziali rilevati, il rispetto dei requisiti minimi di personale riguarda il 91% degli OdC, il 98% degli OdC presenta l'assistenza infermieristica e la presenza medica. La pronta disponibilità nei turni notturni, festivi e prefestivi è presente nel 96% delle strutture. Il 90% dispone di spazi destinati alle attività di riabilitazione motoria e la presenza del Case Manager è rilevata nell'83% delle strutture. Gli ambienti protetti dedicati a pazienti con demenza o disturbi comportamentali sono presenti nel 29% degli OdC. Nel complesso, gli indicatori considerati presentano percentuali superiori al 90% per la maggior parte delle dimensioni rilevate, con una maggiore variabilità riferita alla presenza di ambienti protetti dedicati a pazienti con demenza o disturbi comportamentali (figura 13).

I servizi negli Ospedali di Comunità

Strutture CIS ed extra-CIS · 30 giugno 2026

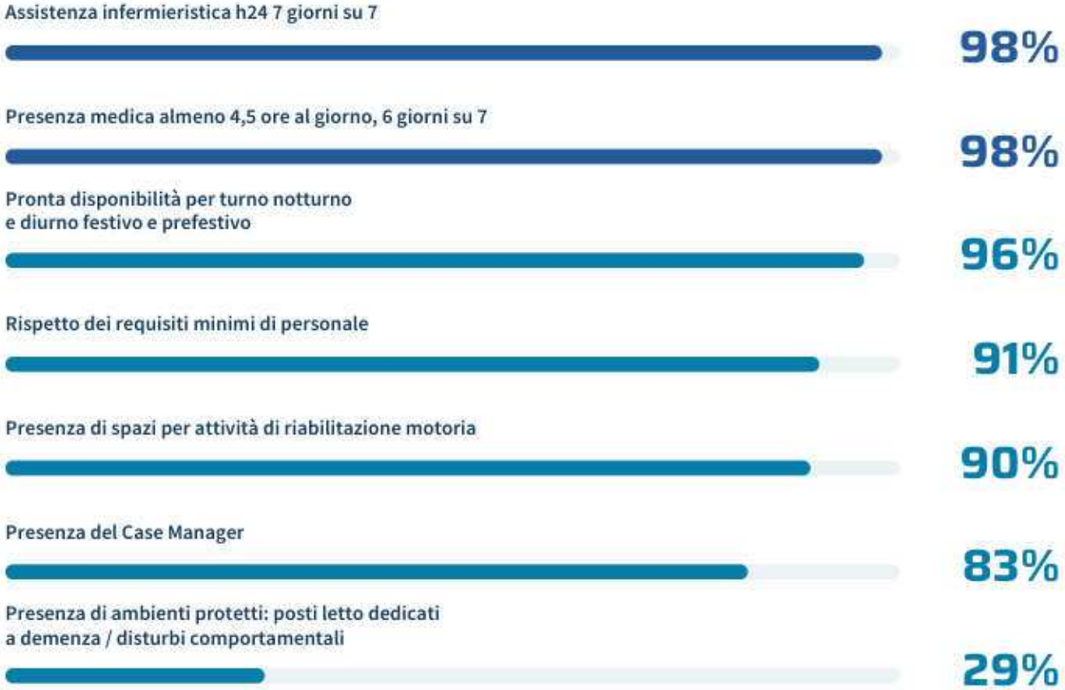


Figura 13. Servizi attivi negli Ospedali di Comunità (CIS ed extra-CIS) implementati al 30 giugno 2026

Posti letto negli Ospedali di Comunità

La distribuzione regionale dei posti letto degli OdC, aggiornata al 30 giugno 2026, evidenzia una progressione verso il raggiungimento dello standard di 0,2 posti letto per 1.000 abitanti previsto dal DM 77/2022. Nello specifico al 30 giugno 2026, alcune Regioni presentano una dotazione superiore al valore di riferimento, mentre altre si collocano nella fascia compresa tra 0,1 e 0,2 posti letto per 1.000 abitanti o al di sotto di 0,1 (figura 14).

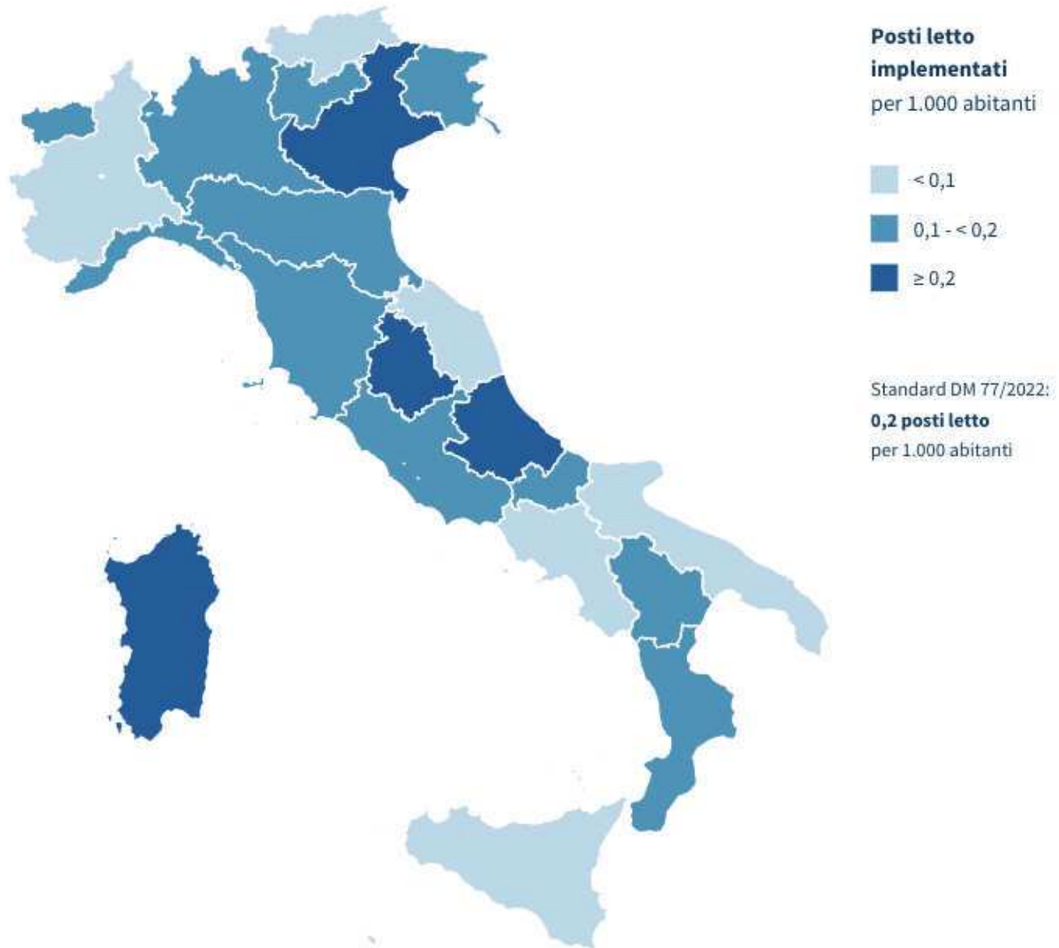


Figura 14. Distribuzione regionale dei posti letto implementati negli OdC al 30 giugno 2026 rispetto allo standard di 0,2 posti letto ogni 1.000 abitanti

La progressione temporale dei posti letto implementati riflette l'andamento osservato per gli OdC. L'incremento più marcato si osserva tra il II semestre 2025 e il I semestre 2026, quando passano da 2.921 a 7.497 unità (figura 15).

Ospedali di Comunità: i posti letto

II semestre 2023 - I semestre 2026 · Strutture CIS ed extra-CIS

7.497 **posti letto implementati**

Posti letto implementati

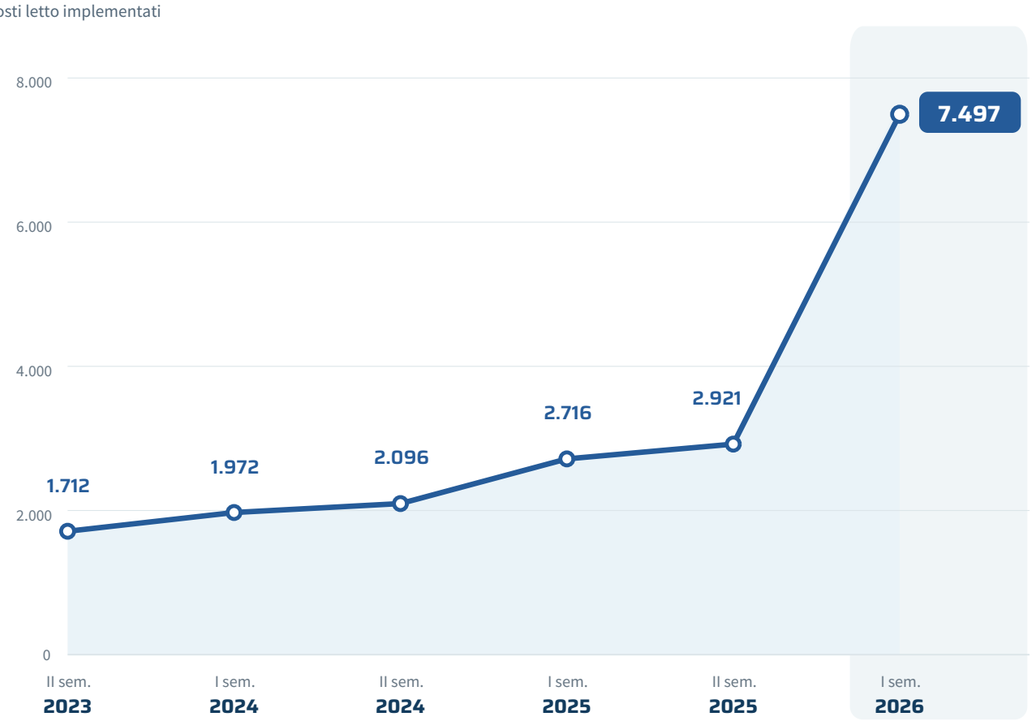


Figura 15. Andamento temporale del numero dei posti letto implementati negli OdC (CIS ed extra-CIS), II semestre 2023 – I semestre 2026

La distribuzione regionale dei posti letto si inserisce nel contesto di un processo di implementazione ancora in corso, che nell'ultima rilevazione ha mostrato una marcata accelerazione. I dati restituiscono pertanto un quadro riferito a una fase di progressivo consolidamento della rete degli OdC, suscettibile di ulteriori variazioni nel corso delle successive fasi di attuazione (tabella 7).

Regione / PA	Posti letto CIS	Posti letto extra-CIS	Posti letto totali
Abruzzo	280	0	280
Basilicata	75	0	75
Calabria	192	0	192
Campania	467	0	467
Emilia-Romagna	407	255	662
Friuli-Venezia Giulia	138	80	218
Lazio	619	0	619
Liguria	180	0	180
Lombardia	1.141	29	1.170
Marche	135	0	135
Molise	35	0	35
PA Bolzano	30	0	30
PA Trento	66	0	66
Piemonte	408	0	408
Puglia	115	0	115
Sardegna	311	0	311
Sicilia	445	24	469
Toscana	440	163	603
Umbria	115	97	212
Valle d'Aosta	20	0	20
Veneto	628	602	1.230
Italia	**6.247**	**1.250**	**7.497**

Tabella 7. Implementazione Posti Letto OdC (CIS ed extra-CIS), per Regione/PA

4. CdC, COT, OdC: una visione di sintesi

A distanza di anni dalle prime fasi del monitoraggio, la geografia dell'assistenza territoriale restituisce un quadro profondamente trasformato. La lettura congiunta delle mappe relative alle Case della Comunità e agli Ospedali di Comunità consente di osservare l'evoluzione territoriale dei rispettivi tassi d'implementazione nel periodo considerato. Nelle prime fasi del monitoraggio si rilevano variazioni interregionali, con livelli di implementazione più elevati in diverse Regioni del Nord e valori più contenuti al Centro-Sud e nelle Isole. Differenze sono osservabili anche all'interno delle singole Regioni, dove ASL appartenenti allo stesso contesto regionale presentano livelli d'implementazione non omogenei (figure 16 e 17).

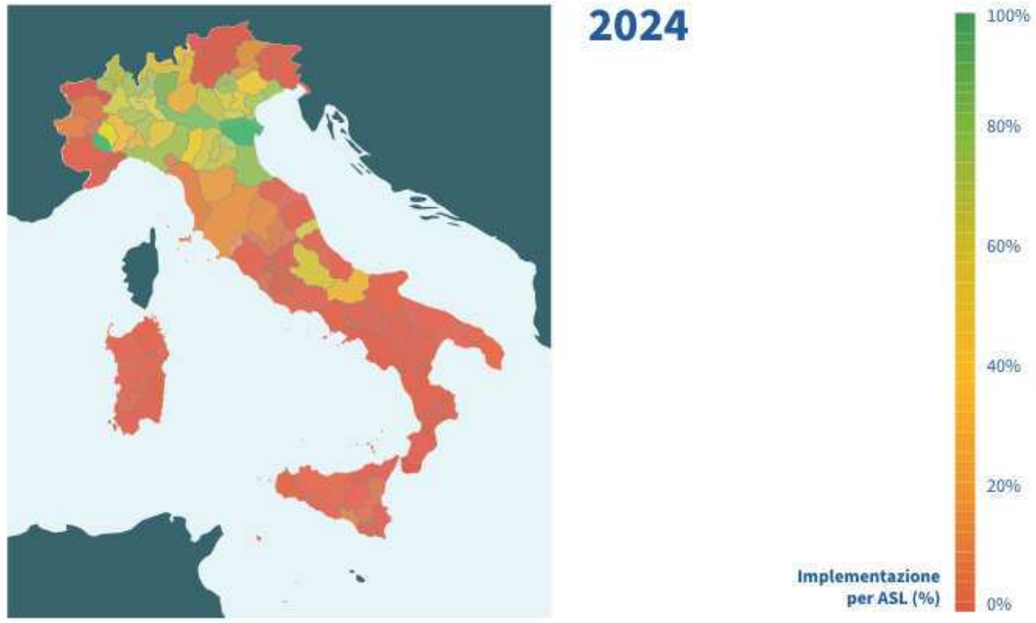


Figura 16. Implementazione delle CdC (CIS ed extra-CIS) per ASL (Triennio 2024-2026) *(continua)*

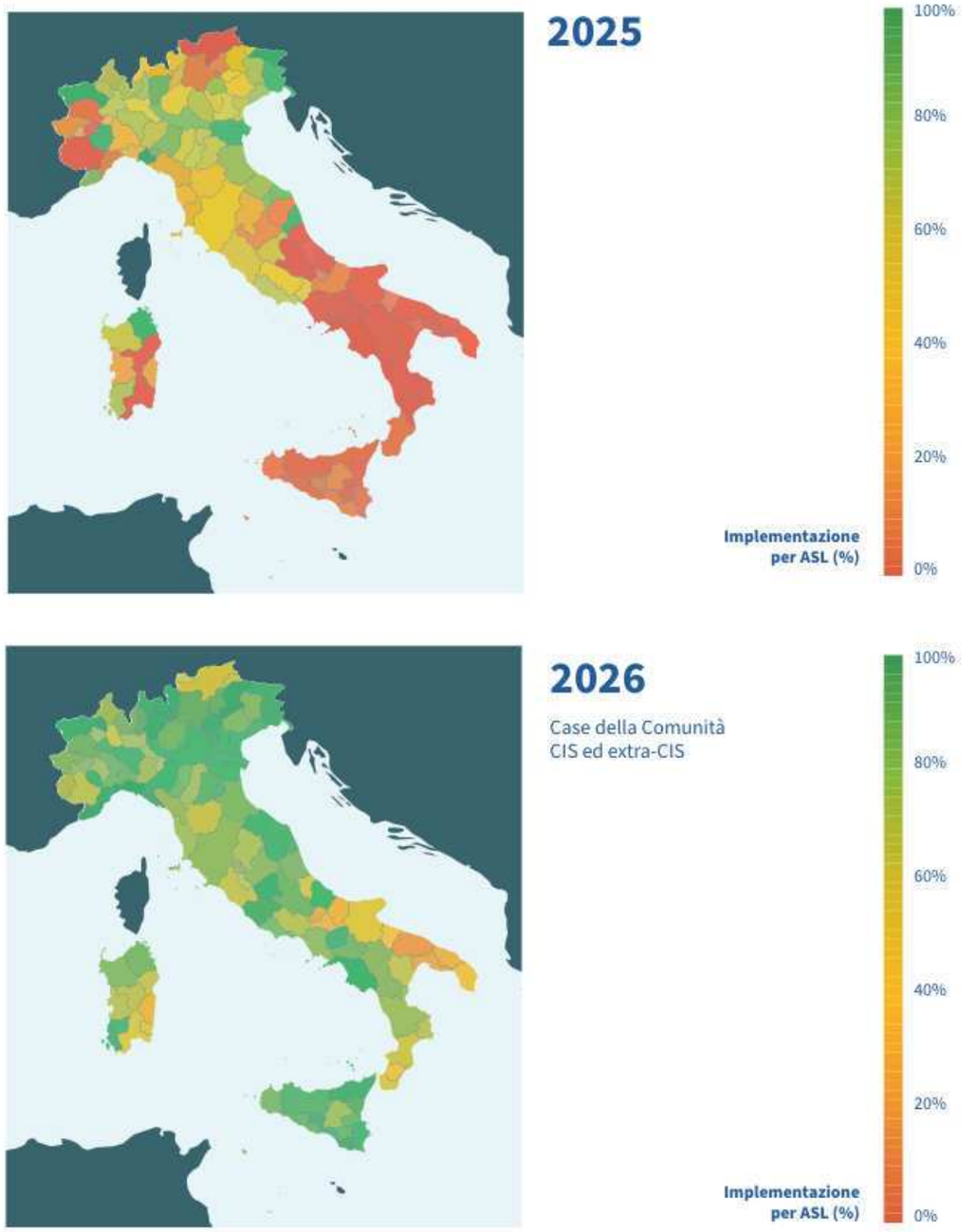


Figura 16. *(segue)* Implementazione delle CdC (CIS ed extra-CIS) per ASL (Triennio 2024-2026)

Nel corso delle rilevazioni successive, si osserva un progressivo incremento di CdC e OdC in un numero crescente di aziende sanitarie. Al 30 giugno 2026 la distribuzione territoriale appare più estesa rispetto alle rilevazioni iniziali, con una riduzione della variabilità sia interregionale che intraregionale. Permangono differenze locali soprattutto per gli OdC (figure 16 e 17).

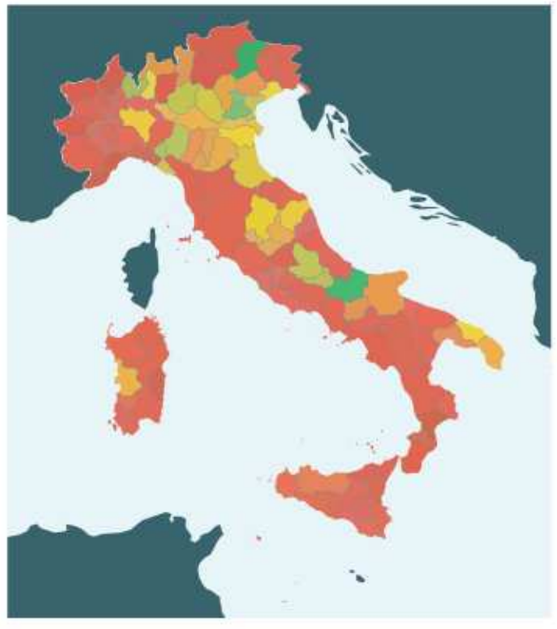


Figura 17. Implementazione degli OdC (CIS ed extra-CIS) per ASL (Triennio 2024-2026) *(continua)*

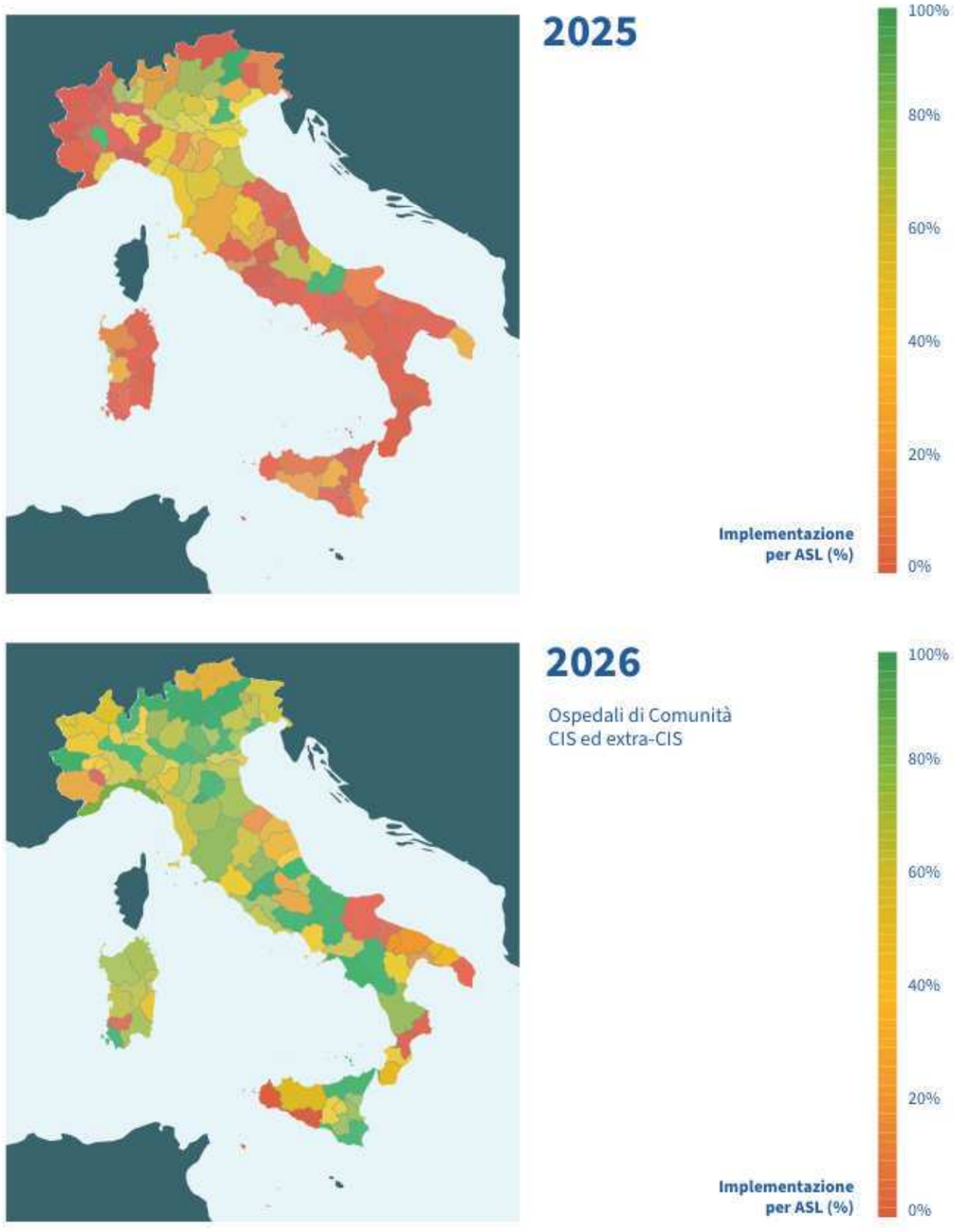


Figura 17. *(segue)* Implementazione degli OdC (CIS ed extra-CIS) per ASL (Triennio 2024-2026)

Alle CdC e agli OdC si aggiunge la rete delle Centrali Operative Territoriali, primo target europeo della riforma ad aver raggiunto e superato l'obiettivo previsto già alla fine del 2024. Nel corso del periodo osservato si è così progressivamente consolidata la rete delle principali strutture previste dal DM 77/2022, costituita da Case della Comunità, Ospedali di Comunità e Centrali Operative Territoriali (tabella 8).

Regione / PA	CdC programmate	CdC con almeno un servizio obbligatorio	CdC con tutti i servizi obbligatori	COT programmate	COT implementate	OdC programmati	OdC implementati
Abruzzo	45	40	40	13	13	14	11
Basilicata	19	15	15	6	6	5	4
Calabria	78	51	49	21	21	23	12
Campania	177	136	136	71	63	48	26
Emilia-Romagna	184	166	86	47	47	50	38
Friuli-Venezia Giulia	32	31	24	12	12	14	10
Lazio	143	129	122	61	61	40	33
Liguria	33	32	32	16	16	12	10
Lombardia	212	197	189	120	107	70	62
Marche	46	44	29	15	15	22	7
Molise	13	5	5	3	3	2	2
PA Bolzano	12	7	7	5	5	5	2
PA Trento	13	12	12	5	5	4	4
Piemonte	103	86	80	43	43	37	22
Puglia	161	68	67	49	41	53	8
Sardegna	91	67	67	24	16	26	18
Sicilia	153	144	125	50	50	45	30
Toscana	156	116	74	40	39	40	29
Umbria	25	20	20	9	9	16	11
Valle d'Aosta	4	4	4	1	1	2	1
Veneto	102	100	100	49	49	73	62
Italia	**1.802**	**1.470**	**1.283**	**660**	**622**	**601**	**402**

Tabella 8. Sintesi delle strutture programmate e del loro livello d'implementazione secondo il DM 77/2022 al 30 giugno 2026

Con il progressivo consolidamento dell'infrastruttura, assume crescente rilievo la capacità di tradurre la disponibilità di CdC, COT e OdC in percorsi assistenziali integrati, accessibili e coerenti con i bisogni delle popolazioni di riferimento. L'attenzione si sposta quindi dalla presenza dei singoli nodi alla capacità della rete di operare in maniera coordinata.

In questa prospettiva, il DM 77/2022 attribuisce una rinnovata centralità al distretto sanitario. Quest'ultimo non rappresenta una struttura introdotta dalla riforma, ma un'articolazione organizzativa e territoriale già consolidata del SSN, chiamata oggi a esercitare il proprio ruolo all'interno di una rete profondamente ridefinita. La sua funzione assume pertanto particolare rilievo nella programmazione dell'offerta, nel coordinamento dei diversi nodi dell'assistenza territoriale e nell'integrazione tra servizi sanitari, sociali e sociosanitari.

5. Distretto

Nel nuovo assetto della riforma il distretto rappresenta il livello di riferimento per la programmazione e il coordinamento della rete territoriale, entro cui si raccordano Case della Comunità, Centrali Operative Territoriali, Ospedali di Comunità e gli altri servizi territoriali. Il DM 77/2022 ne conferma pertanto il ruolo centrale nella gestione integrata dell'offerta e nella sua organizzazione in relazione ai bisogni della popolazione e alle caratteristiche dei territori.

La configurazione dei distretti presenta una significativa eterogeneità territoriale e demografica. Il DM 77/2022 individua come riferimento un bacino di circa 100.000 abitanti per distretto, prevedendo tuttavia possibili adattamenti in relazione alla densità della popolazione e alle caratteristiche orografiche del territorio. La dimensione dei distretti differisce sia tra le Regioni sia all'interno dei singoli contesti regionali. Tale articolazione riflette le caratteristiche demografiche, geografiche e insediative dei territori, che contribuiscono a determinarne il dimensionamento e l'organizzazione dell'offerta assistenziale (tabella 9).

Regione / PA	N. ASL	N. Distretti	Popolazione residente	Popolazione media per Distretto	Popolazione minima e massima per distretto
Abruzzo	4	19	1.267.222	66.696	16.703 - 124.272
Basilicata	2	6	525.281	87.547	61.502 - 114.728
Calabria	5	14	1.827.571	130.541	31.028 - 246.094
Campania	7	73	5.568.703	76.284	13.479 - 136.884
Emilia-Romagna	8	38	4.477.009	117.816	32.183 - 390.151
Friuli-Venezia Giulia	3	18	1.193.496	66.305	30.956 - 157.769
Lazio	10	46	5.709.444	124.118	31.163 - 308.950
Liguria	1	19	1.511.988	79.578	30.807 - 140.140
Lombardia	25	86	10.065.694	117.043	37.394 - 204.312
Marche	5	13	1.479.832	113.833	42.387 - 251.056
Molise	1	3	285.940	95.313	78.755 - 115.903
PA Bolzano	1	4	542.134	135.534	79.826 - 237.142
PA Trento	1	3	548.684	182.895	134.223 - 226.391
Piemonte	12	33	4.255.006	128.940	65.235 - 250.556
Puglia	6	45	3.865.277	85.895	35.829 - 315.831
Sardegna	8	24	1.554.490	64.770	10.488 - 245.460
Sicilia	9	55	4.775.194	86.822	7.199 - 721.470
Toscana	3	28	3.659.222	130.687	28.735 - 361.705
Umbria	2	12	850.627	70.886	10.918 - 190.258
Valle d'Aosta	1	2	122.464	61.232	37.651 - 84.881
Veneto	9	26	4.857.460	186.825	62.808 - 336.422
Italia	**123**	**567**	**58.942.738**	**103.955**	**7.199 - 721.470**

Tabella 9. Distribuzione di ASL, distretti e popolazione residente, per Regione / PA

Uno dei cardini del nuovo sistema di funzioni è rappresentato dall'integrazione sociosanitaria, che coinvolge il raccordo tra aziende sanitarie, Comuni, servizi sociali e soggetti del terzo settore. I dati restituiscono una diffusa presenza di strumenti e modalità organizzative a supporto di tale integrazione. In 518 dei 567 distretti rilevati (91%) il perimetro distrettuale coincide con quello dell'Ambito Territoriale Sociale, mentre 552 distretti (97%) dispongono di un accordo istituzionale in ambito sociosanitario. Forme di coordinamento aziendale o specifiche responsabilità per l'integrazione sociosanitaria sono presenti in 538 distretti (95%) e la partecipazione di associazioni o enti del terzo settore è rilevata in 536 (95%) (tabella 10).

In tale quadro, la coincidenza territoriale tra distretto sanitario e ambito territoriale sociale rappresenta una condizione facilitante, poiché favorisce l'allineamento dei bacini di riferimento della programmazione sanitaria e sociale e semplifica il coordinamento tra i diversi attori istituzionali.

Regione / PA	N. Distretti	Coincidenza con ambito territoriale / sociale	Accordo istituzionale sociosanitario	Presenza di un coordinamento aziendale / responsabilità per l'integrazione sociosanitaria	Partecipazione di associazioni / enti del terzo settore
Abruzzo	19	11	18	12	10
Basilicata	6	6	6	6	4
Calabria	14	14	14	8	11
Campania	73	72	72	73	65
Emilia-Romagna	38	35	38	38	38
Friuli-Venezia Giulia	18	16	18	18	18
Lazio	46	45	46	34	42
Liguria	19	16	19	19	19
Lombardia	86	77	86	86	86
Marche	13	6	13	10	13
Molise	3	0	3	3	3
PA Bolzano	4	4	4	4	4
PA Trento	3	3	3	3	3
Piemonte	33	23	33	33	33
Puglia	45	45	45	44	41
Sardegna	24	24	24	24	24
Sicilia	55	55	46	55	54
Toscana	28	28	28	28	28
Umbria	12	12	12	12	12
Valle d'Aosta	2	2	2	2	2
Veneto	26	24	22	26	26
Italia	**567**	**518**	**552**	**538**	**536**

Tabella 10. Assetto organizzativo e integrazione sociosanitaria dei distretti, per Regione / PA

Accanto alla funzione di raccordo sociosanitario, il distretto assume un ruolo centrale anche nella programmazione degli interventi di promozione della salute e prevenzione, a partire dalla conoscenza dei bisogni della popolazione di riferimento.

In tale ambito, l'azione distrettuale si realizza in raccordo con il dipartimento di prevenzione e con gli altri nodi della rete territoriale. La prevenzione viene così integrata nei percorsi dell'assistenza territoriale attraverso attività di promozione della salute, programmi di screening e vaccinazione, interventi rivolti ai gruppi di popolazione individuati sulla base dei bisogni e iniziative sviluppate nei diversi contesti di comunità.

I dati nazionali evidenziano una presenza ampia delle campagne vaccinali, realizzate nel 96% dei contesti rilevati, e delle campagne di screening oncologico e preventivo, presenti nel 95%. Anche le attività di educazione sanitaria e gli interventi realizzati nelle scuole e nella comunità risultano ampiamente diffusi, rispettivamente nell'83% e nell'82% dei casi. Una presenza più contenuta, pur riguardando oltre la metà dei contesti osservati, si rileva per le attività di supporto e coinvolgimento attivo della comunità, indicate nel 64% dei casi (figura 18).

Nel complesso, il quadro mostra come l'azione di prevenzione a livello distrettuale comprenda sia interventi consolidati rivolti alla popolazione, quali vaccinazioni e screening, sia attività di promozione della salute sviluppate nei luoghi di vita e di comunità.

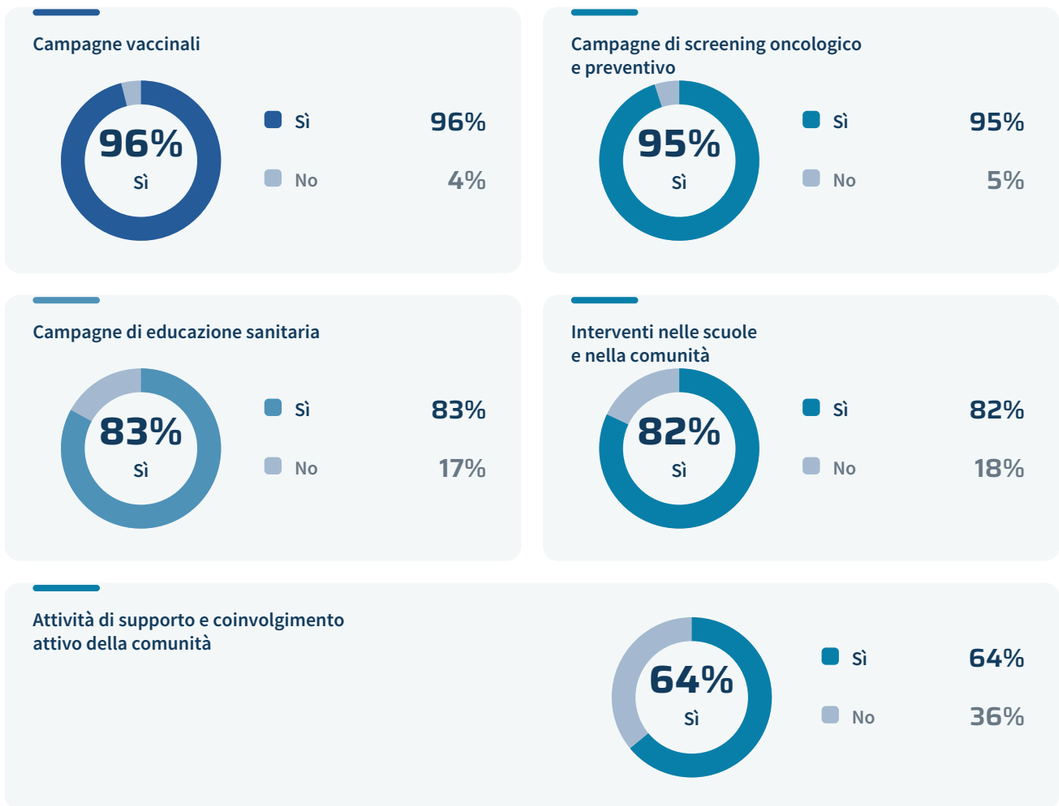


Figura 18. Presenza delle attività di prevenzione e promozione della salute nei distretti al 30 giugno 2026

6. Assistenza domiciliare

L'assistenza domiciliare costituisce uno degli ambiti di intervento previsti dal DM 77/2022 per il rafforzamento dell'assistenza territoriale. I dati mostrano una crescita progressiva del numero di persone di età pari o superiore a 65 anni prese in carico a domicilio, particolarmente evidente a partire dal 2022. Gli assistiti passano da circa 839 mila nel 2022 a oltre 1,17 milioni nel 2023, fino a raggiungere 1,55 milioni nel 2024 e 1,63 milioni nel 2025. Parallelamente, la quota di popolazione over 65 assistita a domicilio aumenta dal 6% del 2022, all'8% nel 2023, all'11% nel 2024 e nel 2025 [3] (figura 19).

L'incremento registrato ha consentito di raggiungere e superare il target previsto dal PNRR [4]: già nel 2024 il numero di assistiti over 65 risulta superiore al valore obiettivo, con un ulteriore aumento osservato nel 2025.

Assistenza Domiciliare Integrata (ADI) · 2019-2025

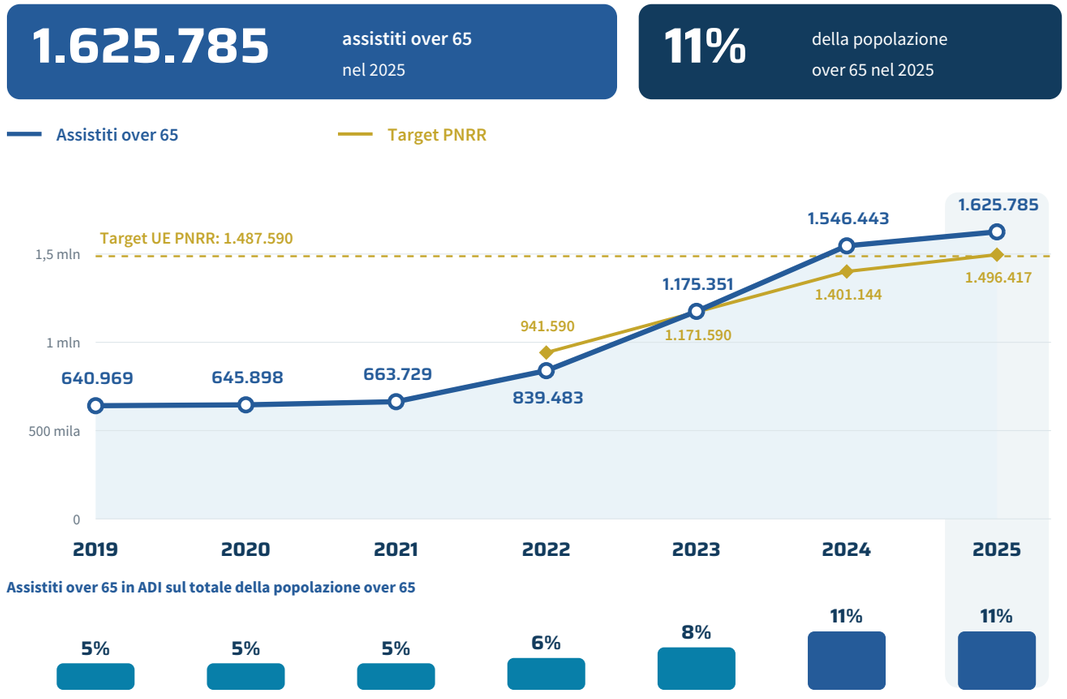


Figura 19. Andamento degli assistiti over 65 in Assistenza Domiciliare Integrata (ADI) e quota sulla popolazione over 65, anni 2019-2025, con confronto al target PNRR

[3] La rilevazione si interrompe a dicembre 2025 in coerenza con l'annualità della rilevazione.
[4] 10% della popolazione over 65 da prendere in carico progressivamente.

Nel monitoraggio AGENAS, al 30 giugno 2026, l'analisi dei servizi di assistenza domiciliare erogati a livello distrettuale evidenzia una presenza diffusa delle diverse componenti professionali e assistenziali coinvolte nella presa in carico. L'assistenza infermieristica risulta presente nel 94% dei distretti italiani, mentre l'assistenza medica specialistica e quella riabilitativa sono rilevate rispettivamente nel 91% e 92% dei casi. Seguono i servizi socio-sanitari (88%), la fornitura di farmaci e dispositivi (80%), l'assistenza del Medico di Medicina Generale (78%) e quella del Pediatra di Libera Scelta (77%) (figura 20).

Nel complesso, i dati evidenziano quindi come alla crescita del numero di pazienti presi in carico nell'ambito dell'assistenza domiciliare si affianchi una presenza diffusa delle principali componenti assistenziali coinvolte nella presa in carico a domicilio.

Percentuale di distretti con il servizio presente · 30 giugno 2026



Figura 20. Percentuale di distretti in cui sono presenti i servizi di assistenza domiciliare, al 30 giugno 2026

7. Unità di Cure Palliative Domiciliari (UCP-DOM)

Per le cure palliative, il DM 77/2022 individua uno standard di 1 Unità di Cure Palliative Domiciliari ogni 100.000 abitanti.

Al 30 giugno 2026 risultano censite complessivamente 1.586 UCP-DOM sul territorio nazionale. La distribuzione regionale evidenzia livelli differenti di raggiungimento dello standard: in numerosi contesti lo standard risulta raggiunto o prossimo al raggiungimento, mentre in altri permangono livelli inferiori alla soglia di riferimento. Nel complesso, il quadro restituisce una buona diffusione delle cure palliative domiciliari, accompagnata da una variabilità territoriale (tabella 11).

Regione / PA	Popolazione residente	UCP-DOM	Livello di raggiungimento dello standard
Abruzzo	1.267.222	9	71%
Basilicata	525.281	6	100%
Calabria	1.827.571	6	33%
Campania	5.568.703	45	81%
Emilia-Romagna	4.477.009	44	98%
Friuli-Venezia Giulia	1.193.496	15	100%
Lazio	5.709.444	138	100%
Liguria	1.511.988	25	100%
Lombardia	10.065.694	911	100%
Marche	1.479.832	25	100%
Molise	285.940	1	35%
PA Bolzano	542.134	9	100%
PA Trento	548.684	3	55%
Piemonte	4.255.006	32	75%
Puglia	3.865.277	84	100%
Sardegna	1.554.490	13	84%
Sicilia	4.775.194	132	100%
Toscana	3.659.222	26	71%
Umbria	850.627	12	100%
Valle d'Aosta	122.464	2	100%
Veneto	4.857.460	48	99%
Italia	**58.942.738**	**1.586**	**86%**

Tabella 11. Servizio UCP-DOM al 30 giugno 2026 rispetto allo standard del DM 77/2022, per Regione / PA [5]

[5] Il calcolo per le Regioni è stato effettuato come segue: UCP-DOM dichiarate nel Monitoraggio AGENAS sulla popolazione residente (al 1° gennaio 2026) x 100.000. Il valore del 100% indica pertanto il pieno raggiungimento dello standard di riferimento. Il dato nazionale è la media del livello di raggiungimento dello standard regionale.

I principali servizi di cure palliative presentano livelli di diffusione differenziati sul territorio, risultando tuttavia presenti in oltre la metà dei distretti per tutte le tipologie di servizio considerate, in particolare l'équipe di cure domiciliari è presente nell'84% dei distretti (figura 21).

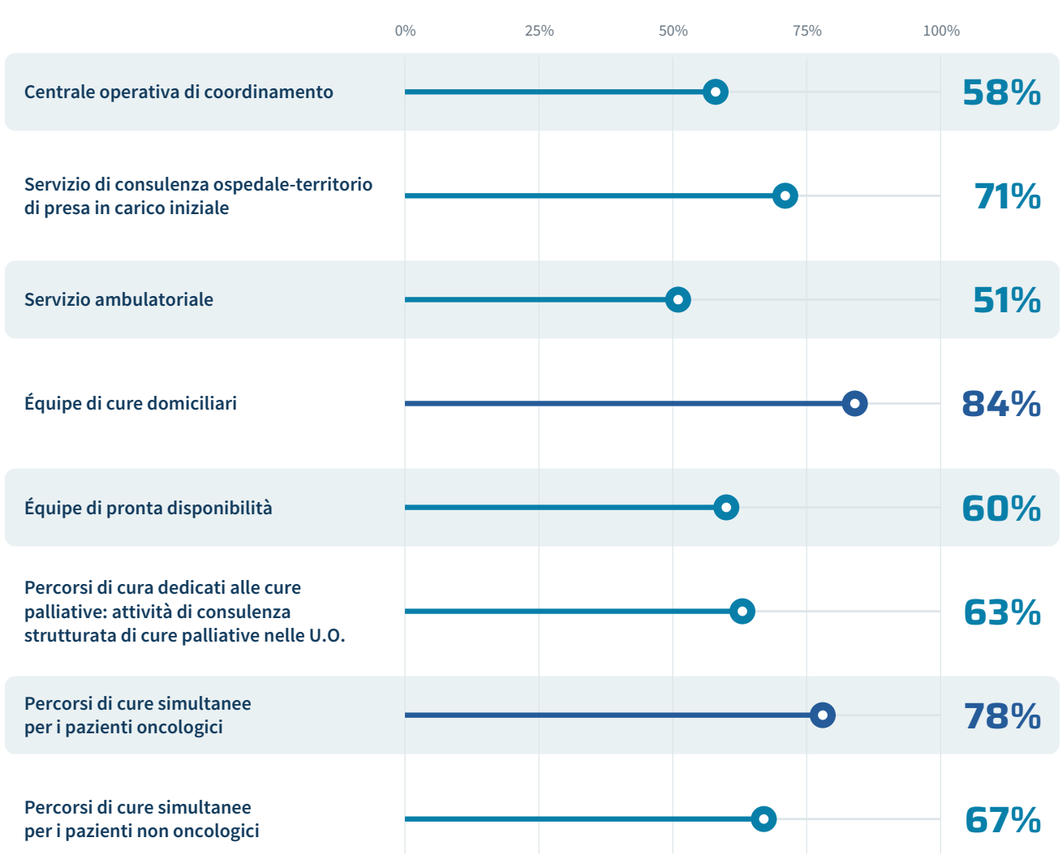


Figura 21. Percentuale di distretti in cui sono presenti i servizi di cure palliative, al 30 giugno 2026

8. Centrali Operative NEA 116117

La rete del Numero Europeo Armonizzato 116117 (NEA 116117) presenta un progressivo ampliamento della copertura territoriale, che interessa complessivamente circa due terzi del Paese. Nei primi mesi del 2026 la rete ha registrato altre implementazioni, con l'attivazione del servizio in Basilicata a fine maggio, successivamente nelle Marche e, nei primi giorni di giugno, in Abruzzo. Nel frattempo, la Sardegna ha ampliato ulteriormente i confini della sua copertura territoriale.

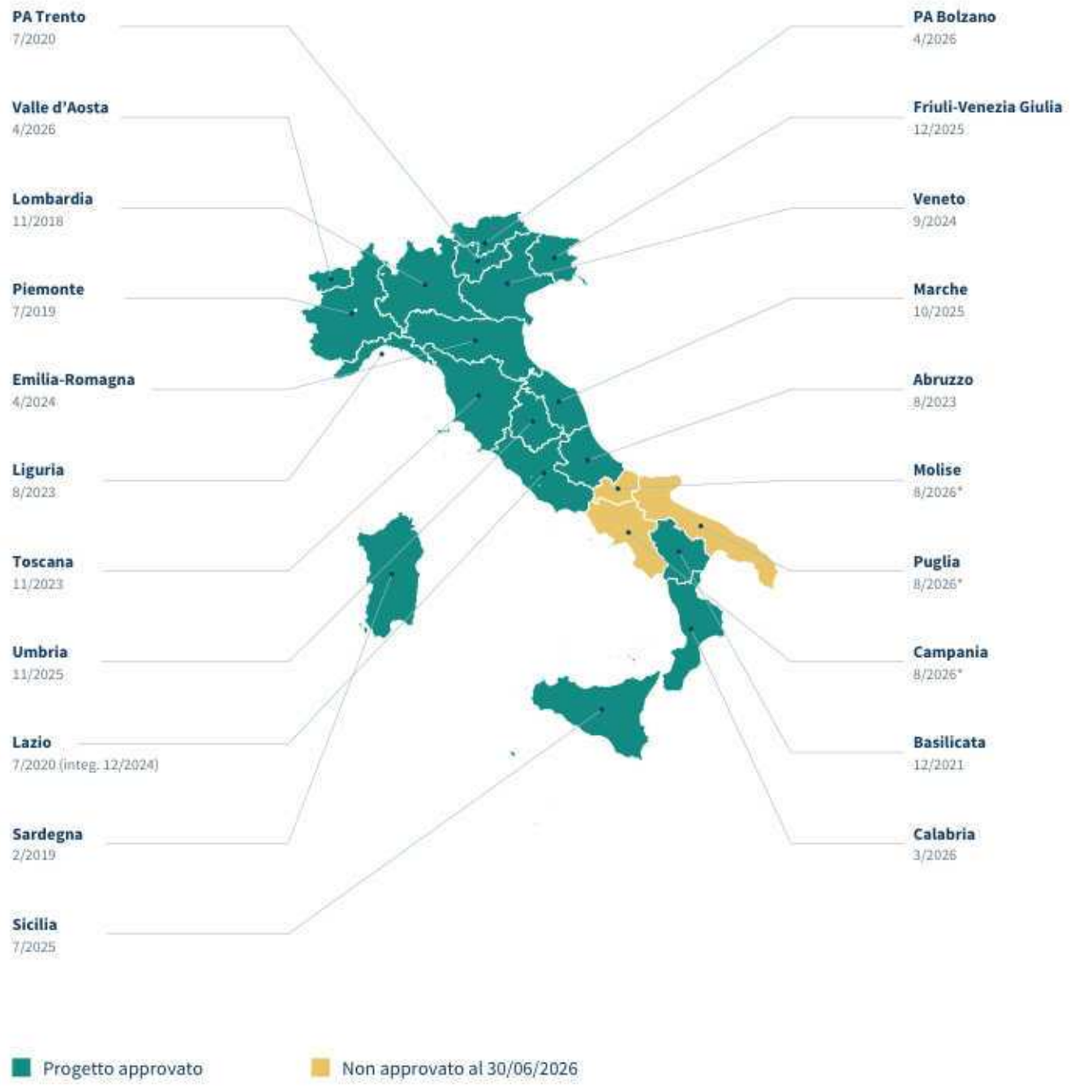
Sotto il profilo dell'architettura organizzativa emerge una configurazione prevalentemente incentrata su un unico polo regionale, con una sola Centrale Operativa NEA 116117 attiva in dodici realtà territoriali. Sono tuttavia presenti assetti differenti nelle Regioni più popolose, come il Veneto, con due centrali, e il Piemonte, articolato su quattro poli. Il percorso di implementazione deriva nella maggior parte dei casi da un iter amministrativo fondato su progetti approvati e autorizzati, talvolta preceduto da fasi sperimentali e successivamente esteso all'intero territorio regionale. Nel complesso, il quadro evidenzia livelli di avanzamento differenziati tra Regioni/PPAA, con servizi già operativi sull'intero territorio regionale, attivi solo in alcune aree oppure ancora in fase di attivazione (figura 22).

Per quanto riguarda i modelli organizzativi delle Centrali Operative NEA 116117, si rilevano configurazioni differenziate tra i territori. Sul piano del personale, la maggior parte delle centrali si avvale di operatori non sanitari specificamente formati per la conduzione dell'intervista strutturata con l'utente. In oltre la metà delle Regioni/PPAA è anche prevista la presenza di personale infermieristico, generalmente in affiancamento agli operatori di formazione non clinico-sanitaria o, in alcune configurazioni, come unica componente professionale presente. Il personale medico è presente in oltre un terzo dei casi e svolge prevalentemente una funzione di supporto agli altri operatori.

Dal punto di vista dell'integrazione con la rete assistenziale, la totalità delle centrali risulta collegata ai servizi di continuità assistenziale e di emergenza-urgenza. Inoltre, larga parte intrattiene un collegamento diretto con le COT.

116117 · Progetti approvati

18 Regioni / PA · Stato al 30 giugno 2026

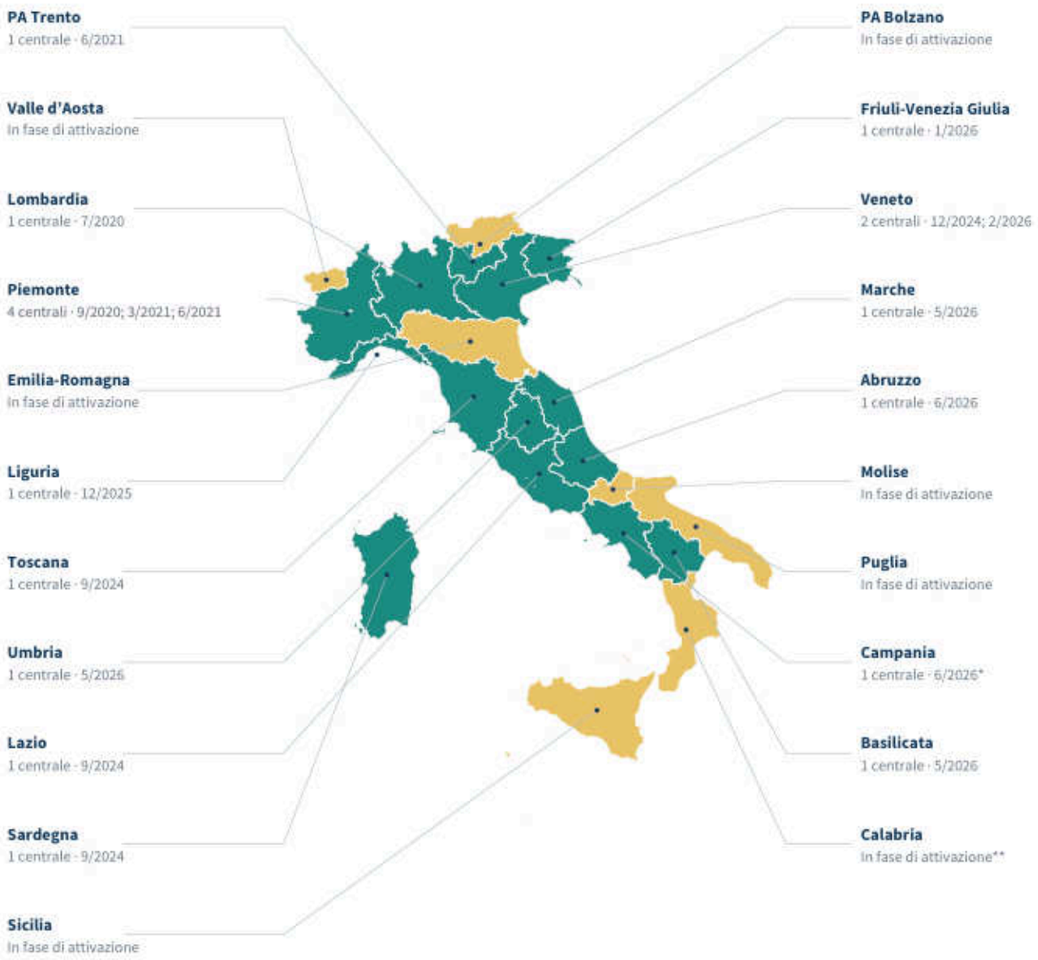


* Campania, Molise e Puglia: approvazione nell'agosto 2026, successiva alla rilevazione.

Figura 22. Stato di approvazione dei progetti e di attivazione delle Centrali Operative NEA 116117, per Regione / PA, al 30 giugno 2026 (*continua*)

116117 · Centrali attive

18 centrali in 14 Regioni / PA · Stato al 30 giugno 2026



* Campania: centrale attiva in fase sperimentale.
** Calabria: attivazione nel luglio 2026, successiva alla rilevazione.

Figura 22. *(segue)* Stato di approvazione dei progetti e di attivazione delle Centrali Operative NEA 116117, per Regione / PA, al 30 giugno 2026

SECONDA PARTE

Verso un cambiamento organizzativo e culturale

Premessa e nota metodologica

Il monitoraggio dello stato di attuazione del DM 77/2022, i cui esiti sono riportati nella prima parte del Report, consente una lettura quantitativa e strutturale del percorso di implementazione della riforma dell'assistenza territoriale nel nostro Paese.

Con particolare riferimento alla progressiva diffusione delle Case della Comunità nei diversi contesti regionali, la rilevazione al 30 giugno 2026 ne censisce 1.283 con tutti i servizi obbligatori, evidenziando un avanzamento significativo nell'implementazione di questa nuova tipologia di struttura territoriale.

L'implementazione delle strutture non può coincidere con il pieno compimento di un nuovo modello di servizio e di assistenza, ma ne costituisce senza dubbio il presupposto fondamentale. La presenza di una Casa della Comunità in un dato territorio rappresenta una condizione necessaria per l'attuazione del modello, che deve tradursi progressivamente in nuove modalità di lavoro, forme di maggiore integrazione tra professionisti e tra servizi, percorsi di accesso e presa in carico potenziati. In virtù dell'implementazione di una Casa della Comunità, si sviluppano quindi processi organizzativi, professionali e relazionali che possono assumere configurazioni differenti negli specifici contesti locali e richiedere fasi e tempi diversi di consolidamento.

È in questo spazio, tra l'implementazione delle strutture e la progressiva costruzione del modello organizzativo, che si colloca questa seconda parte del Report, che mira a fornire un'analisi più qualitativa della rilevazione. Complementare alla rilevazione quantitativa, l'indagine è finalizzata ad approfondire le modalità con cui la riforma viene attuata nei diversi contesti territoriali e a trarne elementi di riflessione, con particolare riferimento alle Case della Comunità. Dalla rilevazione del numero e delle caratteristiche delle strutture e dei servizi previsti, l'attenzione si sposta ai processi che ne accompagnano l'implementazione: la ridefinizione dei ruoli professionali, la costruzione delle équipe multiprofessionali, le modalità di collaborazione tra servizi e professionisti, le forme di presa in carico e, più in generale, il progressivo sviluppo di nuovi modelli organizzativi dell'assistenza territoriale.

L'indagine si basa su 32 interviste semi-strutturate rivolte a direttori di distretto, individuati quali interlocutori privilegiati in ragione della loro posizione di diretta responsabilità nel governo dei processi di riorganizzazione dell'assistenza territoriale. Le interviste sono state condotte da un team di esperti AGENAS tra il 15 e il 30 luglio 2026 e hanno avuto una durata media di circa 75 minuti.

Il campione comprende distretti appartenenti a tutte le 21 Regioni e Province Autonome e risulta così articolato: 13 direttori di distretto del Nord, 7 del Centro e 12 del Sud. Rispetto alle dimensioni territoriali, 20 distretti sono di dimensione alta (popolazione superiore a 100.000 ab.), 8 di dimensione media (popolazione compresa tra 60.000 e 100.000 ab.) e 4 di dimensione bassa (popolazione inferiore a 60.000 ab.). Infine, rispetto alla posizione geografica, 17 distretti sono localizzati in aree urbane o limitrofe e 15 in aree interne. Alcune Regioni sono rappresentate da più di un distretto, al fine di restituire la pluralità dei contesti organizzativi e territoriali considerati nell'indagine.

Le interviste, composte da 15 domande, sono state articolate in quattro sezioni tematiche: attività di implementazione; attori e relazioni; punti di forza e criticità; valutazione complessiva.

Lo strumento di rilevazione è stato definito per ricostruire il percorso di implementazione delle Case della Comunità nei diversi contesti territoriali, approfondendo l'organizzazione dei servizi, il ruolo delle cure primarie e dei Medici di Medicina Generale, i modelli di presa in carico della cronicità e di medicina di iniziativa, la multiprofessionalità e la multidisciplinarietà, con particolare riferimento all'Infermiere di Famiglia o di Comunità. Sono state inoltre esplorate le relazio-

ni con gli altri servizi territoriali e con l'ospedale, l'integrazione con Comuni, servizi sociali e Ambiti Territoriali Sociali, il coinvolgimento delle associazioni e del terzo settore e le modalità di comunicazione e relazione con la popolazione.

Una specifica sezione è stata dedicata ai punti di forza e alle criticità emerse nel processo di implementazione, alle strategie adottate per affrontarle, agli strumenti di monitoraggio utilizzati e alla valutazione complessiva del percorso, incluse le prospettive per le fasi successive. Prima dell'avvio della rilevazione è stata realizzata un'intervista pilota, finalizzata a verificarne durata, coerenza tematica e comprensibilità.

Le testimonianze raccolte sono state analizzate trasversalmente, individuando ricorrenze, differenze e modalità attraverso cui il cambiamento in atto viene interpretato e tradotto sul piano organizzativo. L'analisi non è dunque finalizzata a fornire una rappresentazione analitica o una classificazione dei territori oggetto di indagine, né a stabilire una graduatoria tra esperienze più o meno avanzate, ma a mettere in evidenza aspetti critici e fattori di successo nel modo con cui le componenti del modello delineato dal DM 77/2022 vengono progressivamente attuate e consolidate.

La presentazione di quanto emerso dall'indagine, accompagnata da stralci delle interviste ai direttori di distretto, restituisce l'immagine di un'assistenza territoriale in movimento, che evolve secondo traiettorie e velocità differenti, anche all'interno dello stesso contesto regionale. È a partire da questa prospettiva che vengono presentate le principali risultanze dell'analisi qualitativa.

Indagine qualitativa: interviste ai direttori di distretto

1. Una sanità territoriale in movimento, con gradi di maturità differenti

L'emanazione del DM 77/2022 ha avviato un processo di ridefinizione dell'assistenza territoriale, intervenendo sugli assetti organizzativi, sui ruoli professionali e, più in profondità, sulla modalità attraverso cui la domanda di salute viene intercettata e trasformata in presa in carico. La Casa della Comunità rappresenta il luogo nel quale la ridefinizione dell'esistente e l'innovazione, introdotta dalla riforma, emergono con maggiore evidenza.

In molti territori, infatti, le Case della Comunità non nascono come strutture completamente nuove, ma si innestano su un patrimonio fisico e organizzativo già esistente. Poliambulatori, presidi territoriali consolidati e strutture che in passato avevano ospitato funzioni ospedaliere vengono riconvertiti, ampliati o riorganizzati per accogliere il nuovo modello.

> ***Interventi di ampliamento grazie ai finanziamenti PNRR***
>
> *"Alcune strutture hanno beneficiato di interventi di ampliamento grazie ai finanziamenti PNRR, con conseguente riorganizzazione dei servizi negli spazi; altre sono di nuova costruzione, realizzate in un quartiere che aveva una forte necessità di questo presidio, poiché i servizi gravavano su altre parti della città".*

La Casa della Comunità, tuttavia, non riguarda soltanto la sommatoria dei servizi che vi vengono fisicamente collocati. Il cambiamento riguarda le modalità di organizzazione dell'assistenza, il modo in cui i professionisti sono chiamati a collaborare e, soprattutto, il modo in cui il cittadino è accompagnato nella presa in carico.

> ***Non era più un poliambulatorio, ma una Casa della Comunità***
>
> *"Noi eravamo abituati ai vecchi poliambulatori, dove il personale infermieristico lavorava dal lunedì al venerdì. Oggi, invece, nelle Case della Comunità si lavora sette giorni su sette. All'inizio è stato difficile far comprendere questo cambiamento, perché la struttura era la stessa, anche se ristrutturata: non era più un poliambulatorio, ma una Casa della Comunità".*

Il passaggio dal precedente assetto territoriale alla Casa della Comunità richiede non soltanto una riorganizzazione strutturale, ma anche un progressivo adattamento delle modalità di lavoro. In tale prospettiva assumono particolare rilievo l'integrazione tra professionisti, il raccordo tra i diversi *setting* assistenziali, l'utilizzo della telemedicina e lo sviluppo di nuove modalità di presa in carico.

> ***Una vera presa in carico multidisciplinare***
>
> *"Rispetto a prima ci dovrà essere una vera presa in carico multidisciplinare, dovrà cambiare il modo in cui ci rapportiamo con l'utenza. Stiamo aspettando che si chiudano tutti i collegamenti telematici per avere la possibilità di fare televisite, teleconsulti, tutte quelle attività che sono appunto novità. Tutta la parte che è proprio nuova è la telemedicina. Ci dovrà essere una presa in carico diversa del paziente, non di un paziente che deve fare un primo accesso al CUP, poi deve ritornarci per prenotare la visita dalla specialista; dovrà cambiare tutta la presa in carico del paziente".*

La riorganizzazione dei servizi si accompagna a una ridefinizione dei ruoli professionali. L'infermiere di Famiglia o di Comunità (IFoC) rappresenta una delle figure maggiormente interessate dal processo. La sua introduzione richiede specifici percorsi formativi, ridefinizione delle competenze e progressiva differenziazione rispetto ai ruoli tradizionali dell'assistenza infermieristica.

> ***L'Infermiere di Famiglia e Comunità rappresenta un po' il ruolo unico degli infermieri***
>
> *"L'Infermiere di Famiglia e Comunità rappresenta un po' il ruolo unico degli infermieri. Fino ad ora avevamo figure professionali distinte che si occupavano per esempio della gestione del paziente cronico […] poi avevamo gli infermieri dell'ADI che andavano a casa a fare prestazioni sostanzialmente domiciliari e avevamo assistenti sanitari o infermieri che si occupavano di promozione della salute. La nuova figura prevista dal DM77, come un po' anche da letteratura, deve avere la continuità della presa in carico, la longitudinalità, la conoscenza dei professionisti"*

cambiamento coinvolge anche professioni consolidate. Il caso della medicina generale è emblematico. La Casa della Comunità introduce infatti una nuova modalità di presenza del Medico di Medicina Generale (MMG), mettendo in discussione il tradizionale rapporto tra medico e propri assistiti, aprendosi ad una popolazione più ampia e all'interno di équipe e dispositivi organizzativi differenti.

> ***La presa in carico non è più un rapporto personale del medico, ma è un rapporto complessivo multidisciplinare***
>
> *"Da me ci sono i Medici di Medicina Generale nella Casa della Comunità. Io li avevo già dentro in due strutture come AFT pubbliche, lì visitavano i loro pazienti, ma ora il paradigma dovrà cambiare perché devono assistere tutti. Ed è ovvio che qui la presa in carico non è più un rapporto personale del medico, ma è un rapporto complessivo multidisciplinare. Adesso il paziente arriverà al PUA, viene fatta una consultazione e poi viene affidato al medico. È diverso da prima dove il paziente andava nella AFT che era all'interno della struttura, era un rapporto diretto con il medico. Per il momento abbiamo iniziato a lavorare, le figure sono tutte dentro la struttura, diciamo che piano piano stiamo cominciando a creare questa integrazione, stiamo aspettando anche gli ultimi accordi"*

Il DM 77/2022 interviene, dunque, su un territorio già caratterizzato da servizi, professionisti, pratiche e relazioni. L'innovazione si confronta necessariamente con tale patrimonio, riconfigurandolo e integrandolo e, in alcuni casi, introducendo nuove modalità organizzative. Ne deriva un processo che non si conclude con l'apertura delle strutture, ma prosegue attraverso la progressiva definizione dei modelli di funzionamento e delle relazioni tra i diversi attori.
In questo percorso, le esperienze evidenziano anche il ruolo dei diversi livelli di *governance* nell'accompagnare l'implementazione della riforma. Indirizzi regionali, momenti di confronto con le aziende, referenti dedicati e strumenti di coordinamento hanno contribuito, in alcuni contesti, a sostenere la traduzione degli obiettivi del DM 77/2022 nelle scelte organizzative locali

> ***La Regione ha avuto un ruolo fondamentale nelle linee di indirizzo e nel supporto operativo alle attività***
>
> *"La Regione ha avuto un ruolo fondamentale nelle linee di indirizzo e nel supporto operativo alle attività su più fronti, che si è poi riflesso anche sui tavoli aziendali. […] La Regione ha istituito periodici confronti con le aziende. […] Quindi il ruolo della regione e il ruolo della direzione aziendale sono stati fondamentali per coordinare i servizi e favorire il raggiungimento degli obiettivi".*

A livello aziendale e distrettuale, tale accompagnamento si traduce nella costruzione concreta dei modelli organizzativi e nel coinvolgimento dei professionisti.

> ***Oggi la sfida non è più solo aprire le strutture, ma renderle realmente utilizzate e valorizzarne il ruolo***
>
> *"Accanto alle indicazioni regionali, la ASL ha attivato due anni fa cabine di regia per lavorare dalla posa del primo mattone alla definizione dei modelli organizzativi. Inoltre, sono stati attivati gruppi di lavoro con i medici di medicina generale per definire concretamente come riempire di contenuti le Case della Comunità, accompagnando il percorso con momenti di confronto e contrattazione sindacale per favorire il coinvolgimento dei professionisti. Oggi la sfida non è più solo aprire le strutture, ma renderle realmente utilizzate e valorizzarne il ruolo. Il loro obiettivo principale deve essere la presa in carico proattiva della cronicità e della fragilità, attraverso il lavoro integrato tra Medici di Medicina Generale, Infermieri di Famiglia e di Comunità, specialisti e servizi territoriali"*

Il DM 77/2022 si traduce di fatto, quindi, in una *sanità territoriale in movimento*: non soltanto per l'implementazione di nuove strutture, ma per il progressivo cambiamento delle modalità di lavoro, dei confini tra professioni e responsabilità, delle forme di accesso all'assistenza e delle modalità attraverso cui la persona viene accompagnata nel proprio percorso di cura. La Casa della Comunità costituisce, in questa prospettiva, non il punto di arrivo della riforma, ma uno dei principali luoghi nei quali tale cambiamento viene concretamente realizzato e progressivamente consolidato.

Il cambiamento riguarda anche il rapporto tra domanda di assistenza e organizzazione della risposta. Il riferimento non è più soltanto alla singola prestazione, ma alla costruzione di un percorso nel quale il bisogno viene intercettato, valutato, orientato e, quando necessario, ricomposto attraverso il coinvolgimento di competenze e servizi differenti. La prossimità assume pertanto una dimensione non soltanto fisica, ma anche organizzativa e relazionale, orientata alla riduzione della frammentazione dei percorsi e alla continuità della presa in carico.

In questa logica assume particolare rilievo il Punto Unico di Accesso (PUA), quale possibile porta di ingresso al sistema territoriale e di orientamento del bisogno e per questo luogo centrale dell'integrazione sociosanitaria.

> ***Il cittadino continuava ad andare avanti e indietro. Ora, invece, c'è stato un miglioramento importante, perché viene in questa struttura fisica, in questo contenitore, e trova tutto. Viene in questa struttura fisica, in questo contenitore, e trova tutto***
>
> *"Io oggi vedo due aspetti importanti nel distretto, il primo è il PUA perché è il punto unico di accesso attraverso cui transitano tutti gli accessi, che deve avere una buona struttura di front office ma anche di back office. […] L'esempio tipico è quello del cittadino che deve fare la richiesta di assistenza domiciliare. In passato veniva al PUA, faceva la richiesta, il PUA effettuava la valutazione sanitaria con le nostre scale di valutazione, poi veniva inviato al Comune, dove veniva effettuata la valutazione sociale, e solo dopo ci si riuniva. Il cittadino continuava ad andare avanti e indietro. Ora, invece, c'è stato un miglioramento importante, perché viene in questa struttura fisica, in questo contenitore, e trova tutto. Non è necessario che vada avanti e dietro"*

Il passaggio dalla domanda alla risposta non è quindi necessariamente immediato e lineare: il bisogno può richiedere di essere interpretato, orientato e messo in relazione con un insieme di risorse professionali e organizzative. È in questa capacità di connessione che la Casa della Comunità si distingue da una concentrazione di servizi, assumendo una funzione di ricomposizione dell'offerta territoriale.

> ***L'utente, recandosi alla Casa della Comunità, può trovare un orientamento, se non una risposta immediata***
>
> *"Un'altra novità importante è che l'utente, recandosi alla Casa della Comunità, può trovare un orientamento, se non una risposta immediata, rispetto al proprio bisogno, grazie al processo di integrazione tra i servizi che avviene all'interno della struttura"*

La costruzione di questa funzione, tuttavia, non è immediata né uniforme. Alla disponibilità della struttura e dei servizi devono accompagnarsi progressivamente modalità organizzative, relazioni professionali, strumenti di coordinamento e pratiche di presa in carico coerenti con il nuovo modello. Il processo avviato dalla riforma si innesta inoltre su territori caratterizzati da punti di partenza, esperienze pregresse e disponibilità di risorse differenti.

La presenza della Casa della Comunità costituisce una condizione necessaria, ma non coincide di per sé con la piena realizzazione del modello organizzativo delineato dal DM 77/2022. Le differenze osservate possono essere interpretate come espressione di un processo di maturazione ancora in corso.

Le differenze sembrano riguardare non soltanto la quantità o la tipologia dei servizi effettivamente implementati, ma anche il diverso *grado di maturità*, vale a dire di consolidamento delle componenti organizzative, professionali e culturali del modello, che può quindi procedere con velocità differenti, anche all'interno dello stesso contesto.

> ***C'è quella che funziona meglio su alcune cose e quella che funziona meglio su altre***
>
> *"Le dico la verità: già a distanza di soli 45 giorni dall'avvio delle tre case della comunità, c'è quella che funziona meglio su alcune cose e quella che funziona meglio su altre. Ecco che allora si va a tarare e ritarare il tipo di intervento per migliorare questi aspetti"*

La diversa velocità con cui il cambiamento sta prendendo forma nei territori diventa particolarmente evidente osservando alcune componenti centrali del modello delle Case della Comunità. Le interviste ai direttori di distretto non restituiscono una contrapposizione netta tra realtà nelle quali il modello è realizzato e realtà nelle quali non lo è, quanto piuttosto una pluralità di configurazioni intermedie, nelle quali singoli elementi risultano progressivamente più definiti, strutturati e integrati.

le dimensioni analizzate, tre appaiono particolarmente utili per leggere questa dinamica:

- la partecipazione della medicina generale,
- la costruzione dell'équipe multiprofessionale e del ruolo dell'Infermiere di Famiglia o di Comunità,
- la presa in carico della cronicità e lo sviluppo della medicina di iniziativa.

1.1 Partecipazione della Medicina Generale

La medicina generale rappresenta una delle dimensioni nelle quali emerge una maggiore variabilità tra i territori. La differenza osservata non riguarda soltanto la presenza fisica dei Medici di Medicina Generale all'interno delle Case della Comunità, ma coinvolge progressivamente la disponibilità dei professionisti, la capacità di garantire gli orari previsti, la definizione delle attività da svolgere e, nei modelli più strutturati, il loro inserimento nei percorsi assistenziali e multiprofessionali della CdC.

Partecipazione della Medicina Generale nelle Case della Comunità



Figura 23. Diversi gradi di maturità della partecipazione della medicina generale nelle Case della Comunità

Nelle configurazioni ancora in fase di definizione, la partecipazione della medicina generale presenta modalità operative non ancora pienamente strutturate. In questi casi, il progressivo inserimento dei MMG nelle CdC appare legato anche alla definizione del quadro organizzativo e delle funzioni da svolgere.

> ***Una prima disponibilità da parte dei Medici di Medicina Generale, ma subordinata all'accordo regionale***
>
> *"A livello aziendale abbiamo avuto una prima disponibilità da parte dei Medici di Medicina Generale, ma subordinata all'accordo regionale. Essenzialmente il fulcro della questione riguarda la funzione che loro devono svolgere all'interno della Casa della Comunità. Vogliono discuterne a livello regionale, in modo che questa attività sia uniforme su tutta la Regione"*

In altre esperienze, il processo di coinvolgimento ha già consentito di consolidare la disponibilità dei professionisti e di organizzare una presenza continuativa all'interno della struttura.

> ***Abbiamo avuto veramente una bella risposta da parte dei medici***
>
> *"Abbiamo avuto veramente una bella risposta da parte dei medici che hanno dato disponibilità […]. Abbiamo sin da subito cominciato a parlare con questi medici, a fare degli incontri e insieme a concordare una turnistica, una presa di servizio all'interno delle Case della Comunità"*

Il percorso ha progressivamente condotto alla copertura strutturata della fascia assistenziale.

> ***Hanno dato un'adesione veramente forte***
>
> *"Hanno dato un'adesione veramente forte, h12, per cui attualmente io dal lunedì alle 8 al venerdì alle 20 ho la turnistica coperta, tenendo conto anche delle ferie"*

La maturazione della partecipazione della medicina generale non può tuttavia essere letta esclusivamente in termini di numerosità dei professionisti o di copertura oraria. Un ulteriore elemento di consolidamento riguarda la funzione assunta dai MMG e il loro inserimento in modalità organizzate di valutazione e presa in carico condivisa con le altre professionalità.

> ***Il punto di riferimento del paziente è sempre il medico di medicina generale***
>
> *"Tutti i nostri percorsi prevedono team multidisciplinari, dove il punto di riferimento del paziente è sempre il medico di medicina generale. Quindi, per esempio, se un paziente viene visitato dalla psicologa, questa poi fa una relazione al medico di medicina generale del paziente e insieme valutano i passi successivi da fare che possono essere dalla semplice somministrazione di un farmaco alla visita specialistica più approfondita. Nel team c'è sempre anche l'infermiere di comunità"*

In questa prospettiva, la partecipazione della medicina generale appare strettamente connessa alla maturazione della multiprofessionalità e della multidimensionalità della presa in carico.

1.2 Équipe multiprofessionale e ruolo dell'Infermiere di Famiglia o di Comunità

La presenza nella stessa struttura di medici, infermieri, specialisti, assistenti sociali e altri professionisti costituisce un presupposto importante, ma non coincide necessariamente con l'esistenza di un'équipe integrata. La differenza risiede soprattutto nella qualità delle relazioni, nella definizione dei rispettivi ruoli e nella presenza di modalità attraverso cui competenze differenti vengono messe in relazione intorno allo stesso bisogno assistenziale.

Équipe multiprofessionale nelle Case della Comunità

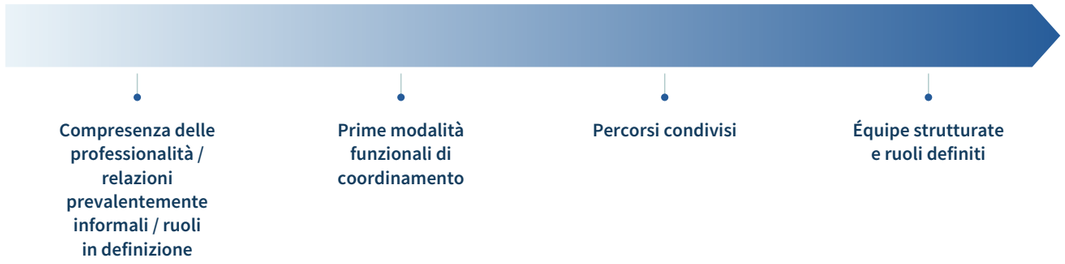


Figura 24. Diversi gradi di maturità delle Équipe multiprofessionali nelle Case della Comunità

La multiprofessionalità emerge quindi non soltanto come caratteristica della composizione delle CdC, ma come processo da costruire.

> ***Non si lavora più a compartimenti stagni***
>
> *"[…] abbiamo raggiunto l'obiettivo, il target, che era quello di mettere insieme proprio fisicamente, non solo in rete, le varie professionalità, anche con un progetto di interscambio nella formazione. Per esempio, gli Infermieri di Comunità che non avevano ancora il corso faranno a breve la formazione specifica, ma anche gli specialisti vanno messi in relazione. […]. Non deve più essere un mandarsi le carte, gli incartamenti sanitari e il paziente da un collega all'altro, ma un modo di vedere il paziente in maniera complessiva.*
>
> *Non è stato facile e non è facile portare avanti questo progetto, però c'è stata un'adesione, e col passare dei giorni, sentendo i colleghi specialisti e anche il comparto degli infermieri, hanno dimostrato soddisfazione e compiacimento in questo tipo di lavoro, perché non si lavora più a compartimenti stagni e perché in questo modo il paziente lo prendi veramente in carico: non è che il paziente vede il cardiologo e poi lo rivede dopo sei mesi o dopo un anno"*

La prossimità fisica tra professionisti rappresenta un primo elemento facilitante, ma una maggiore maturità si raggiunge con la capacità di superare la frammentazione dei singoli interventi e di costruire modalità condivise di valutazione e presa in carico.

> ***La multiprofessionalità e la multidisciplinarietà rappresentano uno degli elementi qualificanti del nostro modello organizzativo***
>
> *"Sono state favorite innanzitutto dalla prossimità logistica dei professionisti all'interno delle Case della Comunità, nate dalla trasformazione di poliambulatori già consolidati, dove diverse figure professionali erano già abituate a operare nello stesso contesto.*
> *La presenza di specialisti, infermieri e degli altri professionisti sanitari nella stessa struttura facilita il confronto quotidiano, lo scambio di competenze e la costruzione di percorsi assistenziali realmente integrati. Questo consente di rispondere in modo più efficace ai bisogni dei pazienti, soprattutto di quelli con condizioni cliniche più complesse"*

All'interno di questa trasformazione assume un ruolo fondamentale la figura dell'Infermiere di Famiglia o di Comunità (IFoC). In alcune esperienze la figura è già stata individuata, ma la piena delimitazione delle funzioni e la sua operatività risultano ancora in costruzione.

> ***L'infermiere di comunità deve fare funzioni precise a tempo pieno. La figura dell'infermiere di comunità la abbiamo prevista ma deve ancora diventare operativa***
>
> *"Per quanto riguarda la figura dell'infermiere di comunità, pure lì stiamo un pochino dialogando col dipartimento, perché da quello che ho visto anche le linee guida di recente emanazione della regione, l'infermiere di comunità è un infermiere di comunità. Non è che un infermiere possa avere due giacche da infermiere di comunità e da infermiere ADI [Assistenza Domiciliare Integrata – nda]. Questo succede perché ci sono un pochino di ristrettezze di personale che creano criticità. Parliamoci schietto, l'infermiere di comunità deve fare funzioni precise a tempo pieno. La figura dell'infermiere di comunità la abbiamo prevista ma deve ancora diventare operativa"*

In altri contesti, la specificità della funzione appare più definita e viene ricondotta esplicitamente alla gestione della complessità, alla costruzione di percorsi individualizzati e al raccordo tra i diversi nodi della rete.

> ***L'IFoC […] ha quindi fortemente una funzione di raccordo***
>
> *"Stiamo uscendo con un documento regionale che definisce le funzioni dell'IFoC. Intanto l'IFoC si occupa della complessità ed abbiamo stratificato le funzioni e l'operatività dell'infermiere, definendo che le attività ad alta standardizzazione e ad alti volumi sono eseguite dalla domiciliare in chiave più prestazionale, mentre le attività che necessitano di una grande integrazione con le altre interfacce della rete, di un lavoro più complesso e della costruzione di percorsi individualizzati attengono all'Infermiere di Famiglia o Comunità, che svolge un ruolo non solo nei confronti dell'individuo ma anche della comunità, raccordandosi ad esempio con la prevenzione, con l'ente locale, con le associazioni del territorio e con gli assistenti sociali. Ha quindi fortemente una funzione di raccordo"*

La maturazione di questa dimensione appare legata a un duplice processo. Da una parte, la multiprofessionalità tende a evolvere dalla semplice compresenza verso modalità più stabili di confronto e coordinamento; dall'altra, alcune figure professionali nuove, e in particolare l'IFoC, stanno progressivamente costruendo una propria identità operativa all'interno di questo sistema, soprattutto nella presa in carico della cronicità.

1.3 Presa in carico della cronicità e medicina di iniziativa

Alla presenza di ambulatori specialistici, attività infermieristiche e percorsi dedicati alle principali patologie croniche si affianca la necessità di sviluppare forme sempre più strutturate di presa in carico longitudinale della popolazione, fino all'adozione di modalità proattive di medicina di iniziativa.

Presa in carico della cronicità nelle Case della Comunità



Figura 25. Diversi gradi di maturità della presa in carico della cronicità nelle Case della Comunità

Il passaggio dalla disponibilità di servizi alla costruzione di veri percorsi di presa in carico viene descritto come un processo ancora in corso.

Questa parte non era abbastanza strutturata

"Stiamo lavorando sulla parte del territorio per far confluire tutti gli ambulatori che trattano le patologie ad elevata prevalenza all'interno dei nostri PDTA aziendali. L'altro aspetto che stiamo curando molto è l'integrazione tra il livello territoriale e il livello ospedaliero. Creare un'interazione costante con flusso più strutturato tra gli ambulatori della CdC e i reparti ospedalieri di cardiologia, pneumologia, diabetologia, endocrinologia, per garantire una presa in carico per livello di fabbisogno che passi dal domicilio al livello ambulatoriale della CdC e all'ospedale. Modello di presa in carico che dà continuità dell'assistenza"

Anche in contesti caratterizzati da una consolidata esperienza territoriale, il passaggio verso una medicina di iniziativa viene descritto come uno degli ambiti sui quali è ancora necessario lavorare.

Questo è il nodo forse più dolente, quello in cui siamo un po' più indietro

"Nell'ambito del progetto europeo CIRCE, Joint Action che coordina proprio AGENAS, abbiamo sperimentato i modelli di presa in carico basati sulla microéquipe, che a partire da una stratificazione e da una priorizzazione esplicita della popolazione determinano la chiamata attiva dei soggetti. Questo non è ancora sistematizzato, ma nella mia logica, riprendendo tutta l'attività di stratificazione che avevamo iniziato nel 2015 con una finalità non solo programmatoria ma di chiamata attiva, quindi di medicina di iniziativa, vorremmo, rafforzando sia i percorsi sia i protocolli, configurare all'interno della Casa della Comunità una piattaforma tecnologica e professionale per garantire la valutazione standardizzata dei soggetti, con la definizione di PAI [Piano Assistenziale Integrato – nda] il più possibile standardizzati. Un altro modello sarebbe anche quello di valorizzare i day service per i controlli"

La gestione della cronicità può fare affidamento anche su modelli territoriali costruiti già prima del DM 77/2022 e successivamente integrati nell'organizzazione delle Case della Comunità. In questi casi, la presa in carico appare maggiormente strutturata, attraverso la collaborazione tra medicina generale, professioni infermieristiche e specialisti e la programmazione del *follow-up* nel tempo.

Gli Infermieri di Famiglia o Comunità rappresentano il fulcro di questo sistema. Ricevono le segnalazioni dei Medici di Medicina Generale, convocano periodicamente i pazienti secondo un calendario programmato e ne seguono l'intero percorso assistenziale.

"Per la presa in carico dei pazienti cronici non siamo partiti con l'apertura delle Case della Comunità, ma da un percorso organizzativo avviato già diversi anni fa. Circa dieci anni fa abbiamo istituito gli Ambulatori della Salute, che rappresentano ancora oggi uno degli strumenti principali per la gestione della cronicità.
Il modello si basa sulla stretta collaborazione tra i Medici di Medicina Generale, gli Infermieri di Famiglia o Comunità e gli specialisti. […] Gli Infermieri di Famiglia o Comunità rappresentano il fulcro di questo sistema. Ricevono le segnalazioni dei Medici di Medicina Generale, convocano periodicamente i pazienti secondo un calendario programmato e ne seguono l'intero percorso assistenziale. Durante gli accessi vengono effettuati i controlli previsti dal percorso di cura […]. Al termine della valutazione, se i parametri risultano stabili e il quadro clinico è sotto controllo, il paziente prosegue il follow-up programmato sul territorio"

Il confronto tra le esperienze suggerisce quindi che la maturazione della presa in carico della cronicità possa essere letta attraverso il passaggio da una logica prevalentemente centrata sull'erogazione della prestazione o sull'attivazione del percorso a seguito della domanda, verso modalità nelle quali il sistema assume una responsabilità maggiormente continuativa sul paziente. Tale evoluzione richiede che la presa in carico non rimanga circoscritta alle professionalità presenti all'interno della Casa della Comunità, ma si sviluppi attraverso il raccordo con gli altri servizi, con l'assistenza domiciliare, con il livello ospedaliero e, più in generale, con i diversi attori coinvolti nel percorso assistenziale.

2. Una nuova rete di relazioni

Se la trasformazione degli assetti dell'assistenza territoriale sanitaria e sociosanitaria riguarda l'ossatura del nuovo modello, la costruzione di una nuova rete di relazioni ne rappresenta uno dei tratti costitutivi più profondi. Il cambiamento introdotto dal DM 77/2022 non riguarda infatti soltanto la collocazione di nuovi servizi, ma anche il modo in cui i diversi attori dell'assistenza territoriale entrano in rapporto tra loro. La Casa della Comunità può essere interpretata, in questa prospettiva, non soltanto come uno spazio nel quale convergono professionisti e servizi, ma come un nodo della rete territoriale, capace di favorire sia la collaborazione tra le diverse professionalità che vi operano al suo interno, sia il raccordo con l'esterno: i Comuni, i servizi sociali, l'ospedale, il terzo settore e, più in generale, gli attori della comunità.

L'integrazione sociosanitaria non coincide con la semplice presenza, nello stesso territorio, di soggetti con ruoli e funzioni differenti, né si esaurisce nella definizione formale di accordi e procedure. Essa richiede modalità di raccordo attraverso cui competenze, informazioni e responsabilità possano essere messe in relazione intorno ai bisogni della persona, favorendo la continuità del percorso assistenziale. Questa logica trova una prima traduzione organizzativa nella costruzione delle équipe multiprofessionali prevista dal DM 77/2022, nelle quali la compresenza di professionalità differenti acquista significato quando si traduce in confronto, coordinamento e costruzione condivisa dei percorsi di assistenza.

Le esperienze raccolte mostrano tuttavia configurazioni differenti. In alcuni territori, i rapporti tra i diversi soggetti rimangono circoscritti a singole attività o specifiche situazioni assistenziali; in altri, risultano maggiormente integrati nei processi ordinari di programmazione, accesso e presa in carico.

Il rapporto tra servizi sanitari, servizi sociali, Comuni e soggetti della comunità locale rappresenta una delle espressioni più evidenti di questa integrazione. In alcune realtà la collaborazione istituzionale è già consolidata, ma non ancora pienamente integrata nel funzionamento delle Case della Comunità.

Una maggiore condivisione tra sociale e sanitario anche all'interno delle Case della Comunità

"Devo dire che con i piani di zona si sono costruiti rapporti solidi con i Comuni […] Abbiamo già attivato, dalla stesura dello scorso piano, un rapporto di collaborazione molto stretto con le Comunità montane e il Consorzio provinciale: i Comuni hanno davvero partecipato con noi nella condivisione degli assi di intervento del piano di zona, e ora che dovremo realizzare il piano per il prossimo triennio metteremo a frutto questa fiducia già acquisita in passato […] Una cosa che chiederò in quel tavolo è che ci sia una maggiore condivisione tra sociale e sanitario anche all'interno delle Case della Comunità: uno spazio, anche logistico, di presenza fisica del terzo settore e delle espressioni dei Comuni"

In altri contesti, l'integrazione sanitaria e sociale si fonda invece su modelli organizzativi nei quali i diversi soggetti condividono stabilmente funzioni, responsabilità e strumenti di programmazione. Il Punto Unico di Accesso (PUA) rappresenta uno degli snodi attraverso cui questa relazione può concretizzarsi, ricomponendo in un unico punto la risposta ai bisogni sanitari e sociali e riducendo, per il cittadino, la necessità di attraversare percorsi separati.

Ha potenziato ulteriormente i PUA sociali presenti sul territorio, senza sostituirli

"Sul territorio ci sono già i PUA sociali. In ogni Comune, i servizi sociali hanno già i loro sportelli, un punto di accesso in cui il cittadino va ad esprimere un bisogno sociale (es. contributo casa) o un bisogno sociale e sanitario. Quindi l'assistente sociale del PUA sociale del singolo Comune si raccorda con l'assistente sociale del PUA integrato della Casa della Comunità. Il PUA integrato della CdC ha potenziato ulteriormente i PUA sociali presenti sul territorio, senza sostituirli"

Non sempre i rapporti con i Comuni sono completamente strutturati. Le modalità organizzative e l'inserimento delle professionalità necessarie sono in corso di definizione, mentre le attività svolte congiuntamente rimangono ancora limitate a specifici ambiti.

> ***Per quanto riguarda i rapporti con i Comuni […], non ci sono ancora attività specifiche legate alla Casa della Comunità***
>
> *"Per quanto riguarda i rapporti con i Comuni, al momento l'unica attività condivisa riguarda il Fondo Non Autosufficienza; a parte questo, non ci sono ancora attività specifiche legate alla Casa della Comunità"*

In alcune realtà maggiormente strutturate, invece, la relazione tra componente sanitaria e sociale appare incorporata in un assetto istituzionale più stabile, risaldato da raccordi tra le varie componenti del sociosanitario fondati su obiettivi condivisi e mutuo riconoscimento, nel quale il distretto rappresenta il perimetro in cui tali interventi si articolano e prendono forma.

> ***Si attiva una presa in carico integrata***
>
> *"La collaborazione con i Comuni del territorio si sviluppa principalmente attraverso il Comitato dei Sindaci, che rappresenta il luogo istituzionale in cui condividiamo scelte, programmazione e comunicazioni relative ai nuovi percorsi assistenziali. Un secondo elemento fondamentale è rappresentato dall'integrazione con l'ente gestore dei servizi socioassistenziali, che nel nostro territorio coincide con il distretto. Attraverso la convenzione in essere vengono gestiti diversi ambiti di integrazione socio-sanitaria, tra cui i Punti Unici di Accesso, le Unità di Valutazione, la presa in carico di persone anziane, disabili, minori e gli interventi domiciliari [...] Quando questa rete non è sufficiente, viene attivato il supporto sociale [...] si attiva una presa in carico integrata: l'ASL garantisce gli interventi sanitari attraverso infermieri, medici e fisioterapisti, mentre il sistema sociale contribuisce con gli interventi assistenziali domiciliari, con una compartecipazione economica tra ASL, Consorzio e Comuni"*

La relazione non si esaurisce nella collaborazione tra servizi, ma diventa parte dell'assetto istituzionale attraverso cui il territorio programma e gestisce gli interventi. L'integrazione si sposta dal piano della collaborazione su singole attività a quello della condivisione di professionalità, strumenti e processi decisionali.

La stessa evoluzione può essere osservata nel rapporto con il terzo settore e, in generale, con la comunità civile organizzata. Le esperienze mostrano modalità differenti di costruzione della relazione: dalla collaborazione occasionale o dalla disponibilità di spazi,

> ***Per quanto riguarda il volontariato e il terzo settore siamo ancora in una fase iniziale***
>
> "Al momento c'è più una condivisione che un ruolo realmente attivo"

fino a forme nelle quali i soggetti della comunità vengono coinvolti nei processi di programmazione e progettazione.

> ***Il terzo settore è tra gli organi del consorzio non un semplice partecipante***
>
> *"È presente nella Casa della Comunità attraverso questo meccanismo collaborativo di partecipazione. Proprio ieri [rispetto alla data dell'intervista - nda] ho condotto il primo incontro di co-programmazione con gli enti del terzo settore e altri enti, per programmare in maniera più stabile la presenza della comunità all'interno delle Case della Comunità. Abbiamo immaginato un percorso con altri tre incontri di co-programmazione, finalizzati a rilevare bisogni, obiettivi e modalità, come previsto dai percorsi di amministrazione condivisa, per poi passare alla co-progettazione e arrivare a una presenza stabile della comunità nella Casa"*

La partecipazione della comunità introduce una dimensione ulteriore dell'integrazione: il coinvolgimento di attori esterni al sistema sanitario nella definizione delle risposte ai bisogni del territorio. È in questo passaggio che la comunità cessa di essere soltanto il contesto nel quale i servizi operano e diventa uno degli interlocutori con cui l'assistenza territoriale costruisce le proprie risposte.

Questa dimensione modifica anche il significato della presa in carico multidimensionale. Quando sanitario e sociale vengono ricondotti all'interno di uno stesso circuito relazionale e organizzativo, la risposta non è costruita soltanto sul problema clinico, ma può comprendere le condizioni familiari, assistenziali e sociali che incidono sul percorso di cura della persona. In questo quadro, PUA e UVM (Unità di Valutazione Multidimensionale) assumono una funzione di raccordo tra soggetti differenti e possono contribuire a ricomporre bisogni e competenze all'interno di un percorso unitario. L'integrazione, in altri termini, si concretizza nella capacità di connettere servizi e competenze differenti intorno al bisogno specifico della persona, integrando la dimensione sanitaria e quella sociale.

Il tessuto delle relazioni non si esaurisce tuttavia entro il perimetro della Casa della Comunità. La capacità di integrazione si estende alle altre articolazioni delle aziende sanitarie e degli Ospedali. In particolare, tra i servizi delle aziende sanitarie, il rapporto con il dipartimento di salute mentale e con il dipartimento di prevenzione mostra livelli differenti di strutturazione. In alcuni contesti la relazione con questi dipartimenti appare articolata su più piani, sostenuta da protocolli operativi, presenza regolare e meccanismi di consulenza definiti all'interno dei percorsi di valutazione multidimensionale.

> ***Noi siamo collegati sia con il dipartimento di salute mentale sia con il dipartimento di prevenzione***
>
> *"Con la salute mentale, a volte vengono chiamati nelle UVI [Unità di Valutazione Integrata – nda] quando il problema è anche psichiatrico […] Ci sono poi le consulenze della salute mentale, delle UOSM [Unità Operativa di Salute Mentale – nda], che vengono coinvolte nell'ambito delle nostre unità di valutazione quando il paziente necessita di assistenza psichiatrica. Con il dipartimento di prevenzione stavamo ragionando proprio in questi giorni per fare delle campagne di prevenzione […] insieme al SEP, il servizio di epidemiologia del dipartimento di prevenzione, vogliamo portare questa campagna nella casa di comunità, perché quando la fanno i medici di medicina generale e i pediatri di libera scelta l'offerta è più capillare"*

Entrambi i dipartimenti sono coinvolti non episodicamente, ma attraverso procedure riconosciute: convocazione nelle UVI per la salute mentale, co-progettazione di campagne di *screening* e vaccinazione per la prevenzione, che li rendono parte del funzionamento ordinario della Casa della Comunità. In altre esperienze, invece, la relazione con i due dipartimenti appare più asimmetrica e meno consolidata.

> ***Senza però un collegamento diretto con la salute mentale in senso stretto***
>
> *"A questo si aggiunge lo psicologo di comunità, che opera nell'ambito della psicologia clinica generale, senza però un collegamento diretto con la salute mentale in senso stretto. Il dipartimento di prevenzione svolge le funzioni di vaccinazione e screening in tutte le Case della Comunità. Su questo fronte ho anche un rapporto diretto, perché sono io stesso, con un altro "cappello", il direttore del dipartimento di prevenzione"*

La differenza tra le due relazioni mostra come l'integrazione con i dipartimenti delle aziende sanitarie non proceda in modo uniforme, ma dipenda dalla storia organizzativa, dalle risorse disponibili e dalle relazioni professionali già consolidate con ciascun servizio.

Nel rapporto tra Casa della Comunità e Ospedale la variabile rilevante non è semplicemente l'esistenza di un collegamento, ma il grado in cui tale nesso si traduce in canali di relazione riconoscibili, stabili e utilizzabili nei diversi momenti del percorso assistenziale, a partire dalle transizioni tra ricovero/dimissioni e territorio.

> ***Il collegamento con l'ospedale è filtrato dalla COT: non abbiamo collegamenti diretti***
>
> *"Le connessioni con gli altri servizi avvengono attraverso i professionisti oppure attraverso i punti di accesso […] Per le situazioni più complesse in dimissione dall'ospedale viene interpellata la COT (Centrale Operativa Territoriale-nda), che mette in connessione i vari servizi, anche se, verso la Casa della Comunità in senso stretto, questo canale non si è ancora attivato nella pratica: chi indirizza più spesso i pazienti verso la Casa della Comunità è il numero 116-117 […] Il collegamento con l'ospedale è filtrato dalla COT: non abbiamo collegamenti diretti"*

In questa esperienza la relazione tra ospedale e territorio è quindi presente, ma assume una configurazione prevalentemente mediata, nella quale la COT svolge una funzione di raccordo tra nodi che non dispongono ancora di un'interlocuzione diretta e strutturata: «*verso la Casa della Comunità in senso stretto, questo canale non si è ancora attivato nella pratica*». In altri contesti, invece, la relazione con l'ospedale appare articolata su più livelli, intrecciando programmazione, monitoraggio, gestione delle transizioni e comunicazione tra professionisti:

> ***Con l'ospedale [...] l'interazione più rilevante avviene attraverso la medicina specialistica***
>
> *"nella programmazione annuale e nella costruzione delle agende, così come nell'analisi del bisogno, sono coinvolti i capi dipartimento […] C'è anche un canale di ritorno dall'ospedale; gli specialisti analizzano i dati delle prestazioni erogate per divisione e ci segnalano variazioni nell'andamento delle prime visite rispetto ai controlli in una determinata Casa della Comunità. Un vero e proprio doppio canale di feedback. Un altro passaggio fondamentale è quello della COT […] Abbiamo un servizio molto ben strutturato di dimissioni protette, collegato alla COT, che effettua un'analisi di tutti i pazienti ricoverati fin dal momento del ricovero, per individuare precocemente chi potrebbe avere necessità di una dimissione protetta e di assistenza territoriale […] È sempre la COT a gestire questo tipo di transizione verso la rete territoriale. Per le richieste di consulto specialistico da parte dei medici delle Case della Comunità, disponiamo di una piattaforma di telemedicina, con agende dedicate e slot prenotabili per il teleconsulto tra medico di medicina generale […] e specialista ospedaliero"*

In questo secondo caso la relazione si articola attraverso una pluralità di canali: la programmazione condivisa, il *feedback* tra ospedale e territorio, la gestione delle dimissioni protette e il teleconsulto tra professionisti. La COT emerge così come uno degli snodi attraverso cui può essere garantita continuità nei momenti in cui il percorso rischia maggiormente di frammentarsi. Anche il 116-117 può rappresentare, dove attivo, un ulteriore punto di accesso e orientamento all'interno della rete.

Quanto più la rete degli attori si amplia tanto più emerge la necessità di condividere le informazioni lungo la trama delle relazioni. La presa in carico coinvolge infatti professionisti sanitari, servizi sociali, MMG, COT, specialisti ospedalieri e altri soggetti territoriali, rendendo la continuità organizzativa sempre più dipendente dalla possibilità che le informazioni prodotte nei diversi *setting* siano accessibili e utilizzabili. La relazione, per essere realmente operativa, richiede infrastrutture capaci di sostenerla: la rete organizzativa ha bisogno di una rete informativa. È in questo punto che la dimensione relazionale dell'integrazione incontra quella tecnologica e informativa, aprendo alla questione dell'interoperabilità dei sistemi e della capacità delle informazioni di circolare tra i diversi.

Nella possibilità di costruire, mantenere e rendere operative queste relazioni emergono, tuttavia, alcuni dei punti di maggiore complessità del processo di riforma: confini organizzativi e professionali, disponibilità di risorse, capacità di coordinamento e condivisione delle informazioni possono infatti facilitare oppure ostacolare l'attuazione del DM 77/2022. Sono queste condizioni a introdurre le principali criticità che accompagnano la riforma.

3. Le principali criticità da affrontare per la piena operatività del modello

Il processo di implementazione delle Case della Comunità richiede alcune condizioni organizzative e infrastrutturali che ne rendano possibile la continuità nel tempo. È proprio su questo terreno che emergono alcune criticità, presenti con intensità differenti nei territori analizzati, ma accomunate dalla capacità di condizionare il modo e la velocità con cui il nuovo modello può maturare e consolidarsi. Tre dimensioni emergono con evidenza:

- la disponibilità di personale;
- la capacità dei sistemi informativi di far circolare le informazioni tra i diversi nodi della rete;
- la disponibilità di strumenti di monitoraggio in grado di accompagnare e rendere leggibile nel tempo il processo di trasformazione innescato dalla riforma.

La disponibilità di personale, in particolare medico e infermieristico, è un problema richiamato con insistenza dagli intervistati e che assume una particolare rilevanza nei distretti delle aree interne, dove le difficoltà di spostamento, la minore attrattività di alcuni contesti periferici e la carenza di specialisti disponibili si sovrappongono alle più generali difficoltà di reperimento del personale.

> ***La difficoltà c'è anche a spostare il personale sulle aree interne***
>
> *"Vi è la carenza di personale medico, perché abbiamo difficoltà a reperire i medici di medicina generale per la continuità assistenziale. La difficoltà c'è anche a spostare il personale sulle aree interne"*

La dimensione territoriale della criticità emerge anche nella necessità di disporre di conoscenze adeguate a orientare le scelte organizzative soprattutto in un contesto dove la carenza di personale è caratterizzante.

> ***Informazioni che non siano solo dati o numeri, ma che possano essere lette, interpretate e utilizzate***
>
> *"Ritengo importante poter disporre di informazioni che non siano solo dati o numeri, ma che possano essere lette, interpretate e utilizzate per programmare la riforma e migliorare la programmazione delle attività. Questo è particolarmente rilevante in un contesto caratterizzato dalla carenza di personale, una criticità che nella realtà della mia Regione si avverte ancora di più per le caratteristiche del territorio e delle difficoltà di spostamento"*

Alla distribuzione territoriale delle risorse si affianca il tema del ricambio generazionale, particolarmente evidente nel comparto infermieristico.

> ***Sul fronte infermieristico definirei la situazione una vera crisi***
>
> *"La criticità più importante è la carenza di personale, in particolare infermieristico, ma non solo: cominciamo ad avere difficoltà significative anche con gli assistenti sociali e con il personale medico. Sul fronte infermieristico definirei la situazione una vera crisi, senza margini di recupero facile […] Se questo problema non viene affrontato seriamente, rischiamo di aver "riempito" le Case della Comunità di servizi, ma di doverle progressivamente svuotare per mancanza di personale, con il pensionamento delle generazioni attualmente in servizio e nessun ricambio pronto. Un esempio concreto: l'intero Ospedale di Comunità […] è gestito tramite una cooperativa esterna, essendo impossibile aprirlo con personale interno"*

Le testimonianze evidenziano quindi una criticità che non riguarda soltanto il numero complessivo dei professionisti disponibili, ma anche la loro distribuzione sul territorio, la possibilità di garantirne la permanenza nei diversi contesti e la sostenibilità del ricambio nel tempo. A questi elementi si aggiunge il tema dell'attrattività di alcuni ambiti professionali e assistenziali, che può incidere ulteriormente sulla capacità di reperire e mantenere le risorse necessarie, soprattutto nei servizi rivolti alla fragilità e alla popolazione anziana.

Un limitato riconoscimento sociale di queste professioni

"Un ulteriore elemento di difficoltà riguarda la disponibilità di professionisti dedicati all'assistenza degli anziani. La carenza di personale è legata anche a un limitato riconoscimento sociale di queste professioni e a livelli retributivi che non sempre rendono attrattivo questo ambito lavorativo. La presenza di numerose strutture residenziali di piccole dimensioni ha il vantaggio di permettere agli anziani di rimanere vicini al proprio contesto di vita e alla propria comunità, ma allo stesso tempo rende più complesso beneficiare di economie di scala e attrarre investimenti"

Una seconda dimensione critica riguarda i sistemi informativi, che costituiscono l'infrastruttura attraverso cui le diverse componenti della rete possono condividere informazioni e mantenere una continuità nel percorso assistenziale. Quanto più la presa in carico coinvolge soggetti, servizi e professionalità differenti, tanto più la possibilità che i sistemi informativi dialoghino tra loro diventa una condizione essenziale per rendere effettiva quella connessione tra gli attori e i servizi descritta in precedenza. Le interviste mostrano tuttavia come, su questo fronte, persistano difficoltà significative e come l'interoperabilità rappresenti ancora, in molti contesti, un obiettivo da raggiungere. Spesso la molteplicità di applicativi differenti non coincide con la disponibilità di un ambiente informativo condiviso.

Il problema principale è la totale assenza di interoperabilità tra i diversi sistemi

"Va segnalata anche una criticità trasversale legata all'informatica territoriale: disponiamo di moltissimi software, probabilmente la Regione con più software in assoluto, ma il problema principale è la totale assenza di interoperabilità tra i diversi sistemi"

La presenza di sistemi distinti, associati a differenti professionisti e servizi, rischia infatti di mantenere separate informazioni che appartengono allo stesso percorso assistenziale, rendendo più complesso ricostruirne l'insieme e seguire il passaggio della persona tra i diversi nodi della rete.

La difficoltà assume anche una dimensione organizzativa e di *governance*, come emerge dalla testimonianza di un Direttore che segnala l'assenza, al momento dell'intervista, di un tavolo dedicato all'implementazione dei diversi *software* gestionali e alla definizione delle condizioni necessarie per garantirne l'interoperabilità.

Un'altra criticità è l'interoperabilità tra sistemi. […]Ancora non è stato attivato il tavolo per l'organizzazione dei gestionali

"Un'altra criticità è l'interoperabilità tra sistemi. Io avevo fatto una proposta al mio ufficio tecnico informatico che, a tutti i medici che usano quel gestionale, fosse garantita l'interoperabilità. Ancora non è stato attivato il tavolo per l'organizzazione dei gestionali. L'accordo integrativo regionale ha lasciato la porta aperta. È molto importante perché sennò l'interoperabilità non ci sarà mai e viene meno quella continuità assistenziale che noi dobbiamo garantire in base al DM 77"

La criticità non è esclusivamente tecnologica. L'interoperabilità richiede infatti anche scelte organizzative, accordi tra gli attori coinvolti e una capacità di coordinamento che permetta di superare la pluralità dei sistemi e ricondurla a una logica comune. In assenza di tale connessione, la circolazione delle informazioni rimane legata alla capacità dei singoli professionisti di ricostruire manualmente ciò che è stato prodotto in altri servizi e contesti, rendendo più difficile quella visione d'insieme del percorso assistenziale che costituisce uno degli obiettivi della riforma.

In questa prospettiva, l'interoperabilità dei sistemi informativi rappresenta una condizione abilitante della stessa trama relazionale costruita intorno alla Casa della Comunità. Se la relazione consentisse di mettere in connessione professionalità, servizi e responsabilità, il sistema informativo dovrebbe rendere possibile anche la circolazione delle informazioni necessarie a strutturare tale connessione nel tempo. La difficoltà non riguarda dunque soltanto il funzionamento dei singoli strumenti, ma la possibilità di trasformare una pluralità di sistemi informativi in un'infrastruttura capace di accompagnare, all'interno di un unico ambiente informativo, il percorso della persona attraverso la rete territoriale.

Una terza dimensione critica riguarda, infine, la possibilità di osservare e valutare ciò che le Case della Comunità stanno progressivamente producendo. Se la riforma introduce un modello organizzativo che non può essere letto soltanto attraverso la presenza fisica delle strutture, diventa allora necessario disporre di strumenti capaci di seguirne nel tempo l'evoluzione, le attività e gli effetti sul territorio. Le interviste segnalano tuttavia come proprio questo rappresenti, in diversi contesti, uno degli ambiti ancora meno strutturati.

Sul fronte degli indicatori, questa è la parte più debole del nostro percorso

"stiamo avviando, insieme alla Regione, gruppi di lavoro sulla partecipazione e sulle relative modalità, comprensivi anche della definizione di indicatori, ma non abbiamo ancora un sistema strutturato e condiviso. Esistono singoli progetti con propri indicatori specifici, ma nel complesso, come sistema, non abbiamo ancora maturato un lavoro strutturato di indicatori […] sarebbe proprio un ambito in cui un supporto di AGENAS, per sviluppare strumenti di monitoraggio dell'impatto del nostro lavoro, sarebbe estremamente utile"

Rimane diffusa la percezione di una difficoltà nel disporre di uno strumento capace di restituire in modo continuativo e comparabile il ruolo, l'impatto e l'evoluzione delle Case della Comunità e, soprattutto, la loro capacità di incidere sull'organizzazione dell'assistenza territoriale.

Il tema del monitoraggio assume quindi un significato che supera la misurazione dei volumi di attività. Accanto agli indicatori relativi alla presenza dei servizi, agli operatori o agli accessi, la progressiva maturazione delle Case della Comunità pone la necessità di osservare anche la continuità dei percorsi, le modalità di collaborazione tra professionisti, la presa in carico e l'integrazione tra i diversi nodi della rete.

Le criticità emerse riguardano dunque dimensioni differenti ma strettamente connesse: la disponibilità delle persone necessarie al funzionamento del modello, la capacità di far circolare le informazioni lungo la rete e la possibilità di osservare nel tempo gli effetti della trasformazione. Più che elementi accessori, esse rappresentano condizioni che possono incidere sulla capacità delle Case della Comunità di consolidare il proprio ruolo all'interno dell'assistenza territoriale.

Da questo punto di vista, la nuova configurazione dei servizi prevista dal DM 77 e la trama di relazioni che la rende pienamente operativa non possono essere considerate come esiti già acquisiti con la mera attivazione delle strutture. Sono piuttosto il risultato di un processo attualmente in corso in tutte le Regioni, con gradi di maturità differenti, e che richiede di essere continuamente sostenuto, alimentato e reso leggibile. La disponibilità di professionisti, la capacità dei sistemi informativi di accompagnare i percorsi e l'esistenza di strumenti di monitoraggio adeguati rappresentano condizioni necessarie attraverso cui la trasformazione può prendere forma concreta.

4. Un'aria di cambiamento

Accanto alle tante criticità che le aziende sanitarie e i direttori di distretto stanno cercando di superare per dare piena attuazione al DM 77/2022, emerge un dato di particolare interesse e significato, vale a dire il modo in cui il cambiamento viene percepito e vissuto da chi è stato direttamente coinvolto nella sua realizzazione.

Le interviste restituiscono infatti una diffusa consapevolezza da parte degli interlocutori della portata della trasformazione avviata e della necessità di proseguirne il percorso.

Uno degli elementi di maggiore convergenza riguarda proprio il significato attribuito alla Casa della Comunità. Al di là delle differenti configurazioni organizzative osservate, ricorre la dichiarazione che la nuova struttura non possa essere ricondotta a una semplice ridenominazione delle configurazioni precedenti.

> ***Non è un poliambulatorio, ma è un modello diverso***
>
> *"La nostra più grande sfida è far capire che la Casa della Comunità non è un poliambulatorio, ma è un modello diverso"*

A questa consapevolezza si affianca anche il riconoscimento della necessità di declinare il modello in relazione alle caratteristiche dei diversi territori. Le differenze demografiche, geografiche e organizzative possono infatti rendere non uniforme la configurazione delle Case della Comunità e le modalità attraverso cui le diverse componenti previste dalla riforma vengono concretamente integrate.

> ***Le Case della Comunità non sono uguali dappertutto***
>
> *"Le Case della Comunità non sono uguali dappertutto, e quindi anche la partecipazione dei medici di medicina generale non è uguale dappertutto, così come l'équipe multiprofessionale. Apprezzo moltissimo il documento che avete elaborato sull'équipe multiprofessionale, ma sottende una visione di Casa della Comunità in cui il medico di medicina generale svolge la sua attività a ciclo di scelta dentro la Casa della Comunità e fa équipe con gli altri soggetti per i propri assistiti. Questo è possibile nelle Case della Comunità di aree rurali, in luoghi in cui la struttura è il riferimento per tutta una comunità, e lì esaurisce la sua funzione: tutti i medici di quel comune sono lì dentro. In una città ad alta densità abitativa questo non è pensabile"*

Il processo di implementazione delle Case della Comunità ha visto un investimento diretto dei direttori di distretto. La realizzazione delle CdC viene descritta non soltanto come un adempimento organizzativo, ma come un percorso che ha richiesto partecipazione personale, capacità di mediazione e costruzione quotidiana di soluzioni. Tale coinvolgimento emerge con particolare evidenza nelle parole di chi ha seguito direttamente le diverse fasi di implementazione.

> ***Questo progetto, questo percorso, forse anche per il ruolo che rivesto, l'ho fatto mio, cioè l'ho fatto veramente col cuore. […] E' stato davvero un lavoro di squadra***
>
> *"Io personalmente non lo so se traspare dall'intervista, questo progetto, questo percorso forse anche per il ruolo che rivesto, l'ho fatto mio, cioè l'ho fatto veramente col cuore. È stato molto impegnativo da parte mia, e anche da parte della direzione che l'ha sempre supportato, il direttore ha fatto riunioni di continuo. Ogni settimana ci incontravamo con i tecnici per capire lo stato di avanzamento lavori, con gli acquisti che ci hanno comprato i mobili, con l'ingegneria clinica per le apparecchiature, ci siamo sentiti continuamente. È stato davvero un lavoro di squadra"*

Quanto rimane ancora da costruire convive con la percezione che il processo abbia già prodotto un cambiamento nelle organizzazioni e nelle professionalità coinvolte. L'attuazione della riforma sembra quindi assumere anche i caratteri di un processo di apprendimento organizzativo, nel quale la sperimentazione di nuove modalità di lavoro contribuisce progressivamente a modificarne la percezione e a consolidare nuove competenze.

> ***Non siamo più quelli di 3 anni fa***
>
> *"Sono molto soddisfatta. Abbiamo centrato l'obiettivo non solo formalmente ma nella sostanza. Siamo cresciuti professionalmente. Non siamo più quelli di 3 anni fa, i servizi sono migliorati, potenziati. Sono molto contenta e per me il DM 77 è stato un grande driver importante"*

Lo stesso processo viene descritto attraverso il passaggio da una iniziale posizione di maggiore cautela alla constatazione della possibilità concreta di realizzare il cambiamento.

> ***Il cambiamento necessita di un cambiamento culturale***
>
> *"prima negli operatori e nei medici, e questo richiede tempi lunghi, però bisogna anche partire, e quindi avere delle scadenze è anche giusto, altrimenti non si progredisce. Ero più scettica prima di farlo; facendolo, ho notato che è possibile, ed è possibile anche fare meglio, dare servizi migliori, almeno provarci"*

Il clima è quindi caratterizzato da una tensione tra la consapevolezza delle difficoltà ancora presenti e la volontà di proseguire nella costruzione del nuovo modello. Le richieste formulate guardando alle fasi successive dell'attuazione riguardano infatti non soltanto risorse o ulteriori interventi strutturali, ma anche formazione, possibilità di confronto, diffusione delle esperienze, monitoraggio e disponibilità di riferimenti capaci di sostenere il processo di cambiamento. La formazione viene richiamata sia come acquisizione di competenze tecniche sia come strumento attraverso cui costruire una visione condivisa del funzionamento della Casa della Comunità e dei nuovi ruoli richiesti ai professionisti.

> ***Stiamo inoltre realizzando un corso di formazione ad hoc sulle CdC […] per iniziare a costruire una visione d'insieme***
>
> *"con interventi per ogni linea di attività, per capire chi fa cosa, come, quanto, per iniziare a costruire una visione di insieme"*

Parallelamente, emerge l'esigenza di mantenere attivi il confronto e il monitoraggio anche dopo la fase iniziale di implementazione, affinché le esperienze maturate possano essere condivise e utilizzate per accompagnare il progressivo consolidamento del modello.

> ***Tenere vivo quanto si è fatto finora***
>
> *"Mantenere il monitoraggio. La presenza di AGENAS è stimolante. Partecipare a gruppi di lavoro, gruppi di ricerca, community. Tenere vivo quanto si è fatto finora"*

La richiesta che emerge non sembra quindi orientata a ridimensionare il cambiamento avviato, quanto piuttosto a disporre delle condizioni necessarie per sostenerlo e consolidarlo. Le Case della Comunità appaiono ancora come un modello in evoluzione, ma il percorso compiuto sembra aver contribuito a rafforzare la consapevolezza che la trasformazione richiesta dal DM 77/2022 non riguardi soltanto l'apertura di nuovi luoghi di assistenza, bensì la costruzione di un diverso modo di organizzare il territorio e di assumere la responsabilità dei bisogni della popolazione.

Nel confronto tra i territori ciò che traspare non è la distanza tra chi ha realizzato il modello e chi non lo ha fatto, ma piuttosto la pluralità di percorsi attraverso cui la stessa riforma trova declinazioni differenti, ciascuna coerente con la storia, le risorse e le condizioni di partenza del proprio contesto. Questa eterogeneità non va letta come un limite del processo, ma come la fisiologica traduzione locale di un cambiamento che, per sua natura, non può essere imposto in modo uniforme dall'alto.

Il territorio descritto in queste pagine non è, dunque, un territorio che ha concluso la propria trasformazione, ma un territorio che si sta trasformando, con tempi e modalità proprie di ciascun contesto. Sostenere questo processo — con personale, strumenti informativi, capacità di monitoraggio, formazione e continuità di accompagnamento — significa consolidare un cambiamento che ha già dimostrato di poter incidere concretamente sulla qualità dell'assistenza territoriale. Le Case della Comunità non sono, in questa prospettiva, il punto di arrivo della riforma: sono la piattaforma da cui la riforma continua a muoversi.

Conclusioni.
La riforma passo dopo passo

Il percorso di riforma dell'assistenza territoriale in Italia prende avvio nel biennio 2021-2022, prima con l'approvazione del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza e poi, nel maggio 2022, con l'adozione del DM 77/2022, che – coerentemente con la Missione 6 del PNRR – ha definito nuovi modelli e standard nazionali della rete dei servizi territoriali.

Questo momento di avvio vede, alla fine di maggio 2022, la stipula dei Contratti Istituzionali di Sviluppo tra il Ministero della Salute e le 21 Regioni e Province Autonome. I CIS, previsti nell'ambito della Missione 6 Salute e definiti sulla base dello schema approvato in Conferenza Stato-Regioni il 30 marzo 2022, comprendono i piani operativi regionali, i cronoprogrammi degli interventi, l'individuazione dei referenti e gli impegni delle parti. Si definisce così il quadro entro cui si dà inizio alla realizzazione degli interventi previsti sul territorio nazionale.

AGENAS accompagna questo percorso fin dalle prime fasi. A partire dal secondo semestre 2022 viene avviato il monitoraggio semestrale previsto dal DM 77/2022, che evolve parallelamente all'attuazione della riforma: inizialmente rivolto agli atti programmatori e organizzativi, successivamente all'implementazione delle strutture e, progressivamente, alla verifica del grado di attuazione degli standard previsti dal Decreto Ministeriale.

Le prime due fasi riguardano soprattutto la definizione del quadro programmatorio e normativo regionale. Nella Fase 1 (II semestre 2022), tutte le Regioni e Province Autonome adottano l'atto di programmazione territoriale. A questo si affiancano ulteriori adempimenti funzionali all'attuazione del nuovo modello, tra cui l'atto di programmazione relativo alle forme organizzative della medicina generale previsto dall'art. 8 dell'ACN, il piano dei fabbisogni di personale per le nuove strutture, la valutazione del fabbisogno di Infermieri di Famiglia o Comunità, il piano di formazione continua e interprofessionale e il sistema di autorizzazione e accreditamento per l'assistenza domiciliare. Nella Fase 2 (I semestre 2023), il quadro regionale viene ulteriormente integrato con nuovi adempimenti, tra cui il piano di potenziamento delle cure palliative e i primi indirizzi per la partecipazione della comunità.

A partire dalla Fase 3 (II semestre 2023), il monitoraggio si estende progressivamente all' implementazione delle strutture. Vengono rilevate le prime Case della Comunità, Centrali Operative Territoriali e Ospedali di Comunità. Parallelamente prosegue il percorso di definizione normativa e organizzativa, con l'aggiornamento del flusso informativo STS.11 per tali strutture e l'adozione, in alcune Regioni, di indirizzi per l'integrazione sociosanitaria.

Nella Fase 4 (I semestre 2024) cresce il numero delle strutture rilevate, vengono censite le prime Centrali Operative NEA 116117 e vengono adottate le prime linee di indirizzo relative alle Centrali Operative Territoriali; nello stesso periodo si amplia, inoltre, la diffusione dei percorsi formativi rivolti agli IFoC. Nella Fase 5 (II semestre 2024) viene superato il target europeo relativo alle COT e compaiono i primi Accordi Integrativi Regionali per i medici del Ruolo Unico dell'Assistenza Primaria, insieme alle prime linee di indirizzo sulle Case e sugli Ospedali di Comunità. Nella Fase 6 (I semestre 2025) gli AIR risultano adottati in sette Regioni e Province Autonome e prosegue il completamento degli adempimenti relativi all'accreditamento dell'assistenza domiciliare e alle cure palliative domiciliari. Nella Fase 7 (II semestre 2025) prosegue l'implementazione delle Case e degli Ospedali di Comunità; l'atto di programmazione previsto dall'art. 8 dell'ACN risulta adottato da tutte le 21 Regioni e Province Autonome e vengono rilevate le prime linee di indirizzo dedicate agli IFoC, insieme alle informazioni relative ai professionisti formati.

Nello svolgersi di questo percorso si collocano anche alcuni passaggi di rilievo nazionale: la revisione dei target europei nel dicembre 2023, il rinnovo degli Accordi Collettivi Nazionali, con l'ACN 2019-2021 nell'aprile 2024 e l'ACN 2022-2024 nel gennaio 2026, integrato con successivo Accordo del giugno 2026, e le scadenze previste dal PNRR. La prima di queste, relativa alle Centrali Operative Territoriali, viene raggiunta e superata al 31 dicembre 2024.

Siamo così arrivati alla Fase 8 (I semestre 2026). Come abbiamo documentato in questo ottavo Report, il 30 giugno 2026 rappresenta un passaggio centrale del percorso di implementazione. Alla conclusione del PNRR, i target europei relativi alle Case della Comunità e agli Ospedali di Comunità risultano superati.

Alla luce di questa sintetica ricostruzione del percorso avviato con l'approvazione del PNRR e del DM 77/2022, i risultati del monitoraggio illustrati in questo ottavo Report semestrale al 30 giugno 2026 acquistano un significato particolare e consentono alcune brevi riflessioni conclusive, schematicamente riassunte in quattro punti.

La riforma, passo dopo passo

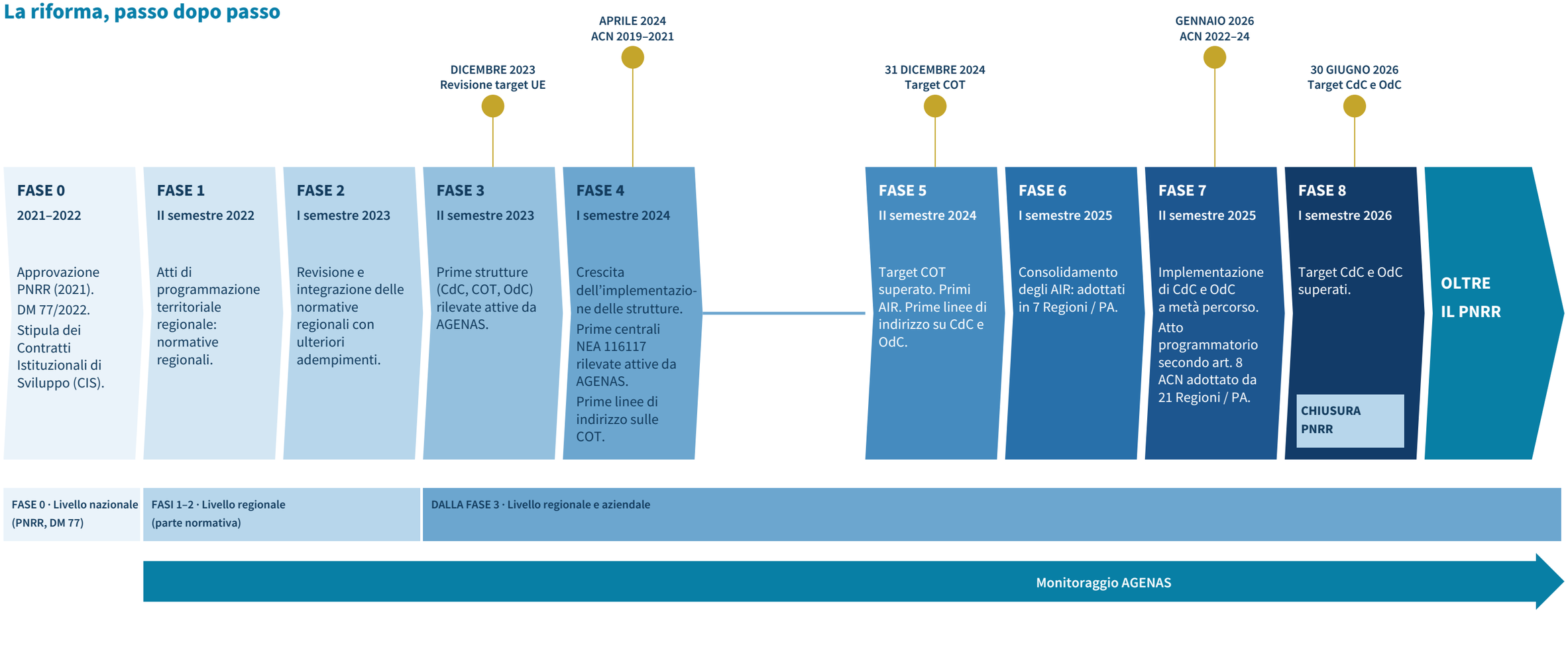


Figura 26. Dall'approvazione del PNRR e del DM 77 alla conclusione del PNRR: otto fasi di progressiva attuazione e monitoraggio della riforma (2022-2026)

1

Ci troviamo dinanzi ad una vera e propria riforma dell'assistenza territoriale del Servizio Sanitario Nazionale, che ha ricondotto la varietà degli assetti organizzativi e dei servizi preesistenti nelle 21 Regioni e Province Autonome a nuovi modelli e standard omogenei e validi per tutto il territorio nazionale, sulla base di atti programmatori adottati formalmente all'interno di un quadro regolatorio comune.
È questa la prima e rilevante riflessione da fare: la realizzazione, nell'arco di un quadriennio (2022-2026) delle Case della Comunità, delle Centrali Operative Territoriali, degli Ospedali di Comunità, delle Centrali Operative NEA 116117, sta progressivamente ridisegnando da Nord a Sud la geografia dell'assistenza territoriale in Italia, caratterizzata da strutture fisiche, piattaforme operative e modelli di servizio che non esistevano o che trovavano prime applicazioni estremamente differenziate su iniziative delle singole realtà regionali e locali.
Il DM 77/2022 ha dunque creato le condizioni per ricondurre il modo di leggere e rispondere ai bisogni di salute della popolazione in modo omogeneo su tutto il territorio nazionale, in linea con uno dei principi cardine della Legge n. 833 del 1978, istitutiva del SSN, quello di un servizio sanitario universale e uniforme nei confronti dei cittadini. Oggi quelle condizioni iniziano ad esserci, le strutture sono state realizzate, e occorre farle funzionare.

2

La seconda considerazione ha a che fare con il percorso che si è concretamente sviluppato in questo quadriennio di attuazione del DM 77/2022, con il coinvolgimento dei differenti livelli istituzionali del Servizio Sanitario, dalle Amministrazioni centrali, alle Regioni e Province Autonome, alle aziende sanitarie, in uno sforzo collettivo estremamente impegnativo nell'attuazione delle diverse fasi di programmazione, realizzazione, organizzazione e avvio dei nuovi servizi territoriali.
I Report di AGENAS che hanno accompagnato e scandito questo percorso ci hanno semestralmente restituito un contesto reattivo in cui, pur con tempi diversi e percorsi autonomi, tutti i sistemi sanitari regionali si stanno via via allineando.
I numeri che abbiamo visto rappresentati in questo ottavo Report che fotografa lo stato di attuazione al 30 giugno 2026 sono estremamente significativi da questo punto di vista: rispetto al 31 dicembre 2025 le Case della Comunità con tutti i servizi obbligatori passano da 66 a 1.283, e gli Ospedali di Comunità implementati da 163 a 402.
Il rispetto degli impegni assunti e il raggiungimento dei target previsti dal PNRR documentano l'avanzamento del percorso di attivazione e il rilevante impegno organizzativo sostenuto, ai diversi livelli istituzionali, per la realizzazione e l'attivazione della nuova rete territoriale. Anche questo è un dato da sottolineare, con la consapevolezza dello sforzo organizzativo sottostante a questo importante risultato. Alla scadenza del 30 giugno 2026 le Regioni e le PA risultano impegnate nelle attività di rendicontazione e certificazione degli interventi realizzati, a valle di un percorso che ha richiesto un significativo impegno organizzativo.

3

È del tutto evidente, allo stesso tempo, che la conclusione degli interventi finanziati con il PNRR non coincide con il completamento del percorso di attuazione del DM 77/2022. Come abbiamo documentato e più volte sottolineato nel documento, il cambiamento strutturale e tecnologico deve essere accompagnato da un cambiamento organizzativo e culturale, che renda le strutture realizzate in grado di garantire nuovi modelli di accesso, di assistenza e di presa in carico delle persone.
Assistiamo oggi ad una fase *in itinere* di attivazione dei servizi, con il progressivo completamento degli standard nelle strutture, l'attivazione delle équipe multiprofessionali, lo sviluppo del ruolo degli Infermieri di Famiglia o Comunità e, più in generale, l'obiettivo di un funzionamento pienamente integrato della rete territoriale.
Il superamento delle criticità nel reperimento del personale, così come la piena integrazione dei sistemi informativi, richiederanno altro tempo, soprattutto nelle strutture di nuova istituzione e nelle aree interne. Il percorso però è avviato e, come abbiamo provato a rappresentare, non bisogna valutare il funzionamento delle Case della Comunità secondo un codice binario *"on/off"*, come se il passaggio ad un modello pienamente funzionante fosse un automatico *switch* al momento del completamento dei lavori e dell'apertura dei servizi. Si tratta piuttosto di un processo di progressiva implementazione, che presenta gradi diversi di maturità, in merito alla presenza e al ruolo dei Medici di Medicina Generale e degli Infermieri di Famiglia o Comunità, al funzionamento delle équipe multiprofessionali, ai modelli di presa in carico delle cronicità e all'integrazione sociosanitaria prevista dalla Missione 5 del PNRR.
Il cambiamento richiede tempo. Si tratta di un percorso avviato e con obiettivi chiari, su cui tutte le aziende sanitarie sono oggi impegnate. Il percorso evolutivo del DM 77/2022 deve essere letto come un processo di apprendimento organizzativo e culturale che coinvolge i professionisti sanitari, chiamati a sviluppare modalità di lavoro più integrate, e che chiama direttamente in causa le direzioni aziendali, le direzioni di distretto, i dipartimenti di prevenzione e di salute mentale, i servizi tecnico-amministrativi delle ASL, ma anche gli ospedali a gestione diretta, le strutture di ricovero intermedie, le aziende ospedaliere, le strutture private accreditate, per poi coinvolgere anche gli enti locali e il terzo settore.
Dalle testimonianze dei direttori di distretto emerge con chiarezza questa dimensione del cambiamento. Un direttore la descrive come «una rivoluzione copernicana», richiamando la necessità di ridefinire ruoli, superare resistenze consolidate e costruire risposte maggiormente integrate per i cittadini. Analogamente, una testimonianza raccolta in un altro contesto territoriale sottolinea come il passaggio alle Case della Comunità non possa esaurirsi in un adempimento organizzativo, ma richieda tempo per essere compreso e progressivamente consolidato: *«come per tutte le innovazioni, ci vuole tempo prima che le persone, sia gli operatori che i cittadini, comprendano appieno il nostro modello e forniscano un feedback utile a migliorarlo».*
Da questo punto di vista l'esperienza delle Case della Comunità più "mature" rappresenterà un modello cui tendere, così come la sperimentazione sul campo di nuove modalità di lavoro, la comunicazione dei nuovi servizi nei confronti dei cittadini, un'attenta e diffusa informazione e formazione degli operatori saranno decisivi.
Siamo, come abbiamo detto, dinanzi ad una sanità territoriale in movimento, e occorre moltiplicare gli sforzi per realizzarla compiutamente trasformando le nuove strutture e i nuovi modelli di servizio in valore per i cittadini.

4

In questa prospettiva, AGENAS proseguirà l'attività di monitoraggio anche oltre le scadenze del PNRR, accompagnando l'evoluzione della riforma e continuando a rilevare lo stato di attuazione del DM 77/2022 nei diversi contesti regionali e aziendali.
Lo scopo del monitoraggio passerà progressivamente dalla verifica del grado di realizzazione delle strutture in base alla programmazione regionale alla rilevazione del livello di "maturità organizzativa" della nuova rete di assistenza territoriale, tenendo conto anche dei differenti punti di partenza, delle diverse caratteristiche dei contesti – urbani, montani, periferici e delle aree interne – e delle risorse disponibili.
L'obiettivo è quello di accompagnare l'evoluzione verso un sistema territoriale sempre più integrato, proattivo e radicato nella comunità, capace di assicurare continuità nei percorsi assistenziali e di rispondere in modo appropriato ai bisogni della popolazione.
A tal fine, AGENAS intende sviluppare un sistema di monitoraggio multidimensionale, basato sull'integrazione di indicatori quantitativi e qualitativi, in grado di misurare la *performance* delle singole Case della Comunità e del nuovo modello di assistenza, lungo dimensioni quali l'integrazione tra assistenza territoriale e ospedale, l'equità nell'accesso ai servizi, l'efficacia dei percorsi di presa in carico delle persone con cronicità e fragilità e l'integrazione delle diverse competenze professionali.
Lo sviluppo di questo sistema potrà mettere a disposizione delle Regioni e delle Province Autonome elementi utili per seguire nel tempo l'evoluzione dei propri modelli organizzativi, individuare ambiti sui quali intervenire e favorire il confronto e la condivisione delle esperienze tra i diversi contesti territoriali, ma anche per promuovere forme di coinvolgimento dei cittadini e modalità di ascolto in grado di raccogliere il punto di vista degli utenti.
Il monitoraggio semestrale può così rappresentare uno strumento di conoscenza e valutazione continuo, favorito dalla costruzione di una rete stabile di confronto e scambio tra le Regioni, che valorizzi le esperienze che vanno consolidandosi negli specifici contesti locali e promuova occasioni di apprendimento reciproco.
Il percorso realizzato nel quadriennio 2022-2026 costituisce una base conoscitiva e organizzativa sulla quale proseguire l'attuazione della riforma, con l'obiettivo di garantire standard comuni di assistenza territoriale su tutto il territorio nazionale.

Copyright 2026 by Agenzia Nazionale Per i Servizi Sanitari Regionali

ISBN 979-12-5486-798-3

Realizzazione editoriale e progetto grafico

150 1872 - 2022 Pacini Editore

150 anni nell'editoria di qualità

Via A. Gherardesca - 56121 Ospedaletto-Pisa
www.pacinieditore.it - info@pacinieditore.it

Fotolito e Stampa
IGP Industrie Grafiche Pacini

MISTO
Carta | A sostegno della gestione forestale responsabile
FSC® C111769

Le fotocopie per uso personale del lettore possono essere effettuate nei limiti del 15% di ciascun volume/fascicolo di periodico dietro pagamento alla SIAE del compenso previsto dall'art. 68, commi 4 e 5, della legge 22 aprile 1941 n. 633.
Le riproduzioni effettuate per finalità di carattere professionale, economico o commerciale o comunque per uso diverso da quello personale possono essere effettuate a seguito di specifica autorizzazione rilasciata da AIDRO, Corso di Porta Romana n. 108, Milano 20122, e-mail segreteria@aidro.org e sito web www.aidro.org.

PACINIeditore ISO 9001

Finito di stampare nel mese di Novembre 2026
presso le Industrie Grafiche della Pacini Editore Srl
Via A. Gherardesca • 56121 Ospedaletto • Pisa
Tel. 050 313011 • Fax 050 3130300
www.pacinieditore.it

agena.s.

AGENZIA NAZIONALE PER
I SERVIZI SANITARI REGIONALI

Versione digitale