



UNIVERSITÀ
DI PAVIA

DIPARTIMENTO DI GIURISPRUDENZA

CORSO DI LAUREA MAGISTRALE

Case ed Infermieri di Comunità nel D.M. n. 77/2022:
nuove prospettive ed opportunità per la medicina territoriale

Relatore: Chiar.mo Prof. Vittorio Pampanin

Tesi di laurea di
Francesca Rizzo
Matr. 482979

Anno accademico 2025/2026

INDICE

| | |
|--|-----------|
| 1. Il riparto di competenze e fragilità della medicina territoriale..... | 1 |
| 1.1. Il riparto di competenze in materia sanitaria tra stato e regioni | 1 |
| 1.1.1. L'inizio del SSN: il centralismo (1978-1991) | 4 |
| 1.1.2. Regionalizzazione e aziendalizzazione: gli effetti sull'assistenza territoriale (dal 1991) | 11 |
| 1.1.3. Il regionalismo con la riforma del Titolo V (2001) | 17 |
| 1.2. Il DM n. 70/2015 e lo squilibrio nella programmazione tra ospedale e territorio | 22 |
| 1.3. Le conseguenze di una persistente frammentazione e le criticità della medicina territoriale | 30 |
| 1.3.1. Crisi di prossimità e il sovraffollamento di strutture ospedaliere..... | 41 |
| 1.1. La pandemia da Covid-19 come evidenza delle fragilità del sistema | 43 |
| 2. Il DM 77/2022 e l'organizzazione dell'assetto territoriale..... | 47 |
| 2.1. La riforma territoriale nel quadro del PNRR | 47 |
| 2.1.1. Focus: Telemedicina non più come semplice strumento..... | 53 |
| 2.2. Il DM 77/22 come strumento di standardizzazione nazionale..... | 59 |
| 2.2.1. Iter procedimentale, dal PNRR al DM 77 | 59 |
| 2.2.2. Collocazione normativa e giuridica del DM 77/2022 | 62 |
| 2.2.3. Il Distretto sanitario..... | 68 |
| 2.2.4. Profili critici nella configurazione del modello..... | 72 |
| 2.2.4.1. Asimmetria tra standard organizzativo e vincoli finanziari | 72 |
| 2.3. Standard organizzativi nella nuova assistenza territoriale: tra strutture e figure professionali | 76 |
| 2.3.1. Le strutture: standard fisici e organizzativi del territorio | 78 |
| 2.3.1.1. Case di comunità..... | 78 |
| 2.3.1.2. Gli Ospedali di Comunità | 83 |
| 2.3.1.3. Strumenti per la continuità assistenziale e il coordinamento territoriale | 87 |
| 2.3.1.3.1. Centrali Operative Territoriali | 87 |
| 2.3.1.3.2. Assistenza domiciliare | 91 |
| 2.3.2. Le professioni: ruoli e modelli di equipe multiprofessionali | 94 |
| 2.3.2.1. L'infermiere di famiglia e di comunità: una figura a duplice funzione | 95 |

| | | |
|-------------|--|------------|
| 2.3.2.2. | Equipe multiprofessionali: la centralità della continuità assistenziale | 100 |
| 2.3.3. | Integrazioni alla riforma..... | 101 |
| 2.3.3.1. | Medici di medicina generale | 102 |
| 2.3.3.2. | Sociosanitaria | 107 |
| 2.3.3.3. | Farmacie del territorio..... | 113 |
| 3. | <i>Case di comunità e infermieri di famiglia e comunità: una mappatura nel territorio italiano.....</i> | 121 |
| 3.1. | Dal modello legale all'effettività: la sfida dell'omogeneità territoriale.... | 121 |
| 3.2. | Le Case di Comunità come indicatori di attuazione del D.M. n. 77/22..... | 123 |
| 3.2.1. | Stato di avanzamento delle CdC: tra realizzazione delle infrastrutture e operatività | 124 |
| 3.2.1.1. | Disomogeneità territoriali e modelli regionali di attuazione delle Case della Comunità | 128 |
| 3.2.1. | Profili problematici di implementazione | 132 |
| 3.3. | Infermieri di Famiglia e Comunità, indicatori di effettività e sostenibilità del modello territoriale | 138 |
| 3.3.1. | Il modello previsto da AGENAS | 138 |
| 3.3.1. | Diffusione e impiego dell'IFoC nell'attuazione regionale | 142 |
| 3.3.1. | Distanza tra funzione prevista e funzione esercitata | 144 |
| 3.3.1. | Integrazione tra Case della Comunità e professionisti: teoria vs realtà..... | 147 |
| 4. | <i>Conclusioni</i> | 153 |
| | <i>Bibliografia.....</i> | 159 |

1. Il riparto di competenze e fragilità della medicina territoriale

1.1. Il riparto di competenze in materia sanitaria tra stato e regioni

Il dibattito sulla divisione delle competenze Stato-Regione in materia sanitaria ha inizio nei lavori dell'Assemblea costituente dove emerse l'esigenza di definire le modalità attraverso cui la tutela della salute si sarebbe dovuta attuare concretamente in tutti i suoi livelli, non solo politico e amministrativo, ma anche tra i vari enti dello Stato, dividendosi tra l'introduzione o meno di un ente intermedio (le Regioni) tra lo Stato e gli enti locali. Uno degli elementi che alimentavano il dibattito era rappresentato dal – *già* – forte divario economico e sociale tra le diverse aree del paese; secondo alcuni però l'autonomia regionale poteva rappresentare uno strumento idoneo per il potenziamento della tutela sanitaria¹.

La decisione adottata fu quella di un assetto multilivello, nella quale la tutela della salute veniva ricondotta alla competenza della Repubblica nel suo complesso, in coerenza con quanto previsto dall'articolo 32 della Costituzione².

Sul piano normativo tale impostazione trovò attuazione nell'articolo 117 della Costituzione, che individuava le materie in cui le Regioni – una volta istituite – avrebbero potuto legiferare, purché non in contrasto con i principi fondamentali e gli interessi dello Stato³, in particolare la *lett. e)* stabiliva la competenza concorrente in materia di “...assistenza sanitaria e ospedaliera”. Parallelamente, l'articolo 118 della Costituzione prevedeva l'attribuzione alle regioni delle funzioni amministrative nelle medesime sfere di intervento, ad eccezione di quelle esclusivamente locali: le Regioni avrebbero dovuto quindi avere, in materia di *assistenza sanitaria ed ospedaliera*, piena competenza amministrativa. Il secondo comma, dello stesso articolo, prevedeva poi che la Regione

¹ Relazioni e proposte presentate nella Commissione per la Costituzione II Sottocommissione relazione del deputato Ambrosini Gaspare sulle autonomie regionali; sulle disparità regionali: V. Daniele, P. Malanima, *Il prodotto delle regioni e il divario Nord-Sud in Italia (1861-2004)*, Rivista di politica economica, marzo-aprile 2007.

² V. Crisafulli, *La Costituzione e le sue disposizioni di principio*, Giuffrè, Milano 1952 e D. Morana, *La salute come diritto costituzionale*. Lezioni, II ed., Giappichelli, Torino, 2015, 223.

³ Art 117 comma 1 Cost. testo originario.

esercitasse le sue funzioni amministrative delegandole alle Province, comuni o ad altri enti locale, confermando il ruolo della Regione quale livello intermedio tra lo Stato e le autonomie locali⁴.

Infine, l'art 119 Cost. permetteva alle Regioni una forma di autonomia finanziaria, seppur limitata, che poteva essere esercitata *nelle forme e nei limiti stabiliti da leggi della repubblica* in coordinamento con la finanza pubblica complessiva.

L'assetto delineato in sede costituente rimase tuttavia per lungo tempo inattuato: il sistema sanitario italiano continuò infatti a essere caratterizzato da un forte accentramento e da un modello frammentato di tipo mutualistico, fondato su una pluralità di enti assicurativi di categoria, nel quale la salute veniva ricollegata ad un'assenza di malattia in funzione della capacità lavorativa dell'individuo⁵. Nonostante il forte contrasto con l'assetto costituzionale dell'art 32, la tutela alla salute non trovò attuazione in una riforma organica fino alla fine degli anni Sessanta con la legge Mariotti⁶, che avviò un primo processo di superamento della logica caritatevole dell'assistenza, configurando l'attività sanitaria come servizio pubblico rivolto alla collettività⁷.

In questo contesto, un ruolo particolarmente rilevante fu svolto dalle Regioni, le quali si affermarono come attori dinamici del processo di trasformazione, anticipando, anche in assenza di una disciplina statale organica, modelli organizzativi innovativi. In particolare, esse promossero forme di assistenza territoriale integrata, fondate sul coordinamento tra servizi sanitari e sociali e su una maggiore attenzione ai bisogni delle comunità locali – come consultori, consorzi sociosanitari e servizi di prevenzione – iniziando a porre le basi per una medicina radicata nel territorio e orientata ai bisogni della comunità. Tali esperienze contribuirono a orientare il dibattito nazionale, pur sviluppandosi in un

⁴ Art 118 Cost. testo originario.

⁵ B. Caravita Di Toritto, *La disciplina costituzionale della salute*, in *Diritto e Società*, Sansoli, Firenze, 1/1984, pp. 21-56.

⁶ La legge n. 132 del 12 febbraio 1968 trasformò gli ospedali da enti di beneficenza a "enti ospedalieri" pubblici, introducendo la programmazione sanitaria e classificando gli ospedali per categorie, avviando l'estensione dell'assistenza ospedaliera a tutti i cittadini.

⁷ F. Saitta, *Il servizio sanitario nazionale: punti fermi e prospettive evolutive* in *Nuove Autonomie* 1-2/2024, pp. 79-121.

contesto caratterizzato da un rapporto non sempre lineare con lo Stato, segnato da tensioni tra spinte autonomistiche e resistenze centralistiche⁸.

L'assetto di quegli anni determinò nel tempo rilevanti criticità, sia sul piano dell'equità nell'accesso alle prestazioni, sia sotto il profilo della sostenibilità finanziaria.

A partire dai primi anni Settanta, la crisi del sistema mutualistico divenne progressivamente irreversibile, non solo per il carattere fortemente iniquo e frammentato – data anche per la compresenza di una pluralità di soggetti pubblici e privati⁹ – ma anche per la spinta delle Regioni che, a seguito delle due riforme di regionalizzazione¹⁰, iniziarono progressivamente a rivendicare il trasferimento delle funzioni in attuazione dell'originario articolo 117 Costituzione¹¹.

In questo quadro, emerse gradualmente l'esigenza di una riforma complessiva del sistema sanitario, condizionato dalle criticità istituzionali, organizzative e finanziarie del modello mutualistico, derivandone una progressiva crisi del sistema, culminata nel 1977 con la soppressione degli enti mutualistici e con l'avvio del dibattito su una riforma sanitaria¹² che potesse rispondere a domande di «efficienza e ammodernamento, sviluppo dei poteri pubblici, esigenze vitali del singolo e della collettività e, infine, partecipazione attiva della popolazione all'amministrazione della sanità pubblica»¹³.

L'esigenza era quindi quella di introdurre un modello di erogazione delle prestazioni sanitarie in grado di dare effettiva attuazione al principio di universalità del diritto alla

⁸ F. Taroni, *Salute, sanità e regioni in un Servizio sanitario nazionale* in M. Salvati, I. Sciolla (a cura di), *L'Italia e le sue Regioni. L'età repubblicana*, Vol. I, Roma, 2015, pp. 412-413.

⁹ T. Andreani, *Il Servizio sanitario nazionale, tra storia e attualità: riflessioni intorno alla gestazione e alle prospettive di attuazione della riforma della sanità territoriale*, in *BioLaw Journal*, 1/2023, pp. 335-359.

¹⁰ D.p.r. 14 gennaio 1972, n. 4, che trasferì le funzioni concernenti *l'assistenza sanitaria e ospedaliera* ex art 117 Cost (testo originario) alle regioni a statuto speciale; e il D.p.r. 24 luglio 1977, n. 616 con la ridefinizione dei riparti tra livelli statali.

¹¹ F. Taroni, *Prima e dopo quel difficile dicembre 1978* in *Corti Supreme e Salute* 3/2018, pp. 539-558: dalla loro istituzione i governi regionali avevano assunto una linea politica unitaria a favore della rapida approvazione di una legge generale di riforma della sanità, alcune regioni, senza attendere i decreti di trasferimento delle competenze iniziarono a intraprendere iniziative autonome con leggi di settore per lo sviluppo di nuovi modelli di organizzazione.

¹² Legge 29 giugno 1977 n. 349. Prima, nel 1974 la legge n. 386 emanò delle disposizioni per l'estinzione dei debiti degli enti mutualistici e lo scioglimento dei consigli di amministrazione di alcuni di questi enti.

¹³ *Cfr.* C. Giorgi, I. Pavan, *Un sistema finito di fronte a una domanda infinita: le origini del Sistema sanitario nazionale italiano* in *Le Carte e la Storia*, 2018, p. 112.

salute, sancito dall'articolo 32 della Costituzione, abbracciando anche la definizione di salute come *benessere fisico, psichico e sociale*¹⁴, superando del tutto la concezione precedente della salute come assenza di malattia. La soluzione si orientò verso un sistema ispirato al modello del *National Health Service* britannico, basato sull'istituzione di un servizio sanitario nazionale pubblico, finanziato attraverso la fiscalità generale e volto a garantire l'accesso alle prestazioni sanitarie a tutti i cittadini.

1.1.1. L'inizio del SSN: il centralismo (1978-1991)

Si arrivò così alla legge 23 dicembre 1978 n. 833, istitutiva del Servizio sanitario nazionale. Sul piano giuridico, essa contribuì al "disgelo della Costituzione", individuando nel Servizio sanitario nazionale lo strumento con cui la Repubblica tutela il diritto alla salute, in attuazione dell'articolo 32 Cost¹⁵. Il sistema così delineato si collocava nel quadro dell'articolo 117 Cost. (nel testo originario), che attribuiva la materia sanitaria alla competenza concorrente di Stato, Regioni ed enti locali¹⁶.

Il sistema a cui la riforma si ispira, quello *Beveridge*, vede la salute non solo come una responsabilità individuale, ma anche come collettiva, basando l'assistenza sanitaria su un finanziamento tramite fiscalità generale, un'assicurazione pubblica obbligatoria senza escludere la possibilità di assicurazioni private. Elemento qualificante di tale modello è l'universalità, sia sul versante del finanziamento sia su quello dell'accesso alle prestazioni sanitarie, garantito a chiunque in base al bisogno¹⁷.

La legge si fonda sui tre principi fondamentali¹⁸: quelli di universalità, eguaglianza e globalità. Il primo comporta un sistema finanziato tramite fiscalità generale, secondo una

¹⁴ Definizione di salute dell'OMS, 1948.

¹⁵ F. Taroni, *Prima e dopo quel difficile dicembre 1978*, in Corti Supreme e Salute, 3/2018, p. 539.

¹⁶ Art. 1, comma 3, l. 833/1978: (...) L'attuazione del servizio sanitario nazionale compete allo Stato, alle regioni e agli enti locali territoriali, garantendo la partecipazione dei cittadini.

¹⁷ A. Pitino, *Il regionalismo differenziato e il conseguimento di "ulteriori forme e condizioni particolari di autonomia" nella materia "tutela della salute"*, in Corti Supreme e Salute, 2/2024, p. 733. Il modello Beveridge è stato valutato positivamente negli Stati decentrati – regionali o federali – soprattutto rispetto al modello Bismark, in quanto assicura eguaglianza, maggiore adeguatezza delle risposte sanitarie e più elevata responsabilizzazione istituzionale.

¹⁸ F. Gigliani, *Manuale di diritto sanitario*, Neldiritto Editore, 2024, p. 12.

logica solidaristica che prescinde dalla corrispondenza tra contributi versati e prestazioni ricevute; il secondo garantisce l'accesso alle prestazioni senza discriminazioni, assicurando condizioni di tutela paritaria e mirando anche al superamento degli squilibri sociosanitari; il terzo estende l'intervento del Servizio sanitario nazionale oltre la sola cura, ricomprendendo anche attività di prevenzione e riabilitazione, al fine di assicurare una tutela complessiva della salute.

Nel disciplinare la materia, il legislatore supera la *sola* definizione del sistema sanitario, attribuendo alla norma un contenuto precettivo ampio e strutturato, attraverso disposizioni dettagliate volte a impedire interpretazioni riduttive delle garanzie costituzionali in tema di tutela della salute. Come si analizzerà meglio in seguito, la L. 833/1978 divide in modo netto le competenze, attribuendo allo Stato la direzione politica sanitaria della nazione, tramite il Piano sanitario nazionale e la fiscalità generale; alle Regioni la programmazione ed il coordinamento di tutti gli interventi sanitari, ospedalieri, territoriali e di sanità pubblica; infine, ai Comuni le responsabilità dirette di gestione delle USL¹⁹.

Il primo periodo dell'art. 1 della legge n. 833/1978 riflette l'impostazione di fondo della riforma, collegando i principi di tutela della salute di cui all'art. 32 Cost. alla funzione attribuita al Servizio sanitario nazionale di operare quale strumento di attuazione²⁰, attraverso il richiamo dello stesso articolo costituzionale – *la repubblica tutela la salute come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività mediante il servizio sanitario nazionale*.

La legge, all'art. 3 l. 833/1978, attribuiva allo Stato – con il concorso delle Regioni – il compito di adottare il Piano sanitario nazionale, finalizzato a definire gli obiettivi della programmazione sanitaria e i livelli minimi di prestazioni da garantire ai cittadini. Tuttavia, la normativa non prevedeva un vincolo esplicito di uniformità sull'intero territorio nazionale: l'intervento riformatore mirava piuttosto a superare le disparità di

¹⁹ F. Taroni, *Prima e dopo quel difficile dicembre 1978*, in Corti Supreme e Salute, 3/2018, p. 540.

²⁰ Tale richiamo consente inoltre di superare la precedente lettura frammentata rispetto all'art. 38 Cost., valorizzando una prospettiva unitaria e riconoscendo alla legge un carattere di attuazione costituzionale, con una posizione qualificata nel sistema delle fonti. F. Taroni, *Politiche sanitarie in Italia. Il futuro del SSN in una prospettiva storica*, Il pensiero scientifico editore, 2011, p. 199.

trattamento e la frammentazione del modello mutualistico, cercando di promuovere un avvicinamento tra le diverse situazioni giuridiche, riducendo le disuguaglianze territoriali e le conseguenti disparità di trattamento²¹. In tale prospettiva, l'art. 4 l. 833/1978 individuava gli ambiti di intervento prioritari.

Il Piano Sanitario nazionale aveva durata triennale ed era disciplinato dall'articolo 53 l. 833/1978 che ne elencava analiticamente il contenuto e ne stabiliva la procedura di approvazione. Esso veniva predisposto dal Governo, su proposta del Ministero della sanità, sentito il Consiglio sanitario nazionale, e approvato dal Parlamento insieme alle norme necessarie alla sua attuazione e al finanziamento pluriennale. A seguito dell'approvazione, le Regioni erano tenute a adottare i propri piani sanitari, al fine di ridurre gli squilibri nei servizi e nelle prestazioni sul territorio. I Piani regionali dovevano essere coerenti con gli indirizzi nazionali e gli obiettivi di sviluppo regionale, ed erano predisposti dalla giunta regionale con il coinvolgimento degli enti e delle organizzazioni interessati, con approvazione con legge regionale almeno 120 giorni prima della fine del triennio²².

In merito alle competenze amministrative, l'art 5 L. 833/1978 demandava allo Stato la funzione di indirizzo e coordinamento delle attività amministrative regionali, ricollegandosi anche agli obiettivi della programmazione economica nazionale. Parallelamente successivi elencavano le competenze dello stato²³ e le funzioni amministrative delegate alle Regioni²⁴; in particolar modo erano di competenza dello stato tutte quelle materie che per il legislatore necessitavano di una trattazione unitaria per tutte le regioni.

Le competenze legislative regionali erano, invece, elencate all'articolo 10 L. 833/1978, da esercitare nell'ambito dell'art 117 *lett. e*) Cost. (testo originario), che individuava i principi generali ai quali le Regioni erano tenute conformarsi, poi ulteriormente specificati nel corso della legge. Sempre alle Regioni era inoltre attribuito il compito di

²¹ R. Balduzzi, *Diritto alla salute e sistemi sanitari alla prova della pandemia. Le "lezioni" di alcuni Piani nazionali di ripresa e resilienza*, in DPCE Online, 1/2023, p. 403.

²² Art. 55, L. n. 833/1978.

²³ Art. 6, L. n. 833/1978.

²⁴ Art. 7, L. n. 833/1978.

disciplinare i procedimenti di autorizzazione e le attività di controllo sulle strutture sanitarie private, stabilendo i requisiti funzionali che queste dovevano possedere al fine di garantire prestazioni sanitarie non inferiori a quelle erogate dai presidi e dai servizi delle USL²⁵.

In questo quadro di riparto delle competenze, un ruolo centrale sul piano amministrativo era poi attribuito ai Comuni, ai quali faceva capo la gestione della generalità delle funzioni in materia sanitaria e ospedaliera²⁶. Restavano, invece, in capo allo Stato e alle Regioni soltanto alcune competenze residuali, limitate a specifici ambiti espressamente previsti dalla Costituzione o da disposizioni speciali.

Nell'ambito delle competenze del servizio sanitario, l'articolo 2, o comma 2, l. 833/1978 precisava che il SSN dovesse perseguire anche il superamento degli squilibri sociosanitari del paese, individuando una serie di obiettivi volti alla rimozione delle cause di disagio, in una prospettiva prevalentemente preventiva. A tal fine, la legge prevedeva l'istituzione di una capillare rete di strutture sanitarie di prossimità, con lo scopo di garantire l'uguaglianza sostanziale dei cittadini nell'accesso alle prestazioni²⁷.

In tale contesto, la principale innovazione della riforma era rappresentata dall'istituzione delle Unità sanitarie locali (USL), unità prive di personalità giuridica, definite come “il complesso dei presidi, degli uffici e dei servizi dei comuni, singoli o associati, e delle comunità montane, i quali in un ambito territoriale determinato assolvono ai compiti del servizio sanitario nazionale”²⁸, poste sotto il controllo regionale, ma con titolarità dei comuni che le gestivano a livello amministrativo. Questa configurazione delle USL mirava a superare la frammentazione organizzativa propria del sistema mutualistico, assumendo la comunità territorialmente definita come ambito di riferimento dell'intervento sanitario; in questo modo si intendeva assicurare un fondamento concreto alle attività di prevenzione ambientale e promuovere forme di partecipazione democratica, sia a livello istituzionale sia popolare²⁹. Il progetto delineato dalla riforma

²⁵ Art. 43, L. n. 833/1978.

²⁶ Art. 13, L. n. 833/1978.

²⁷ F. Giglioni, *L'organizzazione territoriale per il presidio del diritto alla salute*, in *Costituzionalismo.it*, 2/2020, p. 115.

²⁸ Art. 10, l. n. 833/1978.

²⁹ F. Taroni, *Prima e dopo quel difficile dicembre 1978*, in *Corti Supreme e Salute* 3/2018, pp. 539-558.

si fondava su di una integrazione organizzativa e funzionale su base territoriale, riconducendo l'insieme delle attività sanitarie a un sistema pubblico unitario facente capo al SSN. In tale contesto, gli enti ospedalieri³⁰ persero la propria personalità giuridica e autonomia³¹, venendo assorbiti nelle unità sanitarie locali e trasformati in strutture interne alle stesse, articolate in dipartimenti secondo la disciplina regionale³². Questo nuovo assetto era la risposta in termini di integrazione organizzativa dei servizi in riferimento a una comunità territorialmente definita rispetto alla frammentazione dell'assistenza nei tre circuiti paralleli della medicina generale, specialistica e ospedaliera caratteristica del regime mutualistico³³.

L'assetto di governo del sistema era prevalentemente improntato al principio di uniformità, volto a garantire condizioni di uguaglianza tra i cittadini sull'intero territorio nazionale. In tale prospettiva, lo Stato esercitava un controllo incisivo sull'organizzazione e sul funzionamento dei servizi sanitari, pur demandandone la gestione al livello locale. Le USL risultavano così strutturalmente omogenee nei diversi contesti territoriali, sebbene non sempre presentassero analoghi livelli di efficienza e capacità operativa³⁴.

Per quanto concerne i finanziamenti, il sistema – come già evidenziato – era alimentato principalmente da trasferimenti statali previsti dalla legislazione vigente, costituito dal gettito derivante dalle imposte generali a carico di tutti i contribuenti³⁵. L'art. 53, lett. b) e c), della legge n. 833/1978 prevedeva l'istituzione di un Fondo sanitario nazionale, il cui ammontare veniva determinato annualmente e iscritto nel bilancio dello Stato; tale fondo era poi ripartito tra le regioni sulla base di criteri e standard volti a garantire un'equa distribuzione dei servizi sul territorio. Le regioni, a loro volta, provvedevano a distribuire le risorse tra le unità sanitarie locali secondo parametri stabiliti dalla legislazione regionale. Le somme così erogate erano vincolate alla realizzazione degli interventi

³⁰ Chiamati dall'art. 17 l. 833/1978 “*stabilimenti ospedalieri*”.

³¹ F. Taroni, *Politiche sanitarie in Italia. Il futuro del SSN in una prospettiva storica*, Il pensiero scientifico editore, 2011, p. 199.

³² At. 17, l. n. 833/1978.

³³ Cit. F. Taroni, *Salute, sanità e regioni in un Servizio sanitario nazionale* in M. Salvati, I. Sciolla (a cura di), *L'Italia e le sue Regioni. L'età repubblicana*, Vol. I, Roma, 2015, p. 414.

³⁴ F. Giglioni, *Manuale di diritto sanitario*, in Neldiritto Editore, ed. 2024, p. 13.

³⁵ F. Giglioni, *op. cit.*, p. 12.

previsti dal Piano sanitario nazionale. Ne derivava un sistema *a cascata*³⁶, in cui la determinazione e il riparto delle risorse spettavano allo Stato, mentre la gestione della spesa era demandata alle Regioni e, in via operativa, alle USL.

Tale riforma, dal carattere fortemente innovativo — in quanto segna il passaggio da un sistema che garantiva prestazioni gratuite ai soli indigenti, come desumibile dall'art. 32 Cost., a un modello esteso all'intera popolazione³⁷ e non più solo a beneficio dei lavoratori e dei loro famigliari³⁸ — incontrò diverse difficoltà nella sua attuazione negli anni successivi. Durante gli anni Ottanta, infatti, si registrarono diverse criticità strutturali del Sistema Sanitario Nazionale, riconducibili a ragioni di natura politica, economica³⁹ e culturale⁴⁰. Anche il cittadino, secondo un'indagine svolta dal CNEL nel 1981, risultava maggiormente insoddisfatto percependo un peggioramento delle condizioni di assistenza rispetto al periodo mutualistico precedente⁴¹.

Dopo circa un decennio di applicazione, tali criticità si tradussero in evidenti difetti sistemici, tra cui, in particolare, l'accumulo di consistenti disavanzi regionali e la diseguale capacità del sistema di rispondere ai bisogni sanitari della popolazione, come dimostrato anche dall'elevata incidenza della mobilità sanitaria tra le diverse aree del Paese⁴².

Uno dei nodi più evidenti riguardò il ritardo nell'attuazione del disegno regionalista e l'assenza di un'effettiva programmazione del sistema. Il Piano sanitario nazionale, pur previsto dalla legge, fu adottato solo nel 1994⁴³, anche a livello regionale gli strumenti

³⁶ F. Taroni, *Prima e dopo quel difficile dicembre 1978*, in Corti Supreme e Salute, 3/2018, p. 549.

³⁷ G. Corso, *I diritti sociali nella Costituzione italiana*, in Rivista trimestrale di diritto pubblico, 3/1981, pp. 755-784.

³⁸ F. Taroni, *op. ult. cit.*, p. 540.

³⁹ Come il progressivo esaurirsi della fase espansiva legata al boom economico e il sopraggiungere delle crisi del debito pubblico.

⁴⁰ Emblematico, in questo senso, è il fatto che l'Esecutivo chiamato a dare attuazione alla riforma fosse lo stesso che si era manifestato resistente alla sua approvazione: la legge del SSN fu infatti approvata durante il Governo Andreotti, mentre la sua attuazione si ebbe negli anni Ottanta, sotto governi democristiani – Cossiga, Spadolini, Craxi.

⁴¹ F. Taroni, *Salute, sanità e regioni in un Servizio sanitario nazionale*, in M. SALVATI, I. SCIOLLA (a cura di), *L'Italia e le sue Regioni. L'età repubblicana*, Vol. I, Roma, 2015, pp. 411-413.

⁴² F. Gligioni, *Manuale di diritto sanitario*, cit., pp. 14-15.

⁴³ delegificato nel 92, F. Taroni, *Prima e dopo quel difficile dicembre 1978*, in Corti Supreme e Salute 3/2018, p. 553.

programmatori furono introdotti con notevole ritardo, in alcuni casi solo a partire dagli anni duemila⁴⁴. La mancanza di una chiara definizione degli obiettivi e dei criteri di allocazione delle risorse contribuì a rendere la gestione del sistema disomogenea, incidendo negativamente sull'equilibrio del sistema e favorendo l'emersione di marcate differenze territoriali: se in alcune regioni la programmazione sanitaria favorì una gestione efficiente e responsabile⁴⁵, in altre si registrarono persistenti criticità organizzative e finanziarie. Il rischio era quello di compromettere l'obiettivo originario della legge di garantire un livello uniforme di tutela della salute sull'intero territorio nazionale⁴⁶.

Si manifestarono poi rilevanti problemi legati al funzionamento delle USL, fulcro dell'impianto riformatore. La loro configurazione era caratterizzata da un forte legame con gli enti locali e una marcata componente politico-rappresentativa, che ne determinò una gestione spesso condizionata da logiche estranee a criteri di efficienza amministrativa. In tale contesto, la mancata corrispondenza tra responsabilità di indirizzo e responsabilità di gestione contribuì a generare comportamenti poco attenti alla sostenibilità finanziaria, in quanto i soggetti chiamati a gestire la spesa non erano direttamente coinvolti nel reperimento delle risorse, prevalentemente garantite da trasferimenti statali⁴⁷. A questo si aggiunsero ulteriori fattori di disfunzione, come la mancata definizione di un assetto territoriale omogeneo e l'incertezza circa la natura giuridica delle USL, elementi che contribuirono a generare difficoltà operative e una diffusa crisi di legittimazione⁴⁸. La stessa struttura dei comitati di gestione, fortemente connotata in senso politico, finì per privilegiare logiche di rappresentanza rispetto a

⁴⁴ T. Andreani, *Il Servizio sanitario nazionale, tra storia e attualità: riflessioni intorno alla gestazione e alle prospettive di attuazione della riforma della sanità territoriale*, in *BioLaw Journal*, 1/2023, p. 343.

⁴⁵ Come in Emilia-Romagna e Toscana; *Ibidem*.

⁴⁶ N. Dirindin, *Chi paga per la salute degli italiani?* Bologna, Il Mulino, 1996 in F. Taroni, *Prima e dopo quel difficile dicembre 1978*, in *Corti Supreme e Salute*, 3/2018, p. 549.

⁴⁷ F. Giglioni, *Manuale di diritto sanitario*, cit., pp. 14-15.

⁴⁸ L. Bertorello, *Il riparto delle competenze in materia sanitaria e la centralità della funzione programmatica*, in *Riv. Cammino Diritto*, 1/2023, p. 8; T. Andreani, *Il Servizio sanitario nazionale, tra storia e attualità: riflessioni intorno alla gestazione e alle prospettive di attuazione della riforma della sanità territoriale* in *BioLaw Journal*, 1/2023, p. 343.

competenze di carattere tecnico e manageriale, incidendo negativamente sull'efficienza complessiva del sistema⁴⁹.

Sul piano finanziario queste criticità si tradussero in una crescita progressiva della spesa sanitaria. Il sistema delineato dalla L. n. 833/1978, fondato su un sistema di finanziamento prevalentemente statale e su un meccanismo di riparto di risorse *a cascata*, diede luogo ad una struttura di finanza derivata, nella quali i soggetti titolari della spesa non coincidevano con quelli titolari del prelievo⁵⁰. A questo assetto si accompagnava, inoltre, una debolezza degli strumenti di controllo e coordinamento a livello centrale, che rese difficile l'adozione di correttivi efficaci rispetto alle dinamiche di spesa, anche a fronte della sottovalutazione iniziale dei costi connessi a un sistema sanitario universalistico⁵¹.

Questa configurazione, unita all'assenza di strumenti programmatori efficaci e al contesto economico degli anni Ottanta, contribuì a determinare una crescita difficilmente controllabile della spesa sanitaria e ad indebolire i meccanismi di responsabilizzazione degli enti gestori⁵².

1.1.2. Regionalizzazione e aziendalizzazione: gli effetti sull'assistenza territoriale (dal 1991)

Le criticità emerse negli anni Ottanta sulla legge n. 833/1978 portarono il legislatore a compiere una serie di riforme *correttive*⁵³ negli anni Novanta, facendo emergere nuove dinamiche all'interno del Sistema Sanitario Nazionale e introducendo significative innovazioni sul piano organizzativo e gestionale⁵⁴.

Il primo riordino fu avviato con la legge n. 421 del 1992, cui diede attuazione il decreto legislativo n. 502/1992, che delegava il Governo di riformare il Sistema Sanitario al fine

⁴⁹ F. Giglioni, *Manuale di diritto sanitario* cit., pp. 14-15.

⁵⁰ F. Taroni, *Prima e dopo quel difficile dicembre 1978*, in *Corti Supreme e Salute* 3/2018, p. 553.

⁵¹ F. Giglioni, *Manuale di diritto sanitario*, cit., pp. 14-15.

⁵² T. Andreani, *Il Servizio sanitario nazionale, tra storia e attualità: riflessioni intorno alla gestazione e alle prospettive di attuazione della riforma della sanità territoriale*, in *BioLaw Journal*, 1/2023, p. 344.

⁵³ F. Taroni *Salute, sanità e regioni in un Servizio sanitario nazionale* in M. Salvati, I. Sciolla (a cura di), *L'Italia e le sue Regioni. L'età repubblicana*, Vol. I, Roma, 2015, pp. 412-413.

⁵⁴ F. Giglioni, *Manuale di diritto sanitariocit.*, p. 16.

di renderlo più efficiente, sotto il profilo della spesa sanitaria, mantenendo al contempo il principio di eguaglianza. L'intervento rispondeva all'esigenza di conseguire una maggiore economicità gestionale e una più accentuata responsabilizzazione dei soggetti coinvolti⁵⁵. Le direttrici principali della riforma Amato-De Lorenzo furono l'aziendalizzazione, la regionalizzazione e l'apertura alla privatizzazione, elementi fortemente innovativi⁵⁶.

L'aziendalizzazione si colloca sul piano organizzativo e rappresenta uno degli aspetti di maggiore impatto della riforma: le Unità Sanitarie Locali acquisiscono capacità giuridica e autonomia organizzativa, amministrativa e contabile⁵⁷, adottando un modello di gestione di tipo manageriale. Da strutture gestite dai comuni, le USL si trasformano in aziende pubbliche, dotate di propria soggettività giuridica e caratterizzate da un'impostazione ispirata ai modelli organizzativi delle imprese private, spostando il controllo in capo alle Regioni⁵⁸. Nella convinzione che questo modello potesse riflettere meglio le logiche organizzative d'impresa⁵⁹, oltre all'autonomia patrimoniale e contabile, venne riconosciuta anche un'ampia sfera di autonomia gestionale, comprensiva della possibilità di adottare atti aziendali di diritto privato per l'organizzazione interna⁶⁰.

A rafforzare questo nuovo assetto contribuì l'introduzione della figura del Direttore Generale, nominato dalla giunta regionale, cui venivano attribuiti tutti i poteri di gestione e rappresentanza dell'Azienda sanitaria locale⁶¹. Con l'aziendalizzazione si voleva sottolineare come l'autonomia politica dovesse essere una condizione fondamentale per il perseguimento di efficacia, efficienza ed equità⁶².

⁵⁵ Cit. L. Bertorello, *Il riparto delle competenze in materia sanitaria e la centralità della funzione programmatica*, in Riv. Cammino Diritto, ISSN 2421-7123 Fasc. 01/2023, pp. 8-10.

⁵⁶ F. Taroni, *Salute, sanità e regioni in un Servizio sanitario nazionale* in M. Salvati, I. Sciolla (a cura di), *L'Italia e le sue Regioni. L'età repubblicana*, Vol. I, Roma, 2015, pp. 412-413.

⁵⁷ L. Bertorello, *Il riparto delle competenze in materia sanitaria e la centralità della funzione programmatica*, in Riv. Cammino Diritto, 1/2023, pp. 8-10.

⁵⁸ F. Giglioni *manuale di diritto sanitario*, Neldiritto Editore, 2024 pp. 14-16.

⁵⁹ *Ibidem*.

⁶⁰ L. Bertorello, *op. cit.*, pp. 8-10.

⁶¹ Art. 3, comma 6, D.lgs n. 502/1992, che ne disciplinava i poteri.

⁶² G. Fattore, *Politica, azienda, professionisti e pazienti: trent'anni di governo del servizio sanitario nazionale* in Politiche Sanitarie, vol. 9, 4/2008, pp. 173-182.

In questo contesto, l'assistenza territoriale venne ricondotta all'interno delle ASL mediante l'articolazione in distretti, ai quali venne affidato il compito di garantire assistenza sanitaria primaria e di coordinare le attività erogate sul territorio.

Ulteriore elemento della riforma del 1992 è rappresentato dall'istituzione delle prime Aziende Ospedaliere: alle Regioni veniva attribuita la facoltà di scorporare, in numero limitato, gli ospedali dalla gestione diretta delle ASL, conferendo loro autonomia organizzativa. Si realizzava così una distinzione tra soggetti finanziatori (le ASL) e soggetti erogatori della prestazione (strutture ospedaliere).

Determinante per la configurazione del sistema fu anche il processo di regionalizzazione, che trasferì alle Regioni ampie competenze in materia di organizzazione e funzionamento dei servizi sanitari⁶³. Le Regioni venivano considerate sufficientemente vicine al territorio per comprenderne i bisogni, ma al contempo abbastanza distanti per sottrarsi alle pressioni della politica locale⁶⁴. Le strutture sanitarie cessarono così di dipendere dagli enti locali – con una conseguente riduzione del ruolo dei comuni – e vennero ricondotte nell'ambito dell'organizzazione regionale⁶⁵. Le regioni acquisirono, tra l'altro, il potere di nomina dei vertici aziendali e la competenza a ridefinire gli ambiti territoriali.

A fronte di tali poteri, venne loro attribuita una maggiore responsabilità finanziaria: esse erano infatti chiamate a far fronte con risorse proprie agli eventuali disavanzi derivanti da una spesa eccedente i trasferimenti statali, responsabilità che tuttavia risultava particolarmente gravosa in un contesto di autonomia fiscale ancora limitata. Le regioni potevano fare affidamento su un limitato aumento dei contributi e dei tributi propri, nonché sull'introduzione di ulteriori forme di compartecipazione alla spesa per le prestazioni sanitarie non già soggette a ticket nazionali⁶⁶. Ciò contribuì a determinare una progressiva differenziazione dei modelli regionali, incidendo sulle modalità di erogazione dei servizi.

⁶³ L. Bertorello, *Il riparto delle competenze in materia sanitaria e la centralità della funzione programmatoria*, in Riv. Cammino Diritto, ISSN 2421-7123 Fasc. 01/2023, pp 8-10

⁶⁴

⁶⁵ F. Giglioni *manuale di diritto sanitario*, Neldiritto Editore, 2024, pp. 14-16.

⁶⁶ F. Taroni, *Salute, sanità e regioni in un Servizio sanitario nazionale* in M. Salvati, I. Sciolla (a cura di), *L'Italia e le sue Regioni. L'età repubblicana*, Vol. I, Roma, 2015, pp. 412-413.

Ulteriore profilo riguardò il rapporto con il settore privato, prevedendo inizialmente la possibilità per i cittadini di optare per forme alternative di assistenza al di fuori del Servizio Sanitario Nazionale; tale previsione fu abrogata con il decreto legislativo dell'anno successivo n. 517/1993⁶⁷.

Negli anni Novanta si assiste dunque a un progressivo superamento del modello di gestione diretta dello Stato, a favore di una funzione di indirizzo generale, coerentemente con i principi del New Public Management. In questa prospettiva, lo Stato è chiamato a orientare il sistema mediante norme meno dettagliate, favorendo autonomia, innovazione e responsabilizzazione degli enti territoriali, in particolare delle Regioni. Si passò così da un modello di programmazione analitica a interventi più contingenti, spesso inseriti nelle leggi finanziarie annuali e privi di un disegno organico⁶⁸. Tale assetto, anche in ragione dell'instabilità politica del periodo, si tradusse in una legislazione talora generica e contraddittoria, ampliando significativamente i margini di autonomia regionale.

La combinazione tra regionalizzazione e aziendalizzazione produsse effetti rilevanti sul piano del riordino del sistema: da un lato rafforzò la responsabilità finanziaria delle Regioni, anche attraverso l'introduzione di nuove forme di finanziamento e compartecipazione alla spesa contribuendo a collegare più strettamente l'erogazione dei servizi alle risorse disponibili⁶⁹; dall'altro lato favorì l'emersione di modelli organizzativi differenziati, riflettendo le diverse capacità regionali di programmazione e gestione⁷⁰.

Le criticità emerse nel corso del decennio hanno però condotto ad un ulteriore intervento riformatore con il decreto legislativo 229 del 1999, volto a ricondurre a unità un sistema caratterizzato da forti tensioni tra esigenze di unitarietà e spinta alla differenziazione⁷¹.

Questa riforma si pone, da un lato, in continuità con il processo di aziendalizzazione e regionalizzazione, rafforzandone gli strumenti, e, dall'altro, introduce elementi di

⁶⁷ *Ibidem*.

⁶⁸ Cfr. F. Taroni, *Salute, sanità e regioni in un Servizio sanitario nazionale* in M. Salvati, I. Sciolla (a cura di), *L'Italia e le sue Regioni. L'età repubblicana*, Vol. I, Roma, 2015, pp. 412-413.

⁶⁹ F. Giglioni *manuale di diritto sanitario*, in *neldiritto Editore*, ed. 2024 pp. 14-16.

⁷⁰ F. Taroni, *op. cit.*, pp. 412-413; G. Fattore, *politica, azienda, professionisti e pazienti: trent'anni di governo del servizio sanitario nazionale* in *Politiche Sanitarie*, 4/2008, pp. 173-182.

⁷¹ F. Taroni, *Salute, sanità e regioni in un Servizio sanitario nazionale* in M. Salvati, I. Sciolla (a cura di), *L'Italia e le sue Regioni. L'età repubblicana*, Vol. I, Roma, 2015, pp. 412-413.

discontinuità, volti a riequilibrare il sistema, anche attraverso una maggiore definizione dei rapporti tra livelli di governo e un recupero del ruolo degli enti locali⁷². I due punti cardine della riforma furono l'introduzione dei *livelli minimi di assistenza*, come elemento di coesione del sistema, e il rafforzamento dei meccanismi di programmazione e regolazione dei rapporti con i soggetti privati, attraverso l'accreditamento⁷³.

Mentre la legge del '78 aveva affidato allo Stato la determinazione dei *livelli uniformi delle prestazioni sanitarie*, con la modifica del 1999 dei commi 2 e 7 dell'art. 1 d.lgs. n. 502/92 si individuano nei *livelli essenziali e uniformi di assistenza, definiti dal Piano sanitario nazionale*⁷⁴, come strumento idoneo a individuare le prestazioni sanitarie appropriate, sotto un profilo clinico e organizzativo, erogate in modo uniforme su tutto il territorio⁷⁵.

Nel suo testo originario, il terzo comma dell'articolo 1 stabiliva che l'individuazione dei LEA doveva essere rapportata all'effettiva disponibilità delle risorse finanziarie e non al bisogno reale di salute e alla soddisfazione del diritto stesso. Con la riforma del 1999 il sistema cambia: si supera quindi la precedente impostazione che configurava livelli minimi di assistenza condizionati e modulabili in base alla disponibilità delle risorse finanziarie, per affermare un criterio fondato sui livelli essenziali, secondo cui la risposta pubblica ai bisogni di salute doveva essere al tempo stesso compatibile con le risorse disponibili e idonea a garantire effettivamente il diritto alla salute, in condizioni di efficacia ed efficienza⁷⁶.

Con la modifica del '99 il primo comma dell'art. 1 della legge del '92 definisce quindi il sistema sanitario nazionale come l'insieme delle funzioni e delle attività assistenziali dei servizi sanitari regionali, unitamente alle altre funzioni e attività svolte dagli enti e dalle istituzioni di rilevanza nazionale. Le Regioni diventano quindi parte del quadro di

⁷² F. Giglioni *manuale di diritto sanitario*, in neldiritto Editore, ed. 2024 pp 14-16.

⁷³ F. Saitta, *Il servizio sanitario nazionale: punti fermi e prospettive evolutive* in *Nuove Autonomie*, 1-2/2024, pp. 79-121.

⁷⁴ Art. 1, comma 2 decreto legislativo n. 502 del 1992 (testo attuale).

⁷⁵ A. Pitino, *La nuova sanità territoriale: la Regione Liguria* in *Corti Supreme e Salute*, 2/2023, pp. 381-391. **Indicare con precisione il numero delle pagine cui ci si riferisce!**

⁷⁶ Arianna Pitino, *La nuova sanità territoriale: la Regione Liguria* in *Corti Supreme e Salute* 2/2023, pp. 381-391. **Indicare con precisione il numero delle pagine cui ci si riferisce!**

unitarietà e unicità del SSN, con una funzione di organizzazione dei rispettivi Servizi sanitari regionali che avrebbero dovuto garantire i livelli minimi di assistenza su tutto il territorio, avvalendosi delle strutture pubbliche e accreditate⁷⁷.

Si dava quindi alle Regioni la possibilità di concorrere alla programmazione sanitaria mediante l'elaborazione di proposte per il PSN, che veniva poi attuato attraverso il Piano Sanitario Regionale⁷⁸. Con la regionalizzazione (art. 1 commi 2 e 7, d.lgs. si attribuiva allo Stato la definizione di *livelli minimi di assistenza*, secondo le disponibilità economiche del bilancio annuale; alle Regioni venivano date più ampie competenze sull'organizzazione e sul funzionamento dei servizi, dovendo però far fronte con le proprie risorse ad eventuali eccessi di spesa rispetto ai trasferimenti statali⁷⁹. Ciascuna Regione poteva prevedere prestazioni aggiuntive o ulteriori da finanziare con proprie risorse⁸⁰, questo per adattare l'offerta sanitaria alle esigenze locali o particolari bisogni della popolazione.

Pur avendo introdotto strumenti volti a migliorare l'efficienza e la responsabilizzazione dei livelli di governo, queste riforme hanno anche reso più complessa la gestione del sistema, soprattutto nella fase di transizione, segnata da difficoltà nell'attuazione dei cambiamenti e da problemi connessi alla ridefinizione degli assetti organizzativi e finanziari⁸¹. Se, da un lato, essi hanno valorizzato il livello locale e favorito una maggiore flessibilità organizzativa, dall'altro non sono riusciti a tradursi in un rafforzamento organico e uniforme dei servizi territoriali né in una piena integrazione con l'assistenza ospedaliera e sociosanitaria⁸². Da ciò è derivato un assetto caratterizzato da significative

⁷⁷ Si anticipa così quello che sarà poi previsto dalla Riforma del titolo V del 2001, Arianna Pitino, *La nuova sanità territoriale: la Regione Liguria* in Corti Supreme e Salute 2/2023, pp. 381-391. **Indicare con precisione il numero delle pagine cui ci si riferisce!**

⁷⁸ In caso di mancata attuazione, il Governo poteva intervenire tramite nomina di un commissario *ad acta*, art 1, comma 17 del decreto legislativo n. 299/1999.

⁷⁹ F. Taroni, *Salute, sanità e regioni in un Servizio sanitario nazionale* in M. Salvati, I. Sciolla (a cura di), *L'Italia e le sue Regioni. L'età repubblicana*, Vol. I, Roma, 2015, pp. 412-413.

⁸⁰ Art 13 comma 1, decreto legislativo 502/1992.

⁸¹ F. Giglioni *manuale di diritto sanitario*, in Neldiritto Editore, 2024. pp. 14-16.

⁸² T. Andreani, *Il Servizio sanitario nazionale, tra storia e attualità: riflessioni intorno alla gestazione e alle prospettive di attuazione della riforma della sanità territoriale*, in *BioLaw Journal*, 1/2023, pp. 335-359.

differenze territoriali e da persistenti criticità nel coordinamento tra i diversi livelli di assistenza.

1.1.3. Il regionalismo con la riforma del Titolo V (2001)

Con la riforma del titolo V del 18 ottobre 2001 il legislatore ha ridefinito il rapporto tra Stato e Regioni, in particolare modificando radicalmente l'articolo 117, con l'individuazione di due elenchi di materie: uno di competenza esclusiva statale e l'altro di competenza concorrente con le Regioni. Al quarto comma si attribuisce invece alle Regioni la competenza legislativa residuale in tutte le materie non espressamente riservate alla legislazione dello Stato.

La lettera *m*) del secondo comma dell'art. 117 Cost. riserva allo Stato la competenza esclusiva nella determinazione dei livelli essenziali delle prestazioni concernenti i diritti civili e sociali, al fine di garantirne l'uniforme tutela sull'intero territorio nazionale. Tale previsione si inserisce nel solco di un processo già avviato dal legislatore ordinario negli anni Novanta, in diversi settori – tra cui quello sanitario – nei quali erano stati introdotti livelli minimi di prestazioni definiti a livello statale⁸³. Si delinea, dunque, un modello nel quale l'uniformità attiene al livello di tutela dei diritti, mentre è consentita una differenziazione negli assetti organizzativi dei servizi. In tale prospettiva, l'eguaglianza non richiede un assetto uniforme, ma è garantita dal rispetto degli standard definiti dallo Stato ai sensi dell'art. 117, secondo comma, lett. *m*), Cost.⁸⁴.

La riforma del 2001, pertanto, più che innovare radicalmente il sistema, consolida il regionalismo già avviato nel decennio precedente. L'obiettivo è stabilizzare un assetto in cui la fissazione dei livelli essenziali — e dunque l'equità e l'uniformità nazionale — possa convivere con l'autonomia regionale nella gestione e nell'erogazione dei servizi. Tale modello permette, in linea teorica, una differenziazione organizzativa e funzionale che non nega l'uguaglianza del cittadino davanti al Servizio Sanitario Nazionale, ma mira

⁸³ D. Morana, *La tutela della salute fra competenze statali e regionali: indirizzi della giurisprudenza costituzionali e nuovi sviluppi normativi*, in Osservatorio costituzionale, 1/2018, p. 3 e F. Saitta, *Autonomie territoriali e governo della sanità*, in Istituzioni e federalismo, 3-4/2018, pp. 789-816. **Indicare con precisione il numero delle pagine cui ci si riferisce!**

⁸⁴ A. Lupo, *La tutela del bene salute tra uniformità e differenziazione: spunti di riflessione per il futuro*, in Diritti regionali, 2/2023, pp. 484-485.

a garantirla in modo più efficace, adattando le scelte ai bisogni dei diversi territori attraverso il principio di leale collaborazione tra Stato e Regioni⁸⁵.

Sul profilo dell'innovazione però la riforma amplia l'ambito materiale delle competenze legislative regionali, in materia di salute, sostituendo l'*assistenza sanitaria e ospedaliera* con una nuova voce più ampia⁸⁶: *tutela della salute*, annoverandola tra le materie concorrenti al terzo comma⁸⁷. In tal modo, la tutela della salute si estende a tutti i profili suscettibili di incidere sull'effettività⁸⁸; ne deriva che il governo condiviso della salute si configura come il principale modello decisionale per l'adozione delle scelte più rilevanti relative al Servizio sanitario nazionale⁸⁹.

Dal combinato disposto della lettera m), secondo comma, e del terzo comma dell'art. 117 Cost., emerge un assetto in base al quale l'organizzazione e l'erogazione dei servizi e delle prestazioni sanitarie spettano alle Regioni, mentre allo Stato è riservata la determinazione dei livelli essenziali di assistenza e l'allocazione delle relative risorse finanziarie, al fine di garantirne l'uniforme tutela sull'intero territorio nazionale. A ciò si affianca il potere sostitutivo statale di cui all'art. 120, secondo comma, Cost., esercitabile in caso di inadempimento regionale rispetto agli standard minimi. In tale prospettiva, i LEA non costituiscono solo parametri tecnici, ma rappresentano il nucleo invalicabile del diritto alla salute, volto a evitare che il processo di regionalizzazione si traduca in una differenziazione delle prestazioni tale da compromettere l'uguaglianza sostanziale dei cittadini⁹⁰.

La revisione del 2001 mirava, inoltre, a porre un freno alla prassi del legislatore statale di introdurre norme di dettaglio in materia di salute, nonostante la loro dubbia legittimità

⁸⁵ D. Morana, *op. cit.*, p. 3 e F. Saitta, *op. cit.*, pp. 789-816. **Indicare con precisione il numero delle pagine cui ci si riferisce!**

⁸⁶ Confermato più volte dalla Corte costituzionale come in Corte cost., sentt. nn. 270/2005, 181/2006, 328/2006, 162/2007, 207/2010.

⁸⁷ D. Morana, *op. cit.*, p. 3.

⁸⁸ Cfr., ad esempio, Corte cost. nn. 150/2010, 245/2010, 59/2015, che riconducono alla *tutela della salute* anche la dirigenza sanitaria.

⁸⁹ A. Pitino, *Il regionalismo differenziato e il conseguimento di "ulteriori forme e condizioni particolari di autonomia" nella materia "tutela della salute"*, in Corti Supreme e Salute, 2/2024, pp. 732-766. **Indicare con precisione il numero delle pagine cui ci si riferisce!**

⁹⁰ A. Pitino, *op. cit.*, pp. 732-766. **Indicare con precisione il numero delle pagine cui ci si riferisce!**

anche alla luce del previgente articolo 117, che già limitava l'intervento dello Stato alla sola disciplina di principio. Già a partire dal 2002, la Corte costituzionale⁹¹ aveva chiarito che, nelle materie di legislazione concorrente, la competenza statale è limitata alla determinazione dei principi fondamentali della disciplina, adottando un orientamento più rigoroso nel censurare le eventuali invasioni della normativa di dettaglio nella sfera regionale. La demarcazione tra *disciplina di principio* e *normativa di dettaglio* rivela però ancora oggi una debolezza strutturale che si manifesta nella continua invasione dell'ambito riservato alla legge regionale da parte dello Stato, attraverso la predisposizione di regole specifiche ed auto applicative per tutto il territorio nazionale. A rendere più evidente tale criticità contribuisce l'interpretazione dottrinale e giurisprudenziale dell'art. 117, secondo comma, lett. m), Cost., che attribuisce ai livelli essenziali delle prestazioni una natura trasversale. Più che una materia circoscritta, i LEA sono infatti configurati come una competenza statale idonea a incidere su tutti gli ambiti suscettibili di influire sui diritti civili e sociali, consentendo al legislatore statale di dettare la disciplina necessaria a garantirne l'uniforme godimento sull'intero territorio nazionale, senza che la normativa regionale possa ridurre la portata. Ne deriva un progressivo assestamento del riparto di competenze delineato dalla riforma del 2001, in cui il costante richiamo ai "livelli essenziali" ha determinato un ampliamento dell'intervento legislativo statale a scapito degli spazi di autonomia regionale. In questo senso, la giurisprudenza costituzionale⁹² ha più volte ritenuto legittimo l'intervento statale, qualificando tali disposizioni come principi fondamentali, in ragione della necessità di assicurare una disciplina uniforme a tutela di beni primari, quali la salute, suscettibili di essere compromessi in modo analogo su tutto il territorio della Repubblica – come, ad esempio, nell'ipotesi dell'esposizione al fumo passivo⁹³.

In ragione della natura potenzialmente pervasiva delle competenze finalistiche, la Corte costituzionale ha individuato specifici temperamenti a tutela dell'autonomia regionale, volti a evitarne una compressione eccessiva. Tali garanzie si sostanziano, da un lato, nella necessità che l'intervento statale sia assistito da una base di rango almeno legislativo (c.d.

⁹¹ Cfr. Corte cost. n. 282/2002. **Indicare in modo completo gli estremi della sentenza!**

⁹² Sentenza della Corte costituzionale n. 361/2003. **Indicare in modo completo gli estremi della sentenza!**

⁹³ D. Morana, *La tutela della salute fra competenze statali e regionali* cit., **Indicare con precisione il numero delle pagine cui ci si riferisce!**

riserva di legge relativa) e, dall'altro, nella previsione di adeguate forme di coinvolgimento delle Regioni nei procedimenti decisionali. Ne deriva che la determinazione uniforme della quantità, qualità e tipologia delle prestazioni deve essere rimessa a fonti primarie, le quali definiscano anche procedure e atti per le successive specificazioni tecniche. In tale quadro si inserisce la disciplina dei livelli essenziali di assistenza, affidata a fonti regolamentari ma subordinata al coinvolgimento delle Regioni attraverso l'intesa in sede di Conferenza Stato-Regioni. L'art. 1, comma 554, della l. n. 208/2015 prevede infatti che i LEA siano definiti con decreto del presidente del Consiglio dei ministri (DPCM) su proposta del Ministro della salute, di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze, previa intesa con la Conferenza Stato-Regioni e previo parere delle Commissioni parlamentari competenti, con una procedura semplificata⁹⁴ per gli aggiornamenti privi di oneri finanziari⁹⁵.

La competenza statale dei LEA, pur avendo natura finalistica, non può essere utilizzata per estendere l'intervento statale a profili non strettamente connessi agli standard delle prestazioni. Al contempo, la Corte costituzionale ha valorizzato il principio di leale collaborazione anche sotto il profilo finanziario, evidenziando, nella sent. n. 169/2017, la necessità di una chiara allocazione delle risorse destinate ai LEA e richiamando sia lo Stato sia le Regioni a una cooperazione effettiva per garantirne il mantenimento⁹⁶.

Sotto il profilo finanziario, la garanzia dei livelli essenziali di assistenza si fonda sul sistema delineato dalla l. n. 42/2009 e dai relativi decreti attuativi – tra cui il d.lgs. n. 68/2011 sull'autonomia finanziaria regionale – che individua nel *fabbisogno standard* il parametro di riferimento per la determinazione delle risorse necessarie, oltre il quale lo Stato non assicura la copertura finanziaria. Tale meccanismo delimita l'intervento Statale, prevedendo che la copertura finanziaria sia assicurata entro i limiti così definiti, ferma restando la possibilità per le Regioni di erogare livelli ulteriori di assistenza con risorse proprie⁹⁷. Tuttavia, il sistema delineato dal federalismo fiscale è rimasto in larga parte

⁹⁴ Art. 1, comma 559, l. n. 208/2015, nella procedura semplificata l'adozione avviene con decreto del Ministro della salute, sentita la Conferenza Stato-Regioni, configurandosi così una forma di coinvolgimento attenuata, basata sul parere anziché sull'intesa.

⁹⁵ D. Morana, *op. cit.*, **Indicare con precisione il numero delle pagine cui ci si riferisce!**

⁹⁶ *Ivi*, **Indicare con precisione il numero delle pagine cui ci si riferisce!**

⁹⁷ Corte cost., Sent., (data ud. 20/06/2006) 14/07/2006, n. 284.

inattuato, anche in ragione della crisi economico-finanziaria del 2008, ed è stato progressivamente sostituito da un modello caratterizzato da un forte condizionamento statale, attraverso la riduzione delle risorse disponibili e l'introduzione di vincoli stringenti per l'accesso ai finanziamenti⁹⁸. Ne è derivata, nel tempo, una situazione di difficoltà per molte Regioni nel garantire i livelli essenziali di assistenza, con conseguenti disomogeneità territoriali sia sotto il profilo quantitativo che qualitativo delle prestazioni sanitarie, in particolare nelle regioni che non sono riuscite ad assicurare l'erogazione dei LEA in condizioni di equilibrio economico-finanziario⁹⁹.

L'analisi dell'evoluzione normativa del Servizio sanitario nazionale svolta finora evidenzia un percorso caratterizzato dalla costante ricerca di un equilibrio tra i diversi livelli di governo. Se la l. n. 833/1978 aveva inaugurato una stagione di centralismo solidaristico, le riforme degli anni Novanta hanno progressivamente spostato il baricentro decisionale verso le Regioni. Tale processo di regionalizzazione, unitamente all'aziendalizzazione del sistema, ha determinato il passaggio da una gestione politico-amministrativa a una responsabilità di tipo manageriale regionale, ponendo le basi di una sanità multilivello ma anche più frammentata sul piano territoriale. La riforma del Titolo V del 2001 ha infine consolidato tale assetto, qualificando la tutela della salute come materia di legislazione concorrente, attribuendo allo Stato la definizione dei livelli essenziali di assistenza e alle Regioni la loro attuazione. In tale scenario, la dialettica tra uniformità e autonomia organizzativa non rappresenta più soltanto un conflitto di competenze, ma il perno del governo della sanità moderna.

Ne deriva un sistema complesso e stratificato, nel quale la qualità dell'assistenza dipende in modo significativo dalla capacità di coordinamento tra i diversi livelli di governo. Come si vedrà nel prosieguo della tesi, è proprio nell'equilibrio tra esigenza di standard nazionali e prossimità territoriale che si innestano i più recenti interventi normativi, volti a definire modelli organizzativi sempre più tecnici e dettagliati, funzionali alla concreta attuazione del diritto alla salute sull'intero territorio nazionale.

⁹⁸ A. Lupo, *La tutela del bene salute tra uniformità e differenziazione: spunti di riflessione per il futuro* in Diritti regionali. Rivista di diritto delle autonomie 2/2023, p. 489.

⁹⁹ E. Cavasino, *La flessibilità del diritto alla salute* cit., p. 125, in A. Lupo, *La tutela del bene salute tra uniformità e differenziazione: spunti di riflessione per il futuro*, in Diritti regionali, 2/2023, p. 489.

1.2. Il DM n. 70/2015 e lo squilibrio nella programmazione tra ospedale e territorio

Come detto nel paragrafo precedente, la riforma del Titolo V delinea le competenze Stato-Regione, assegnando allo Stato la determinazione del LEA. In questo contesto, nel novembre del 2001 venne adottato un decreto del Presidente del Consiglio dei ministri che, per la prima volta sintetizza in modo organico i Livelli Essenziali di Assistenza. Il D.P.C.M. si articola attraverso la suddivisione dei livelli di assistenza in tre macroaree, assistenza sanitaria collettiva in ambienti di vita e di lavoro, assistenza distrettuale e assistenza ospedaliera, seguita da una serie di allegati che si basavano su un'imposizione di liste di prestazioni incluse (allegato 1A), escluse (allegato 2A) nonché quelle erogabili solo a determinate condizioni (allegati 2B e 2C), nonché indicazioni sulla gestione regionale e sulle liste d'attesa. Il decreto ha inoltre disciplinato l'integrazione sociosanitaria e ha previsto la possibilità per le Regioni di garantire prestazioni aggiuntive con risorse proprie.

A seguito dell'adozione del dpcm 29 novembre 2001, il sistema dei LEA ha iniziato a essere progressivamente interpretato non soltanto come un elenco di prestazioni garantite, ma come una vera e propria *architettura complessa*, la cui effettività richiedeva l'individuazione di criteri organizzativi e standard uniformi. In tale prospettiva si pone il problema del contenuto dei livelli essenziali, e in particolare, se questi debbano limitarsi alla sola individuazione delle tipologie di prestazioni o estendersi anche alla definizione dei criteri qualitativi di erogazione. Nel primo caso, infatti, i LEA si configurerebbero come un elenco di prestazioni garantite dal SSN, con il vantaggio di una chiara delimitazione delle attività a carico del sistema pubblico; questa imposizione però rischierebbe di sollevare criticità sul piano dell'equità, in assenza di indicazioni sui costi a carico degli utenti, ai destinatari delle prestazioni, ai tempi di erogazione e ai protocolli operativi. Nel secondo caso l'inclusione di criteri qualitativi consentirebbe di garantire una tutela del diritto alla salute più effettiva, ma richiederebbe una conoscenza puntuale delle diverse realtà territoriali per evitare che la definizione uniforme a livello nazionale produca effetti disomogenei tra le Regioni¹⁰⁰.

¹⁰⁰ F. Giglioni, *Manuale di diritto sanitario*, in Neldiritto Editore, ed. 2024, pp. 30-31.

La necessità di definire i criteri qualitativi emerge analizzando i limiti applicativi del D.P.C.M. 29 novembre 2001. Uno dei problemi della disciplina risiedeva nell'estrema sintesi con cui veniva delineato il macro-livello dell'assistenza ospedaliera, nel quale molte prestazioni erano ricondotte a livelli aggregati secondo un'impostazione *per blocchi*. Tale approccio risultava disomogeneo rispetto ad altre aree del sistema dei LEA, nelle quali era invece possibile rinvenire uno schema concettuale più analitico, riconducibile a una logica "a cascata" che collega livelli, sottolivelli, servizi, attività e prestazioni, che rendeva più analitico e verificabile il contenuto delle prestazioni garantite. L'impostazione per macroaree, non specificando in modo puntuale le condizioni organizzative, tecnologiche e strutturali necessarie all'erogazione delle prestazioni, lasciava ampi margini di autonomia alle Regioni nella fase attuativa, determinando così una significativa eterogeneità territoriale nell'offerta dei servizi sanitari. A conferma di tale disomogeneità, il Rapporto Censis del 2014 evidenziava rilevanti differenze nella percezione dei cittadini: l'83% degli abitanti del Mezzogiorno dichiara di ritenere inadeguato il proprio servizio sanitario regionale, mentre tale percentuale risulta significativamente più bassa nel Nord-Est (35%) e nel Nord-Ovest (meno del 30%)¹⁰¹.

Entrambi gli approcci – qualitativo e quantitativo – concorrono a definire la missione di assicurare una tutela omogenea del diritto alla salute. Se però la standardizzazione risulta più agevole per le prestazioni collegate a protocolli tecnici, con il crescere delle complessità delle prestazioni si rafforza la necessità di affiancare alla dimensione prestazionale la previsione di requisiti strutturali e organizzativi idonei ad assicurare l'effettiva erogazione dei livelli essenziali di assistenza¹⁰².

L'evoluzione tecnologica dei setting assistenziali di quegli anni ha ulteriormente evidenziato questo problema: l'introduzione di nuove tecniche diagnostiche e terapeutiche ha reso necessario stabilire, oltre alle prestazioni da garantire, in quali condizioni queste possano essere erogate in sicurezza ed efficacia. Si è fatta quindi strada

¹⁰¹ Censis – Unipol, Rapporto 2014 "Welfare, Italia. Laboratorio per le nuove politiche sociali" in M. Bergo, *nuovi livelli essenziali di assistenza. al crocevia fra la tutela della salute e l'equilibrio di bilancio*, in Rivista AIC, 2/2017.

¹⁰² F. Palumbo, *Dopo gli standard ospedalieri, gli standard territoriali*, in Corti Supreme e Salute, 2/2023, pp. 273-283 e F. Giglioni *manuale di diritto sanitario*, in Neldiritto Editore, ed. 2024 pp. 30-31.

l'esigenza di affiancare alla dimensione prestazionale una dimensione *standardizzata*, relativa ai requisiti strutturali, tecnologici e organizzativi.

La natura ibrida di tali requisiti fece sorgere dei dubbi circa la loro qualificazione; infatti, da un lato si trattava di elementi organizzativi e quindi di competenza concorrente, regionale *ex art* 117 comma terzo, però d'altra parte – come evidenziato sopra – si trattava di condizioni indispensabili per garantire uniformemente i LEA, di competenza esclusiva dello Stato secondo la lettera *m*) del secondo comma del 117 Cost. La ricerca della soluzione fu graduale. La Legge finanziaria del 2005¹⁰³ prevedeva già che, al fine di garantire l'uniformità nell'erogazione delle prestazioni dei LEA, venissero definiti standard qualitativi, strutturali, tecnologici, di processo e quantitativi mediante regolamento statale, previa intesa in Conferenza Stato-Regioni. La garanzia dei livelli essenziali, pertanto, non poteva prescindere dalla fissazione di parametri oggettivi e vincolanti.

Un ruolo decisivo fu svolto dalla giurisprudenza costituzionale: il Giudice delle leggi, con la sentenza n. 88 del 2003, ha disposto l'annullamento del d.m. 14 giugno 2002, recante "Disposizioni di principio sull'organizzazione e sul funzionamento dei servizi per le tossicodipendenze delle aziende sanitarie locali – SERT", affermando che lo Stato non può imporre alle Regioni vincoli organizzativi in materia sanitaria in modo diretto e generalizzato, ma solo nelle forme e nei limiti riconducibili alla speciale procedura di determinazione dei LEA. Non spetta, infatti, allo Stato introdurre ulteriori vincoli organizzativi che non siano funzionalmente collegati alla determinazione dei livelli essenziali delle prestazioni.

¹⁰³ Legge numero 311 del 30/12/2004, Articolo 1, comma 169: *Al fine di garantire che l'obiettivo del raggiungimento dell'equilibrio economico finanziario da parte delle regioni sia conseguito nel rispetto della garanzia della tutela della salute [...] anche al fine di garantire che le modalità di erogazione delle stesse siano uniformi sul territorio nazionale, coerentemente con le risorse programmate per il Servizio sanitario nazionale [...] sono fissati gli standard qualitativi, strutturali, tecnologici, di processo e possibilmente di esito, e quantitativi di cui ai livelli essenziali di assistenza, sentita la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano. Con la medesima procedura sono individuati le tipologie di assistenza e i servizi, relativi alle aree di offerta individuate dal vigente Piano sanitario nazionale [continua...].*

Questo orientamento si è consolidato nel 2006¹⁰⁴, quando la Corte ha rigettato la contestazione delle Regioni relativa al carattere estremamente dettagliato di alcune previsioni normative sugli standard, che non si limitavano solo a delineare le prestazioni da garantire a livello nazionale: la Corte ha riconosciuto la legittimità costituzionale della competenza statale nella fissazione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici, di processo, di esito e quantitativi, ai sensi dell'art. 1, comma 169, della legge 30 dicembre 2004, n. 311. La fissazione degli standard risulta così qualificata come strumento attuativo dei LEA, volto ad assicurare la migliore erogazione delle prestazioni, rientrando nella competenza statale di cui all'art. 117, comma 2, lett. m), Cost., purché esercitata nel rispetto del vincolo della *previa intesa*¹⁰⁵ con le Regioni e accompagnata da adeguate forme di coinvolgimento delle stesse, così da garantire anche un maggiore grado di uniformità.

Le riforme del 2012¹⁰⁶ si inseriscono in questo quadro. Il Decreto legislativo n. 95/2012, convertito nella l. 135/2012, nell'ambito delle politiche di contenimento della spesa sanitaria, rese operativa la logica degli standard attraverso interventi di razionalizzazione della rete ospedaliera e di riduzione dei posti letto. In particolare, l'art. 15, comma 13, lett. c), prevedeva che, nel rispetto degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi fissati ai sensi dell'art. 1, comma 169, della l. n. 311/2004 e previa intesa in Conferenza Stato-Regioni, le Regioni adottassero entro la fine dell'anno misure di riduzione dei posti letto ospedalieri accreditati, secondo i parametri indicati dalla norma, tenendo conto della mobilità interregionale. Gli standard, quindi, cessano di essere meri criteri orientativi di qualità e assumono una funzione direttamente conformativa della programmazione sanitaria regionale, incidendo sulla struttura dell'offerta ospedaliera e orientandone la razionalizzazione in funzione dell'efficienza del sistema, pur nel rispetto dei livelli essenziali di assistenza e della mobilità interregionale.

Il Decreto ministeriale numero 70 del 2015 traduce in modo sistematico l'esigenza di uniformità attraverso la definizione della rete ospedaliera e dei relativi standard,

¹⁰⁴ Corte cost., sent., 31/03/2006, n. 134.

¹⁰⁵ La Corte dichiara l'illegittimità costituzionale dell'art. 1, comma 169, della legge 30 dicembre 2004, n. 311, nella parte in cui prevede che il regolamento del Ministro della salute sia adottato "sentita" la Conferenza Stato-Regioni, anziché "previa intesa" con la medesima Conferenza.

¹⁰⁶ Decreto-legge 6 luglio 2012 n. 95, convertito con modificazioni dalla legge 7 agosto 2012, n. 135.

collocandosi come strumento attuativo dei LEA e, allo stesso tempo, come leva di indirizzo della programmazione sanitaria nazionale.

In attuazione dell'art. 15, comma 13, lett. c), della l. 135/2012, il d.m. n. 70/2015 si configura come un regolamento attuativo volto a migliorare la qualità dell'assistenza, incrementare la sicurezza delle cure e promuovere l'uso appropriato delle risorse. Ciò, prevedendo, in particolare, la riduzione dello standard dei posti letto ospedalieri accreditati ed effettivamente a carico del Servizio sanitario nazionale, secondo i parametri fissati dalla medesima disposizione¹⁰⁷.

Il D.m. 70 rappresenta il principale atto di attuazione della riorganizzazione della rete ospedaliera, volto a definire standard strutturali, tecnologici e qualitativi uniformi a livello nazionale: inserendosi nelle politiche di razionalizzazione della spesa sanitaria, ma perseguendo obiettivi di miglioramento della qualità della sicurezza delle cure, nonché di appropriatezza nell'utilizzo delle risorse. Il provvedimento introduce criteri omogenei per la programmazione dell'offerta ospedaliera, stabilendo parametri quantitativi – come il numero dei posti letto per abitante – e requisiti qualitativi e organizzativi delle strutture sanitarie. Tra gli elementi centrali vi è la definizione di soglie minime di attività per garantire adeguati livelli di esperienza e sicurezza, nonché la classificazione degli ospedali in base a livelli di complessità delle funzioni svolte.

Il secondo punto dell'allegato introduce la classificazione delle strutture ospedaliere in tre tipologie, caratterizzate in base ad una serie di parametri – come, il bacino di utenza, la presenza di determinate specialità, il ruolo nella rete di emergenza urgenza... – la divisione prevede presidi ospedalieri di base, di I livello e II livello. I presidi di base hanno un bacino di utenza tra gli 80.000 e i 150.000 abitanti e sono dotati di Pronto

¹⁰⁷ Art 1, comma 2, viene fissato uno standard nazionale non superiore a 3,7 posti letto per mille abitanti, di cui 0,7 destinati alla riabilitazione e alla lungodegenza post-acuzie. Per ottimizzare l'uso delle risorse, si punta a un tasso di ospedalizzazione di 160 per mille abitanti (con il 25% di ricoveri diurni) e a un indice di occupazione dei posti letto del 90%, con una degenza media per i ricoveri ordinari tendenzialmente inferiore ai 7 giorni. Il primo comma rimanda all'allegato 1 per gli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi delle strutture dedicate all'assistenza ospedaliera – che costituiscono parte integrante del decreto –, mentre i commi 3 e 5 stabiliscono le modalità di calcolo dei posti letto e le specifiche per l'adozione del provvedimento da parte delle Regioni.

Soccorso nonché specialità fondamentali come Medicina interna, Chirurgia generale e Ortopedia

I presidi di I livello sono caratterizzati da un bacino tra 150.000 e 300.000 abitanti, ospitano un DEA di I livello e specialità aggiuntive, tra cui Cardiologia con UTIC, Neurologia, Psichiatria e Ostetricia. I presidi di II livello sono invece destinati a servire bacini tra 600.000 e 1.200.000 abitanti, operano come DEA di II livello e includono le altre specialità più complesse, come Neurochirurgia, Cardiochirurgia e Terapia Intensiva Neonatale.

In relazione a questa classificazione il punto 5 dell'Allegato definisce i requisiti qualitativi che tutte le strutture classificate devono possedere per essere autorizzate e accreditate, introducendo gli standard per ogni livello.

Il punto 3 stabilisce che la rete ospedaliera debba essere organizzata in funzione dei bacini di utenza. Gli standard fissati dalla l. n. 135/2012, relativi ai posti letto (3,7 per 1.000 abitanti) e al tasso di ospedalizzazione (160 per 1.000 abitanti), devono essere raggiunti intervenendo su alcuni indicatori organizzativi fondamentali, in particolare sull'indice di occupazione dei posti letto, che dovrebbe attestarsi intorno al 90%, e sulla durata media della degenza per i ricoveri ordinari, mediamente inferiore a 7 giorni. Sulla base di questi parametri, e prendendo come riferimento le Regioni più efficienti, il tasso complessivo di ospedalizzazione viene ripartito tra le diverse specialità, così da individuare i valori attesi per ciascun ambito e i relativi bacini di utenza. Per i servizi privi di posti letto si considerano invece i volumi di prestazioni attesi in termini di appropriatezza ed efficienza¹⁰⁸.

Al punto 8 vengono integrate le reti ospedaliere per patologia *che integrano l'attività ospedaliera per acuti e post acuti con l'attività territoriale*, con l'obiettivo di trasformare la programmazione dei reparti in un sistema di percorsi assistenziali che seguono il paziente in base alla gravità e alla specificità della sua patologia. Definisce, inoltre, le linee guida per le reti tempo-dipendenti¹⁰⁹, ovvero percorsi di cura dove la velocità

¹⁰⁸ Art. 3.1 dell'Allegato del d.m. n. 70/2015.

¹⁰⁹ - Rete emergenze cardiologiche (STEMI): La rete STEMI garantisce accesso uniforme a trattamenti salvavita come angioplastica e trombolisi. Si basa sull'integrazione tra sistema 118, che effettua diagnosi

dell'intervento è il fattore determinante per la sopravvivenza e la riduzione della disabilità del paziente. Queste reti si basano sul modello *Hub and Spoke*, dove i centri *Hub* sono centri di eccellenza ad alta complessità, che coordinano i centri *Spoke*, cioè presidi territoriali che effettuano il primo trattamento e stabilizzazione, inviando i casi più complessi ai centri di riferimento *Hub*.

Il punto 9 dell'Allegato 1 organizza poi il sistema dell'emergenza-urgenza secondo un modello integrato articolato su tre livelli ospedalieri e un presidio territoriale¹¹⁰.

Infine, al punto 10 si prevede un'integrazione (*continuità*) del rapporto ospedale-territorio, che però prevede venga interamente disciplinato dalle Regioni. L'obiettivo è quello di garantire la presa in carico del paziente anche dopo la fase acuta. In questa prospettiva, l'assistenza non si esaurisce nell'intervento ospedaliero, ma si sviluppa all'interno di un sistema integrato che coinvolge i servizi territoriali, anche attraverso l'utilizzo dei Percorsi Diagnostico Terapeutici Assistenziali (PDTA), in particolare per le patologie croniche e complesse, con il supporto della telemedicina.

precoce anche tramite ECG teletrasmesso, e ospedali con emodinamica. È previsto un centro di emodinamica ogni 300.000–600.000 abitanti, con l'obiettivo di ridurre i tempi di riperfusione e migliorare la prognosi.

- Rete trauma (SIAT): Il SIAT organizza l'assistenza al trauma su tre livelli: PST per la stabilizzazione iniziale, CTZ per la maggior parte dei trattamenti e CTS (*hub*) per i politraumi complessi. La rete è integrata con centri specialistici (grandi ustionati, unità spinali, centri antiveleni).

- Rete ictus (Stroke Unit): La rete ictus si basa sulla centralizzazione delle cure e sulla rapidità di intervento per trombolisi e trombectomia, eseguibili nei centri *hub*. È supportata da sistemi di telemedicina h24 per il collegamento tra *spoke* e *hub*.

¹¹⁰ La rete ospedaliera si distingue tra Pronto Soccorso, destinato alla gestione e stabilizzazione delle urgenze di base con bacino di utenza di circa 80.000–150.000 abitanti, DEA di I livello (*spoke*), dotato delle principali specialità e funzioni di emergenza per 150.000–300.000 abitanti, e DEA di II livello (*hub*), cioè centri ad alta complessità per patologie gravi e specialistiche, con bacino di utenza di 600.000–1.200.000 abitanti. Il sistema è integrato dal soccorso territoriale 118, affidato alle centrali operative che gestiscono le chiamate e attivano il mezzo più idoneo (ambulanza, automedica o elisoccorso), secondo standard di copertura e tempestività, con particolare attenzione alle patologie tempo-dipendenti e alle aree disagiate. A completamento del sistema si collocano i Punti di Primo Intervento, strutture dedicate alla gestione dei casi a bassa gravità e al primo inquadramento clinico, con possibile riconversione funzionale in caso di elevati volumi di accesso. L'obiettivo complessivo è garantire la continuità dell'assistenza, assicurando il trasporto del paziente verso la struttura più appropriata in base alla gravità e alla complessità del quadro clinico.

Il decreto affida quindi alle Regioni la definizione dei modelli organizzativi concreti della continuità assistenziale, includendo l'individuazione dei percorsi di integrazione tra ospedale e territorio, il ruolo dei medici di medicina generale e le reti di patologia. Alle Regioni spetta inoltre disciplinare i criteri di ammissione appropriata ai ricoveri e le modalità di dimissione protetta, al fine di garantire la continuità delle cure e il corretto trasferimento del paziente verso i servizi territoriali o domiciliari.

Rientra in questo quadro anche la gestione della fase post-acuta attraverso strutture intermedie, come gli ospedali di comunità, per i quali il decreto fornisce solo indicazioni generali, lasciando alle Regioni ampi margini di programmazione e organizzazione. Analogamente, l'uso della telemedicina e dei sistemi informativi integrati è previsto come strumento funzionale alla continuità assistenziale, ma la sua concreta attuazione è rimessa alle scelte regionali.

Nel complesso, il punto 10 configura un modello di integrazione ospedale-territorio in cui lo Stato definisce solo l'obiettivo della continuità delle cure, lasciando integralmente alle Regioni la relativa attuazione organizzativa.

Sebbene il D.M. n. 70/2015 si ponga l'obiettivo di rafforzare l'integrazione con il territorio, prevedendo un ambito "transmurale" in cui le competenze cliniche ospedaliere possano essere impiegate anche per l'erogazione di prestazioni extraospedaliere, ambulatoriali e domiciliari, tale finalità non ha trovato piena attuazione nella pratica, producendo in alcuni casi effetti opposti. In particolare, l'applicazione del decreto ha comportato la chiusura di piccoli ospedali e di punti di pronto soccorso, nonché la riduzione dei posti letto, con il conseguente sovraccarico delle strutture ospedaliere ancora operative, già segnate da carenze di organico. In questo contesto, soprattutto nelle regioni che hanno distinto la *governance* tra ambito ospedaliero e territoriale, si è assistito a un incremento delle aziende ospedaliere separate da quelle sanitarie territoriali, con un'ulteriore difficoltà nel garantire integrazione e coordinamento tra i diversi setting assistenziali. Tali criticità risultano particolarmente evidenti nelle aree periferiche, spesso rimaste carenti di servizi a seguito dell'attuazione del decreto¹¹¹.

¹¹¹ E. Ceccotti, *Il Servizio sanitario nazionale e le sue criticità*, in www.astrid-online.it, n. 9/2024; F. Saitta, *Il servizio sanitario nazionale: punti fermi e prospettive evolutive* in *Nuove Autonomie*, 1-2/2024, pp. 79-

In ultima analisi, il limite strutturale del DM 70/2015 risiede nell'aver introdotto una disciplina asimmetrica all'interno del sistema sanitario: mentre per l'assistenza ospedaliera sono stati definiti standard tecnici, dimensionali e qualitativi stringenti e direttamente vincolanti per le Regioni, nulla di analogo è stato previsto per la rete territoriale. Ne è derivato uno squilibrio tra i due livelli di assistenza, per cui alla fase di razionalizzazione della rete ospedaliera non ha corrisposto un altrettanto prescrittivo rafforzamento dei servizi di prossimità. Tale assetto ha lasciato ampi margini di differenziazione regionale, con conseguente disomogeneità nell'organizzazione dell'assistenza territoriale e una tutela della salute non pienamente uniforme sul territorio nazionale.

1.3. Le conseguenze di una persistente frammentazione e le criticità della medicina territoriale

Facendo un passo indietro rispetto al d.m. del 2015, è opportuno soffermarci sulla medicina territoriale, che organizza l'assistenza sanitaria sulla base dei bisogni effettivi dei cittadini, tenendo conto della varietà dei gruppi sociali e delle diverse condizioni di vita che caratterizzano la popolazione¹¹².

Se, come già evidenziato, la legge n. 833/78 valorizzava il livello locale, ponendo in stretta connessione le unità sanitarie locali con i Comuni e garantendo una maggiore prossimità ai cittadini, le riforme degli anni Novanta hanno progressivamente ridimensionato il ruolo degli enti locali, allontanando la gestione sanitaria dal territorio. Tale tendenza viene parzialmente corretta dal d.lgs. n. 229 del 1999, che promuove una programmazione maggiormente partecipata, rafforzando il ruolo degli enti locali, in particolare attraverso il potenziamento delle loro funzioni consultive e propositive. In questo contesto si inserisce la valorizzazione del Distretto sanitario¹¹³, che assume il ruolo

121 e G. Busilacchi, F. Toth, *Il SSN alla prova della pandemia. Cosa abbiamo appreso?*, in *Italian Journal of Social Policy*, 2/2021, p. ... **Indicare con precisione il numero delle pagine cui ci si riferisce!**

¹¹² F. Pizzolato, *Le Case della Comunità e il rapporto tra città e salute*, in *Dirittifondamentali.it*, 1/2022, pp. 408-433.

¹¹³ Cioè l'ambito organizzativo specifico delle cure primarie: un'articolazione dell'area territoriale dove opera l'Unità sanitaria locale e nella quale avviene la programmazione l'erogazione dei servizi al cittadino.

di snodo della medicina territoriale: è infatti a livello distrettuale che si organizzano e si coordinano i servizi extraospedalieri, si realizza l'integrazione tra prestazioni sanitarie e sociali e si costruiscono percorsi assistenziali maggiormente prossimi ai cittadini. Altro ruolo fondamentale è quello dei medici di medicina generale, figura che presenta tuttavia elementi di peculiarità all'interno del nostro sistema, in quanto operante in regime di libera professione convenzionata. Tale assetto li rende più difficilmente governabili sul piano organizzativo, incidendo sul coordinamento complessivo e sull'omogeneità dei servizi erogati. Nella maggior parte dei casi, infatti, il medico di medicina generale opera in modo isolato, in assenza di un effettivo raccordo con gli altri professionisti, con il rischio di offrire risposte assistenziali eterogenee e non sempre integrate con i servizi sanitari territoriali¹¹⁴.

In tale prospettiva si colloca anche il decreto ministeriale 10 luglio 2007, attuativo della legge finanziaria per il 2007¹¹⁵, che ha previsto la sperimentazione del modello assistenziale *case della salute*¹¹⁶, finanziata mediante un apposito fondo destinato al cofinanziamento dei progetti attuativi del Piano sanitario nazionale, con l'obiettivo di ridurre gli squilibri derivanti dalla disomogeneità regionale nella sua attuazione¹¹⁷. Il decreto, in particolare, definiva all'Allegato A la Casa della salute nella quale vengono concentrati in un unico luogo fisico i servizi sanitari e sociali, al fine di favorire l'integrazione e il coordinamento tra prestazioni e operatori. Grazie alla compresenza di diverse professionalità, tale struttura mirava a garantire un'erogazione unitaria dei servizi, configurandosi come punto di riferimento per le cure primarie e contribuendo al miglioramento della continuità assistenziale e della presa in carico del paziente.

La struttura avrebbe dovuto ospitare gli studi medici di medicina generale, garantire la continuità assistenziale e integrare gli ambulatori della specialistica ambulatoriale, includendovi anche uno sportello unico di accesso. Quest'ultimo rappresentava un elemento di raccordo tra le attività sanitarie, sociali e socio-assistenziali finalizzato alla presa in carico del paziente attraverso unità valutative multidisciplinari, che avrebbero

¹¹⁴ G. Busilacchi, F. Toth, Il SSN alla prova della pandemia. Cosa abbiamo appreso?, in *Italian Journal of Social Policy*, 2/2021, p. **Indicare con precisione il numero delle pagine cui ci si riferisce!**

¹¹⁵ L. n. 296/2006, art. 1, comma 806, lett. a).

¹¹⁶ Che trova il suo primo fondamento nel Piano Sanitario della Regione toscana del 2005-2007.

¹¹⁷ L. n. 296/2006, art. 1, comma 805.

dovuto individuare e attuare dei percorsi assistenziali personalizzati sulla base dei bisogni – clinici e sociali – del paziente, definendo, congiuntamente al *team*, il tipo di assistenza necessaria e monitorandone l’attuazione.

La Casa della salute era concepita come il *luogo della partecipazione democratica dove i cittadini e le associazioni di tutela dei pazienti contribuiscono alla programmazione dei servizi e delle attività e sono chiamati a valutare i risultati ottenuti in termini di salute e di benessere percepito*¹¹⁸. Essa veniva dunque configurata come il punto centrale della medicina territoriale: uno spazio unitario in cui il cittadino potesse accedere alla maggior parte dei servizi sanitari e socio-sanitari evitando, quando possibile, il ricorso in ospedale.

Le regioni erano chiamate a presentare specifici progetti per l’avvio della sperimentazione, nel rispetto di apposite linee guida. In particolare, all’interno delle Case della Salute doveva essere garantita la presenza di diverse figure professionali, tra cui i medici di medicina generale, quale primo riferimento per il paziente. L’organizzazione doveva essere strutturata in modo da assicurare un’assistenza continuativa, 24 ore su 24 e 7 giorni su 7, anche mediante il coordinamento con i servizi di continuità assistenziale e di emergenza territoriale. Accanto ai medici di base, erano previsti specialisti ambulatoriali e servizi diagnostici di primo livello (quali analisi di laboratorio, radiologia ed ecografie), al fine di consentire l’erogazione tempestiva di visite, esami e consulenze, anche nella stessa giornata nei casi urgenti. Un ruolo centrale era inoltre attribuito al personale sanitario non medico, in particolare infermieri, professionisti della riabilitazione e della prevenzione. Gli infermieri, assegnati stabilmente all’area sub-distrettuale, operavano in stretta collaborazione con i medici di medicina generale all’interno di moduli operativi integrati, quali l’Unità di Valutazione Multidimensionale (UVM), l’assistenza domiciliare integrata (ADI), il Centro diurno, la Residenza sanitaria assistenziale (RSA) e la degenza territoriale (Ospedale di comunità). La struttura doveva essere infine dotata di servizi per la gestione delle urgenze minori, quali ambulatori infermieristici e spazi per l’esecuzione di piccoli interventi¹¹⁹.

¹¹⁸ D.m. 10/07/2007, allegato A, punto 9.

¹¹⁹ D.m. 10/07/2007, allegato A, punti da 1 a 9.

Alcune regioni, come Toscana, Emilia-Romagna, Lombardia, Piemonte, Friuli-Venezia Giulia, Veneto, Lazio, introdussero, inizialmente in via sperimentale, modelli organizzativi di aggregazione funzionale nell'ambito dell'assistenza primaria, della continuità assistenziale e del coinvolgimento di diverse professionalità¹²⁰. In particolare, si sono distinte le esperienze dell'Emilia-Romagna e della Toscana¹²¹.

Nel 2012, il decreto Balduzzi ha previsto nuovi modelli organizzativi, quali le aggregazioni di medici e le unità multiprofessionali, con l'obiettivo di migliorare la presa in carico dei pazienti e ridurre il ricorso all'ospedale. L'art. 1 del d.l. n. 158/2012, convertito nella l. n. 189/2012, ha infatti impegnato le Regioni a definire un'organizzazione dei servizi primari territoriali, promuovendo l'integrazione con i servizi sociali, anche al fine di rafforzare la presa in carico dei cittadini. A tal fine, sono state previste forme organizzative sia mono-professionali (Aggregazioni Funzionali Territoriali – AFT) sia multiprofessionali (Unità Complesse di Cure Primarie – UCCP). Tuttavia, il ruolo e l'interlocuzione degli enti locali sono rimasti sullo sfondo, essendo rimessi alla discrezionalità regionale, con la conseguenza che, nella maggior parte dei casi, non si è registrata un'effettiva attivazione.

Nel 2013, l'analisi condotta dalla Fondazione ISTUD¹²² evidenziava la presenza in Toscana di una previsione di realizzazione di 100 Case della Salute, ma solo 20 risultavano effettivamente attuate, queste strutture erano organizzate in modo da concentrare in un unico luogo medici di medicina generale, specialisti, infermieri e assistenti sociali, al fine di costituire équipe multidisciplinari; in Piemonte, invece, dopo una prima fase di sperimentazione delle Case della Salute (circa 20 attive nel 2013), si è proceduto alla sua chiusura, deliberando la creazione dei Centri di Assistenza Primaria (CAP), di cui nel 2013 risultavano attivi 3 e altri 3 in fase di avvio. Si trattava di modelli organizzativi maggiormente integrati tra medicina generale, continuità assistenziale e specialistica, destinati a fungere da punti di riferimento per le cure primarie. Infine, in Emilia-Romagna, già a partire dal 2010 (DGR n. 291), erano state programmate 65 Case

¹²⁰ Nel 2021 il Servizio di studi della Camera dei deputati rilascia una pubblicazione.

¹²¹ F. Pizzolato, *Le Case della Comunità e il rapporto tra città e salute*, in *Dirittifondamentali.it*, 1/2022, pp. 408-433. **Indicare con precisione il numero delle pagine cui ci si riferisce!**

¹²² Le cure primarie in Italia: verso quali orizzonti di cura e assistenza, Report 2013, Fondazione ISTUD.

della Salute: nel 2013, 13 risultavano già realizzate, mentre le restanti erano previste entro il 2015, di cui 44 all'interno di strutture già esistenti¹²³.

La Lombardia, invece, si è orientata verso forme di associazionismo in rete prive di una sede strutturata (c.d. *Chronic Related Group*), mentre in Sicilia sono stati istituiti i Presidi Territoriali di Assistenza, strutture destinate a concentrare le professionalità dei medici di medicina generale per la gestione delle patologie croniche, prevedendo punti di primo intervento, servizi di continuità assistenziale con i medici della guardia medica, diagnostica di base e servizi sociosanitari.

Si è così determinata una significativa differenziazione a livello regionale, che conferma quanto già emerso da un'analisi precedente al 2012 del Centro Studi FIMMG: *“il fenomeno di aggregazione secondo modalità evolute della Medicina Generale inizia a consolidarsi sul territorio nazionale, pur con significative differenze nella distribuzione per macro aree del Paese; le Aggregazioni Funzionali sono più diffuse sebbene con differenze molto elevate tra Nord e Sud; laddove presenti, le AFT coinvolgono comunque elevate percentuali di MMG; le UCCP (o modelli a queste riconducibili) sono sicuramente meno frequenti e comunque più diffuse al Centro; sia le AFT che le UCCP offrono il grande vantaggio e la concreta possibilità di migliorare i livelli assistenziali orientando l'attenzione verso aspetti centrali e rilevanti quali l'organizzazione, l'accessibilità e la medicina di iniziativa”*¹²⁴.

Nel 2015, con il d.m. 70, al punto nove vengono previsti gli Ospedali di comunità, una struttura a bassa intensità assistenziale, dotata di un numero limitato di posti letto (circa 15-20) e gestita prevalentemente da personale infermieristico, con assistenza medica garantita da medici di medicina generale, pediatri o altri professionisti del SSN. La gestione organizzativa fa capo al distretto, che assicura anche il supporto specialistico. Accoglie pazienti che necessitano di cure erogabili anche a domicilio, ma non praticabili per condizioni abitative o familiari inadeguate, oppure che richiedono una sorveglianza

¹²³ Si veda per un maggiore approfondimento sull'argomento il Dossier 269/2020, *valutazione di impatto delle Case della Salute su indicatori di Cura 2009-2019* della Regione Emilia-Romagna.

¹²⁴ Centro Studi FIMMG, *Questionario su aggregazioni funzionali e complesse della Medicina Generale*, settembre 2011, in Fondazione ISTUD, *Le cure primarie in Italia: verso quali orizzonti di cura e assistenza*, Report 2013.

infermieristica continuativa. La degenza è generalmente breve (15-20 giorni) e l'accesso può avvenire dal domicilio, da strutture residenziali, dall'ospedale o dal pronto soccorso. L'assistenza è garantita 24 ore su 24 e la struttura può essere collocata in presidi ospedalieri riconvertiti o in strutture residenziali¹²⁵. Nonostante tale previsione, solo nel febbraio 2020 la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano ha sancito l'intesa sui requisiti strutturali, tecnologici e organizzativi minimi degli Ospedali di comunità.

L'attuazione degli Ospedali di comunità si configura, pertanto, come un processo graduale, avviato già prima del 2015, a partire dalle sperimentazioni regionali dei primi anni Duemila.

In Veneto, il DGRV n. 2481 del 6 agosto 2004 ha avviato un progetto sperimentale di strutture sanitarie intermedie per pazienti in dimissione ospedaliera, individuando come destinatari soggetti clinicamente stabilizzati ma non ancora pienamente autonomi, oppure pazienti per i quali il medico di medicina generale ritenga necessario un ricovero in ambiente sanitario protetto per il completamento delle terapie o del percorso assistenziale. Successivamente, la legge regionale n. 23/2012 ha affidato alla Giunta regionale il compito di definire la programmazione delle unità di ricovero intermedie, tenendo conto dell'articolazione distrettuale e dell'accessibilità territoriale, con l'approvazione delle relative schede di dotazione avvenuta con DGRV n. 2718/2012, che disciplina in modo organico tipologie, requisiti autorizzativi, caratteristiche organizzative, dotazioni di personale e aspetti strutturali delle strutture di ricovero intermedie, tra cui gli ospedali di comunità e le unità di riabilitazione territoriale (URT). In tale contesto, è stata definita anche l'architettura assistenziale, con responsabilità clinica affidata ai medici di medicina generale o a specialisti in geriatria e medicina interna, e con garanzia di assistenza infermieristica continuativa¹²⁶.

¹²⁵ D.M. 70/2015 Allegato A, punto 10.

¹²⁶ Servizio di studi della Camera dei deputati, *Case della salute ed Ospedali di comunità: i presidi delle cure intermedie. Mappatura sul territorio e normativa nazionale e regionale* n. 144, Documentazione e ricerche, Servizio di studi della Camera dei deputati, p. 31 e G. Fattore, F. Meda, M. Meregaglia, *Gli ospedali di comunità in Italia: passato, presente e futuro*, in Rapporto OASI 2021, pp. 564-601.

Nel 2013, un'altra Regione ha adottato lo stesso modello: l'Emilia-Romagna con la DGR n. 284 ha infatti contribuito in modo significativo alla formalizzazione di questo schema di intervento, anche attraverso l'introduzione di sistemi informativi dedicati al monitoraggio dell'attività assistenziale (Sistema Informativo, Regionale Ospedali di Comunità, SIRCO); la responsabilità medica è stata affidata ai medici di famiglia – o altro medico –, mentre la l'assistenza è stata assicurata da infermieri presenti continuativamente nella struttura h24, assieme ad altro personale sanitario – come gli Operatori sociosanitari (OSS). Successivamente, le Delibere di Giunta 221\2015 e 2040\2015 hanno chiarito che l'assistenza deve essere erogata utilizzando i letti intermedi territoriali sanitari a gestione infermieristica¹²⁷ ed organizzati per moduli assistenziali, di norma, dai 15 ai 20 posti letto. L'assistenza medica è assicurata da MMG o da PLS o da medici dipendenti del SSN¹²⁸.

Un primo riconoscimento nazionale di questo approccio si ha col Patto per la salute 2014-2016, che individua la necessità di una disciplina organizza delle strutture di cura intermedie, legando la struttura all'obiettivo di ridurre i ricoveri ospedalieri inappropriati. È questo indirizzo ad essere recepito dal d.m. 70/2015, che colloca gli OdC nell'ambito della rete assistenziale territoriale, in una posizione di raccordo tra l'assistenza ospedaliera e domiciliare. Come per le Case della Comunità, le situazioni che si formano sul territorio non sono omogenee:

In Toscana nel 2016 viene costituita¹²⁹ l'Agenzia di Continuità Ospedale Territorio in tutte le zone-Distretto, per la continuità assistenziale del paziente nel percorso di dimissioni, cui viene affidato anche il coordinamento del processo di dimissioni, attivando le azioni necessarie affinché la presa in carico del paziente sia relazionata ai suoi bisogni. L'ACOT aveva quindi il ruolo di assicurare il raccordo dei Servizi coinvolti e l'interdisciplinarietà degli interventi, con un coordinamento organico e funzionale tra i

¹²⁷ “I letti intermedi sono letti sanitari nei quali i pazienti ricevono soprattutto assistenza infermieristica, supportata da un medico o una medica di medicina generale. Possono essere utilizzati da pazienti che hanno un bisogno assistenziale di tipo sanitario, ma che si trovano in una condizione clinica stabilizzata e non più in fase acuta, tale da non richiedere un posto letto ospedaliero per acuti”. Azienda sanitaria Alto dell'Adige, <https://www.asdaa.it/it/ospedali-di-comunita>.

¹²⁸ Servizio di studi della Camera dei deputati, *Case della salute ed Ospedali di comunità* cit., p. 14.

¹²⁹ Delibera GRT n.679 del 12 luglio 2016.

servizi territoriali, i professionisti della struttura ospedaliera e il Medico di medicina generale. L'anno successivo¹³⁰, la Regione ha fornito degli indirizzi per l'organizzazione dei *setting* assistenziali di cure intermedie residenziali in fase di dimissione ospedaliera, individuati in base alla diversa intensità assistenziale¹³¹.

In Veneto, il percorso di consolidamento del modello prosegue con la DGRV n. 751/2015, che ha promosso l'evoluzione dell'assistenza territoriale attraverso la diffusione della Medicina di Gruppo Integrata, rafforzando l'integrazione tra professionisti e la presa in carico dei pazienti cronici. Successivamente, la legge regionale n. 48/2018 e il Piano Socio-Sanitario Regionale 2019-2023 hanno ridefinito complessivamente la programmazione sociosanitaria regionale, inserendo in modo strutturale il potenziamento dell'assistenza territoriale. In attuazione di tali previsioni, la DGRV n. 614/2019 ha consolidato l'organizzazione della rete territoriale, integrando le Medicine di Gruppo e le strutture ospedaliere e territoriali secondo un modello orientato alla continuità assistenziale e alla presa in carico della cronicità¹³².

Nel 2019 la Regione Lombardia con la Deliberazione n. XI/2019 ha avviato il percorso di riordino e riclassificazione dei Presidi Socio-Sanitari Territoriali (PreSST), dei Presidi Ospedalieri Territoriali (POT)¹³³ e delle degenze di comunità, introducendo un modello organizzativo improntato alla continuità assistenziale. La delibera ha previsto l'istituzione, all'interno delle ASST o di altri enti del sistema, di strutture di coordinamento (centri multiservizi o centrali per la continuità assistenziale) in stretto raccordo con le ATS, cui sono attribuite funzioni di valutazione multidimensionale, *case management* e supporto ai percorsi di presa in carico. In tale assetto, le ATS svolgono funzioni di programmazione mentre le ASST sono responsabili della gestione

¹³⁰ Delibera GRT n.909 del 7 agosto 2017

¹³¹ *Case della salute ed Ospedali di comunità: i presidi delle cure intermedie. Mappatura sul territorio e normativa nazionale e regionale* n. 144, Documentazione e ricerche, Servizio di studi della Camera dei deputati, p. 28.

¹³² Servizio di studi della Camera dei deputati, *Case della salute ed Ospedali di comunità: i presidi delle cure intermedie. Mappatura sul territorio e normativa nazionale e regionale* n. 144, Documentazione e ricerche, , p. 31.

¹³³ Istituiti nel 2015 dalla Legge Regionale 11 agosto 2015, n. 23 della Lombardia – Evoluzione del sistema sociosanitario lombardo – che riformava il sistema sanitario precedente del 2009, andando ad istituire le ATS (Agenzie di Tutela della Salute) e le ASST (Aziende Socio-Sanitarie Territoriali), spostando il *focus* dall'ospedale al territorio.

organizzativa, congiuntamente impegnate nell'analisi dei bisogni socio-sanitari dei territori al fine di individuare le risorse necessarie e le strutture da riconvertire in PreSST e POT. Il quadro è stato integrato dalla Deliberazione n. X/6551 del 4 maggio 2017, che ha definito le modalità di presa in carico dei pazienti cronici e fragili, introducendo nuove strutture di offerta dedicate, tra cui appunto PreSST e POT¹³⁴.

Nel dicembre 2019 è stato adottato il Patto per la Salute relativo al triennio 2019-2021. In particolare, al punto 8 – dedicato allo sviluppo dei servizi di prevenzione e tutela della salute, allo sviluppo delle reti territoriali e al riordino della medicina generale – si prevede un intervento di riordino del sistema in un contesto caratterizzato dal potenziamento dell'assistenza territoriale, articolata soprattutto sull'assistenza domiciliare e sulla diffusione delle cosiddette strutture di prossimità. Il Piano fornisce indicazioni volte a delineare un'organizzazione dei servizi orientata prevalentemente all'assistenza sanitaria e sociosanitaria domiciliare, promuovendo al contempo il riordino della medicina generale e della pediatria di libera scelta. In questa prospettiva, viene favorita l'integrazione con la specialistica ambulatoriale interna e con tutte le figure professionali coinvolte, incluso l'infermiere di comunità, al fine di garantire una presa in carico completa e continuativa della persona¹³⁵.

Nel 2021 il Servizio Studi della Camera dei deputati ha pubblicato un documento di monitoraggio sulle Case della salute e sugli Ospedali di Comunità, evidenziando non solo una marcata disomogeneità territoriale, ma anche la mancata attuazione, da parte di molte Regioni, degli istituti previsti.

La tabella di seguito¹³⁶ indica la mappatura per le Case della Salute e gli Ospedali di Comunità dichiarati attivi nel 2020.

¹³⁴ Servizio di studi della Camera dei deputati, *Case della salute ed Ospedali di comunità* cit., p. 18.

¹³⁵ F. G. Cuttaia *L'utilizzo dello strumento pattizio nell'attuazione della riforma dell'assistenza sanitaria territoriale: percorsi seguiti e mancati raccordi* in *dirittifondamentali.it* 3/2022, pp. 323-337

¹³⁶ Fonte: Regione Emilia-Romagna – Commissione salute – Area assistenza territoriale, su dati trasmessi dalle Regioni in *Case della salute ed Ospedali di comunità: i presidi delle cure intermedie. Mappatura sul territorio e normativa nazionale e regionale* n. 144, Documentazione e ricerche, Servizio di studi della Camera dei deputati, p 8

| Regione/PA | Case della Salute dichiarate attive | Ospedali di Comunità dichiarati attivi | |
|-----------------------|-------------------------------------|--|--------------|
| | N | N | PL |
| Valle d'Aosta | - | - | - |
| Bolzano - Alto Adige | - | - | - |
| Trentino | - | - | - |
| Piemonte | 71 | 5 | 30 |
| Lombardia | - | 20 | 467 |
| Veneto | 77 | 69 | 1.426 |
| Friuli Venezia Giulia | - | - | - |
| Emilia-Romagna | 124 | 26 | 359 |
| Liguria | 4 | 1 | 20 |
| Toscana | 76 | 20 | 245 |
| Marche | 21 | 14 | 616 |
| Abruzzo | N.C. | 5 | - |
| Lazio | 22 | - | - |
| Umbria | 8 | - | - |
| Molise | 6 | 2 | - |
| Basilicata | 1 | - | - |
| Puglia | - | - | - |
| Campania | - | 1 | - |
| Calabria | 13 | - | - |
| Siciliana | 55 | - | - |
| Sardegna | 15 | - | - |
| Totale | 493 | 163 | 3.163 |

N.D.: non disponibile; N.C.: la Regione Abruzzo ha trasmesso la programmazione delle UCCP dalla quale non si evince il numero di UCCP attive all'anno 2020

Da questi dati si possono evincere tre punti rilevanti.

Il primo riguarda le differenti scelte politiche regionali: si osserva una generale tendenza a investire maggiormente sulle Case della Salute, lasciando uno spazio più limitato agli Ospedali di Comunità. Un'espressione di tali scelte è rappresentata dal caso della Lombardia, dove nella voce relativa alle CdS non risultano strutture. Ciò è dovuto al fatto che la normativa regionale ha previsto i Presidi Sociosanitari Territoriali (PRESST) e i Presidi Ospedalieri Territoriali (POT), dotati anche di posti letto territoriali (degenze di comunità). Per questo motivo tali strutture, pur svolgendo funzioni in parte assimilabili alle Case della Salute, vengono classificate prevalentemente come Ospedali di Comunità, riflettendo un orientamento più marcato verso la gestione del post-ricovero piuttosto che verso la prevenzione e l'assistenza ambulatoriale. Un'impostazione analoga si riscontra

anche in Valle d'Aosta¹³⁷, dove sono stati attivati centri assimilabili agli Ospedali di Comunità.

In secondo luogo, si evidenzia una marcata differenza tra Nord e Sud Italia: nelle regioni meridionali le Case della Salute risultano presenti solo in poche realtà e in misura non sufficiente a garantire una copertura territoriale adeguata, mentre gli Ospedali di Comunità appaiono pressoché assenti, con una presenza limitata a un'unica struttura in Campania. Ne deriva una maggiore persistenza di un modello prevalentemente ospedale-centrico.

Il terzo punto riguarda la distribuzione dei posti letto, che appare fortemente disomogenea a livello territoriale: una quota significativa si concentra in poche regioni — in particolare in Veneto — mentre nelle altre risulta nettamente più limitata. Tale squilibrio rischia di ridurre l'efficacia complessiva degli Ospedali di Comunità, il cui obiettivo è proprio quello di alleggerire la pressione sugli ospedali per acuti e favorire una gestione più appropriata dei percorsi assistenziali.

È poi importante sottolineare come all'istituzione delle strutture e all'avvio delle attività da parte della Regione non corrisponda, in molti casi, una piena operatività del servizio: nella maggior parte dei casi risultano infatti sottorganico, avendo un'operatività concreta limitata, con potenzialità che non trovano una piena realizzazione¹³⁸.

Emerge così che l'assistenza territoriale risulta ancora fortemente dipendente dall'iniziativa dei singoli contesti locali, rendendo evidente la necessità di un suo rafforzamento attraverso interventi di programmazione a livello statale. La fotografia restituita dal monitoraggio 2020 evidenzia infatti un Servizio Sanitario *Nazionale a macchia di leopardo*, nel quale la garanzia dei livelli essenziali di assistenza territoriale

¹³⁷ In questa regione si è sviluppato a partire dal 2011, inserito nel Piano Sociosanitario Regionale, la figura dell'infermiere di famiglia, con il compito di facilitare le dimissioni precoci dagli ospedali, fornire assistenza infermieristica a domicilio; agire da tramite tra la famiglia e il medico di base, sostituendosi a quest'ultimo quando i bisogni identificati sono di carattere prevalentemente infermieristico. L'obiettivo generale del progetto è di mantenere la persona a domicilio, ridurre gli accessi alle strutture o i ricoveri. In *AostaSera.it*, <https://aostasera.it/notizie/societa/arriva-in-valle-daosta-linfermiere-di-famiglia-tra-i-suoi-compiti-quello-di-promuovere-la-salute/>

¹³⁸ G. Busilacchi, F. Toth, *Il SSN alla prova della pandemia. Cosa abbiamo appreso?*, in *Italian Journal of Social Policy*, 2/2021, p 87.

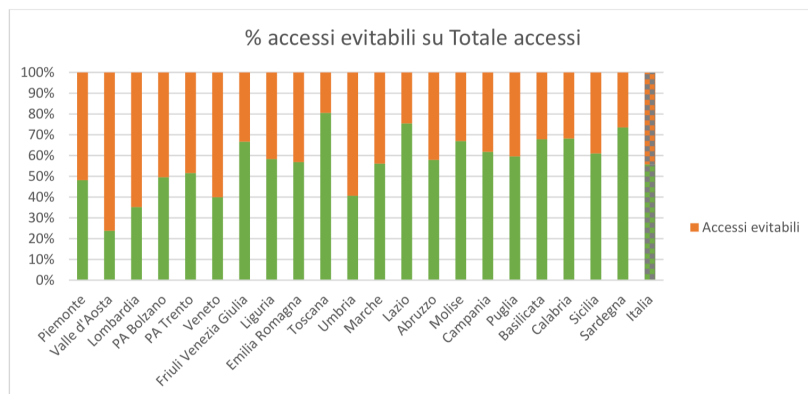
appare più legata alla capacità organizzativa delle singole Regioni che a un'effettiva uniformità del diritto alla salute su tutto il territorio nazionale.

1.3.1. Crisi di prossimità e il sovraffollamento di strutture ospedaliere

Una delle principali conseguenze della frammentazione e della scarsa attuazione dell'assistenza territoriale è il sovraccarico dei pronto soccorso e delle strutture ospedaliere. La medicina del territorio può infatti svolgere, da un lato, una funzione di filtro rispetto agli accessi in pronto soccorso, intervenendo in fase precoce attraverso attività di prevenzione e presa in carico; dall'altro, può contribuire a ridurre la durata della degenza ospedaliera nel post-operatorio, anche grazie al ruolo degli Ospedali di Comunità. Più in generale, se adeguatamente strutturata e supportata da efficaci politiche di prevenzione, l'assistenza territoriale può ridurre l'insorgenza e l'aggravamento delle patologie.

Tuttavia, i dati evidenziano come tale funzione non sia ancora pienamente realizzata. Dall'indagine conoscitiva sullo stato della medicina di emergenza-urgenza e dei pronto soccorso in Italia (febbraio 2024), basata sui dati del 2022, emerge un elevato numero di accessi classificati come codici a bassa gravità: circa il 50% degli accessi è rappresentato da codici verdi e circa l'11,8% da codici bianchi. Secondo la stessa indagine, il 44% degli accessi complessivi avrebbe potuto essere gestito in *setting* assistenziali alternativi. Dopo una riduzione registrata nel periodo pandemico, il fenomeno ha ripreso a crescere negli anni 2021 e 2022¹³⁹.

¹³⁹ *indagine conoscitiva sulla situazione della medicina dell'emergenza-urgenza e dei pronto soccorsi in Italia, 20 febbraio 2024*



Il fenomeno degli accessi impropri è in larga parte riconducibile alla difficoltà del sistema territoriale di intercettare e gestire in modo tempestivo ed efficace i bisogni di salute. In numerosi casi, infatti, il ricorso al pronto soccorso riguarda condizioni che potrebbero essere adeguatamente trattate nell'ambito dell'assistenza primaria, come le prestazioni ambulatoriali o le riacutizzazioni di patologie croniche, che richiederebbero percorsi territoriali strutturati e una presa in carico continuativa.

In tale contesto si colloca anche il fenomeno dei cosiddetti doppi accessi, che si verifica quando il paziente si rivolge, in tempi ravvicinati, a servizi diversi per il medesimo problema. Ciò accade tipicamente quando il sistema territoriale, pur formalmente presente, non riesce a garantire una risposta concreta per carenze organizzative, limiti di orario o indisponibilità di personale nei servizi di continuità assistenziale. Ne deriva che il paziente, non trovando un adeguato punto di riferimento sul territorio, è indotto a ricorrere al pronto soccorso, evidenziando così una discrasia tra l'esistenza formale dei servizi e la loro effettiva operatività¹⁴⁰.

Ne consegue che, allo stato attuale, l'ospedale – e in particolare il pronto soccorso – continua a rappresentare il principale, se non l'unico, punto di riferimento per il cittadino¹⁴¹.

¹⁴⁰ V. Fineschi *Sovraffollamento, attesa, rischio clinico e responsabilità nella emergenza-urgenza: riflessioni giuridiche e medico-legali sulla attività del pronto soccorso*, in *Responsabilità civile e previdenza*, 4/2025, pp. 1392-1412. **Indicare con precisione il numero delle pagine cui ci si riferisce!**

¹⁴¹ C. Bottari, *Dalla centralità dell'ospedale a quella dell'assistenza territoriale*, in *Sanità Pubblica e Privata*, 3/2022, pp. 5-6.

Il sovraffollamento del pronto soccorso non costituisce, dunque, un fenomeno inevitabile, ma appare piuttosto come la conseguenza di una prossimità solo formale. I dati del 2022¹⁴² evidenziano, infatti, un significativo scarto tra la presenza teorica di servizi territoriali e la loro effettiva capacità di risposta: regioni dotate di una rete territorialmente sviluppata registrano comunque elevate percentuali di accessi impropri (codici bianchi e verdi), come nel caso della Lombardia (64,4%) e del Veneto (60,1%). Ciò dimostra che la mera esistenza di strutture di prossimità non è sufficiente a garantirne l'efficacia. Al contrario, l'esperienza della Toscana (19,5%) suggerisce che una medicina territoriale realmente integrata e funzionale può essere in grado di svolgere efficacemente la propria funzione di filtro, riducendo il ricorso improprio all'ospedale.

1.1. La pandemia da Covid-19 come evidenza delle fragilità del sistema

Quanto detto fino ad ora si è accentuato maggiormente durante il periodo della pandemia da SARS-CoV-2. Dove le Regioni che nel passato avevano investito maggiormente nella medicina del territorio, come Veneto, Toscana e Emilia-Romagna¹⁴³, hanno ottenuto risultati nettamente migliori in termini sia di prevenzione che di contenimento del contagio, trovandosi in una situazione di netto vantaggio rispetto alle regioni con una rete territoriale meno solida¹⁴⁴.

La fragilità della medicina territoriale in alcune aree del Paese ha contribuito al sovraccarico degli ospedali, che in molti casi si sono trasformati in focolai di contagio, coinvolgendo soggetti già fragili o affetti da altre patologie e determinando un aumento dei tassi di mortalità¹⁴⁵. Ciò è dipeso anche dalla limitata disponibilità di posti letto in

¹⁴² *Indagine conoscitiva sulla situazione della medicina dell'emergenza-urgenza e dei pronto soccorsi in Italia*, 20 febbraio 2024. **Manca l'indicazione del soggetto che ha svolto l'indagine!**

¹⁴³ F. Giglioni, *L'organizzazione territoriale per il presidio del diritto alla salute*, in *Costituzionalismo.it*, 2/2020, 1, pp. 99-126. **Indicare con precisione il numero delle pagine cui ci si riferisce!**

¹⁴⁴ G. Busilacchi, F. Toth, *Il SSN alla prova della pandemia*, cit., **Indicare con precisione il numero delle pagine cui ci si riferisce!**

¹⁴⁵ A. Pioggia, *La sanità italiana di fronte alla pandemia. Un banco di prova che offre una lezione per il futuro*, in *Dir. pubbl.*, 2020, pp. 385-403. **Indicare con precisione il numero delle pagine cui ci si riferisce!**

terapia intensiva che, pur essendo aumentati negli ultimi vent'anni¹⁴⁶, non è risultata sufficiente a garantire risposte terapeutiche adeguate a tutti i pazienti che ne avrebbero avuto necessità. Inoltre, l'inadeguata integrazione socio-sanitaria, in particolare nelle residenze per anziani, ha finito per scaricare sul comparto sociale l'onere di fronteggiare l'impatto di un'epidemia che avrebbe invece richiesto, già in precedenza, una più efficace regia sanitaria¹⁴⁷.

Un ulteriore problema è rappresentato dalla mancanza di un monitoraggio generale: i dati della sanità pubblica riguardavano essenzialmente le prestazioni erogate e la loro dimensione economica. Di conseguenza, non si è stati in grado di cogliere tempestivamente segnali già presenti da diversi mesi, come l'insolito aumento di casi di polmonite con contagi intra-familiari, riscontrabili già nel mese di dicembre. Le prime scelte di intervento, pertanto, non hanno potuto basarsi su dati reali e completi, compromettendo l'efficacia delle politiche di protezione della collettività. Inoltre, la carenza di dispositivi di protezione individuale ha avuto un impatto diretto sulla diffusione della malattia tra operatori sanitari e pazienti. Tale carenza non può essere ricondotta unicamente al carattere improvviso dell'emergenza, poiché esistevano già specifiche previsioni nei Piani pandemici nazionali, che risultavano tuttavia obsoleti e non aggiornati: l'ultimo piano risaliva al 2006, mentre le relative linee guida per le Regioni al 2010¹⁴⁸.

Sul piano Stato-Regioni di fronte all'emergenza della pandemia ci si sarebbe aspettati una risposta uniforme sul piano nazionale – stessi servizi, strategia e livello di assistenza – al fine di garantire l'uniformità dei LEA su tutto il territorio nazionale¹⁴⁹. Tuttavia, lo scarso coordinamento tra Governo centrale ed esecutivo regionale ha creato incomprensioni e

¹⁴⁶ Da 6 per diecimila abitanti nel 2000, a 8,42 nel 2017, S. Neri, *Convergenza e divergenza nell'evoluzione recente dei servizi sanitari nazionali. Un confronto tra Regno Unito e Italia*, in *Stato e mercato*, 3/2009, pp. 357-386; G. Busilacchi, F. Toth, *Il SSN alla prova della pandemia. Cosa abbiamo appreso?* In *la rivista delle politiche sociali/Italian Journal of Social Policy*, 2/2021, pp. **Indicare con precisione il numero delle pagine cui ci si riferisce!**

¹⁴⁷ A. Pioggia, *La sanità italiana di fronte alla pandemia* cit., p. 385-403 **Indicare con precisione il numero delle pagine cui ci si riferisce!**

¹⁴⁸ Ivi, p. **Indicare con precisione il numero delle pagine cui ci si riferisce!**

¹⁴⁹ G. Busilacchi, F. Toth, *Il SSN alla prova della pandemia. Cosa abbiamo appreso?* In *la rivista delle politiche sociali/Italian Journal of Social Policy*, 2/2021, **Indicare con precisione il numero delle pagine cui ci si riferisce!**

rallentamenti, per molti ricondotti all'*eccessiva* regionalizzazione della sanità italiana¹⁵⁰. Le Regioni hanno invece mantenuto un ampio margine di autonomia, adottando strategie e soluzioni organizzative differenziate, con significative difformità territoriali, seguendo una logica *path dependence* rispetto alle precedenti scelte di politica sanitaria regionale. Le regioni già incentrate sull'assistenza ospedaliera hanno continuato su questa linea, puntando tutto sugli ospedali, come nel caso della Lombardia; mentre le regioni orientate sul territorio hanno continuato sulla linea dell'assistenza territoriale, dove le cure primarie e la prevenzione avevano già un peso nella programmazione sanitaria¹⁵¹. Il confronto non si crea quindi solo tra Regioni del nord e del sud, ma tra Regioni egualmente efficienti del settentrione, che però hanno avuto tassi di contagi e di morte completamente differenti, in ragione del modello di assistenza sul territorio e della diversa gestione del tracciamento e dei tamponi nella fase iniziale: ad esempio, in Lombardia il tasso di decessi sul numero dei positivi si è avvicinato al 18%, mentre in Veneto al 10%.

Va poi osservato come, alcune delle esperienze più efficaci nella gestione della pandemia sono derivate da innovazioni sviluppate a livello locale, anche in difformità rispetto alle indicazioni nazionali. Queste non si sono diffuse con meccanismi formali di coordinamento interregionale, ma tramite scambi informali e iniziative autonome dei singoli presidenti e assessori regionali¹⁵².

Il legislatore statale è intervenuto, con il D.L. n. 34/2020, prevenendo all'articolo 1 comma 1, l'obbligo per tutte le regioni e province autonome adottare specifici piani di assistenza territoriale, con l'obiettivo di rafforzare l'organizzazione e il coordinamento tra diversi presidi. Questi strumenti miravano a garantire un'azione integrata dei Dipartimenti di prevenzione, dei medici di medicina generale e delle Unità speciali di continuità assistenziale (USCA), chiamati a svolgere attività di monitoraggio, sorveglianza, assistenza e diagnosi nei confronti dei casi sospetti o confermati che non richiedano il ricovero ospedaliero. Proprio le criticità emerse sul piano del coordinamento territoriale hanno inoltre condotto all'introduzione delle USCA, con la definizione di uno

¹⁵⁰ A. Pioggia, *op. cit.*, p. **Indicare con precisione il numero delle pagine cui ci si riferisce!**

¹⁵¹ A. Pioggia, *La sanità italiana di fronte alla pandemia* cit., pp. 385-403. **Indicare con precisione il numero delle pagine cui ci si riferisce!**

¹⁵² G. Busilacchi, F. Toth, *Il SSN alla prova della pandemia* cit., pp. **Indicare con precisione il numero delle pagine cui ci si riferisce!**

standard uniforme su base nazionale – un’unità ogni cinquanta mila abitanti – che rappresenta una significativa compressione dell’autonomia regionale, giustificata dall’esigenza di garantire livelli essenziali e omogenei di tutela della salute¹⁵³.

Le USCA assumono così, nel periodo della pandemia, un ruolo centrale nella gestione domiciliare dei pazienti, contribuendo in modo decisivo al potenziamento dell’assistenza territoriale. L’adozione di un quadro pianificatorio generale, non più quindi solo limitato a singole categorie di assistiti, segna un passaggio rilevante nella *governance* del territorio, orientato sulla presa in carico domiciliare e una maggiore responsabilizzazione delle comunità locali nella risposta dei bisogni di salute.

Nonostante i progressi compiuti nel tentativo di riequilibrare l’offerta sanitaria, il Servizio sanitario italiano continua a mantenere una marcata centralità dell’ospedale, tanto sotto il profilo organizzativo quanto sul piano culturale e politico. Anche a fronte degli indirizzi statali e delle relative attuazioni regionali, l’assistenza territoriale ha mostrato, durante la pandemia, limiti significativi, contribuendo al sovraccarico dei pronto soccorso e delle strutture ospedaliere.

Le criticità emerse nelle fasi più acute dell’emergenza, insieme alla lenta e complessa ripresa successiva, hanno reso evidente l’insostenibilità di un modello incentrato prevalentemente sull’ospedale e sulle prestazioni ad alta intensità. Da questo si sta facendo leva verso una progressiva evoluzione nell’approccio dei professionisti sanitari, sempre più orientato alla prevenzione, alla medicina d’iniziativa, all’integrazione tra servizi e alla deospedalizzazione delle cure, nella centralità della presa in carico complessiva della persona e l’anticipazione dei bisogni di salute, al fine di ridurre l’insorgenza di condizioni acute che richiedano il ricorso all’ospedale.

¹⁵³ F.G. Cuttaia, *L’utilizzo dello strumento pattizio nell’attuazione della riforma dell’assistenza sanitaria territoriale: percorsi seguiti e mancati raccordi*, in *dirittifondamentali.it*, 3/2022, pp. 323-337. **Indicare con precisione il numero delle pagine cui ci si riferisce!**

2. Il DM 77/2022 e l'organizzazione dell'assetto territoriale

2.1. La riforma territoriale nel quadro del PNRR

Le criticità strutturali emerse durante la pandemia hanno evidenziato l'insostenibilità del modello sanitario tradizionalmente incentrato sull'ospedale, segnando la necessità di un suo definitivo superamento e imponendo una riflessione profonda sull'assetto complessivo del sistema; in particolare, è emersa la debolezza storica dell'assistenza territoriale caratterizzata da frammentazione, disomogeneità e carenze organizzative, che hanno inciso sull'effettività del diritto alla salute. Tali fragilità affondano le loro radici anche in un progressivo definanziamento del sistema: tra il 2009 e il 2019 la spesa sanitaria pubblica, in rapporto al PIL, ha registrato una riduzione costante, con una crescita media annua (0,9%) inferiore all'inflazione, determinando una perdita stimata di circa 37 miliardi di euro e una conseguente contrazione della spesa pro capite in termini reali. Inoltre, la spesa sanitaria italiana si colloca storicamente al di sotto della media europea: nel 2019 rappresentava l'8,7% del PIL, a fronte di una media UE del 9,9%, con un divario ancora più marcato nel settore dell'assistenza residenziale e semiresidenziale, particolarmente rilevante in un contesto di rapido invecchiamento della popolazione¹⁵⁴.

In questo contesto si inserisce il Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR), quale strumento strategico e giuridico volto non solo a sostenere economicamente il sistema, ma soprattutto a promuovere l'avvio di nuove politiche sanitarie, orientate a colmare il vuoto normativo e organizzativo che ha a lungo contraddistinto la sanità territoriale e a superare la logica dei tagli lineari che, negli anni, ne avevano progressivamente indebolito la capacità di risposta. Grazie alle risorse straordinarie messe a disposizione dal quadro europeo del Next Generation EU¹⁵⁵, il PNRR si configura come un vero e proprio catalizzatore di cambiamento, finalizzato a ricomporre le disuguaglianze regionali e a

¹⁵⁴ A. Pioggia, *La sanità nel Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR)* in *Giornale di diritto amministrativo*, 2/2022, p. 165 e G. Razzano, *La missione salute del PNRR: le cure primarie, fra opportunità di una "transizione formativa" e unità di indirizzo politico e amministrativo* in *Corti Supreme e Salute*, 2/2022, p. 497.

¹⁵⁵ E. Anessi Pessina, A. Cicchetti, F. Spandonaro, et al., *Mecosan - Management Ed Economia Sanitaria - Open Access*, 2021, p. 90.

rafforzare l'integrazione tra i diversi livelli del Servizio Sanitario Nazionale. In tale prospettiva, la medicina territoriale viene ripensata non più come segmento marginale, ma come fulcro del sistema di tutela della salute. Attraverso una programmazione fondata su obiettivi vincolanti, standard uniformi e meccanismi di convergenza, il Piano mira inoltre a riequilibrare il rapporto tra autonomia regionale e unità del sistema, promuovendo un percorso di progressivo allineamento verso livelli assistenziali omogenei. In tal modo il PNRR si propone non solo di rispondere alle fragilità emerse nella fase emergenziale, ma di costruire un modello sanitario più resiliente, equo e capace

di garantire in modo effettivo e uniforme il diritto alla salute su tutto il territorio nazionale¹⁵⁶¹⁵⁷.

¹⁵⁶ Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza <https://www.governo.it/sites/governo.it/files/PNRR.pdf>. Nel febbraio 2021, il Parlamento Europeo e il Consiglio dell'Unione Europea istituiscono il dispositivo per la ripresa e la resilienza – elaborato nel 2020 con un accordo politico tra Parlamento e Presidenza di turno tedesca, sulla base degli orientamenti formulati dai Capi di Stato e di Governo e del documento predisposto dalla Commissione Europea (Davide De Lungo, *Contributo allo studio dei rapporti fra Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza e sistema delle fonti statali: dinamiche, condizionamenti e prospettive in Osservatorio sulle fonti*, 3/2022, p. 34.) – per aiutare le economie dei paesi Europee a seguito della crisi dovuta all'emergenza pandemica. Il Next Generation EU è quindi uno strumento destinato a fornire sovvenzioni e prestiti a sostegno delle riforme e degli investimenti negli Stati membri dell'UE, tramite fondi che la Commissione può raccogliere contraendo prestiti sui mercati capitali (Unione Europea, https://next-generation-eu.europa.eu/recovery-and-resilience-facility_it). Gli stati per essere aiutati devono attuare riforme e investimenti che siano in linea con le priorità europee e che si pongono in linea con le raccomandazioni specifiche del Paese EU adottate nel quadro del semestre europeo, volte al coordinamento delle politiche economiche e sociali.

In particolare, l'articolo 18 del Regolamento prevede che lo Stato membro che si vuole avvalere dei contributi e prestiti, deve presentare alla Commissione europea un Piano per la ripresa e la resilienza, indicando le riforme e gli investimenti da attuare entro la fine del 2026; a seguito di interlocuzioni con lo Stato membro, che possono arrivare a modifiche del piano originario, in caso di valutazione positiva della Commissione, viene sottoposta al Consiglio dell'Unione Europea una proposta di decisione di esecuzione (Articolo 20 comma 1, Regolamento (UE) 2021/241 del Parlamento europeo e del Consiglio del 12 febbraio 2021). Mediante decisione di esecuzione (Articolo 20 comma 1, Regolamento (UE) 2021/241 del Parlamento europeo e del Consiglio del 12 febbraio 2021), il Consiglio approva la valutazione della Commissione sul Piano di ripresa e resilienza presentato dallo Stato membro.

In Italia, il Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza è stato elaborato attraverso un articolato confronto tra Governo e Parlamento: tra settembre e ottobre 2020, le Commissioni Bilancio di Camera e Senato, sulla base delle linee guida governative, hanno svolto un'attività conoscitiva che si è conclusa con l'approvazione, il 13 ottobre 2020, di risoluzioni di indirizzo da parte di entrambe le Assemblee. Tenendo conto di tali indicazioni, il Governo Conte II ha presentato una prima proposta di PNRR alle Camere il 15 gennaio 2021; l'esame è poi proseguito, a seguito dell'insediamento del Governo Draghi, attraverso ulteriori approfondimenti parlamentari, culminati in nuove relazioni e risoluzioni approvate tra il 31 marzo e il 1° aprile 2021. Successivamente, il 25 aprile 2021 il Governo ha trasmesso alle Camere una versione aggiornata del Piano, che è stata definitivamente approvata dal Parlamento il 26 e 27 aprile. La proposta finale è stata trasmessa alla Commissione europea il 30 aprile 2021, ottenendo una valutazione positiva nel giugno dello stesso anno; la proposta è stata poi definitivamente approvata dal Consiglio dell'Unione europea nel luglio 2021. Alla decisione di esecuzione è stato allegato un documento contenente i traguardi e gli obiettivi specifici che lo Stato deve conseguire per ciascun investimento: il loro raggiungimento costituisce condizione per l'erogazione semestrale delle risorse (D. De Lungo, *Contributo allo studio dei rapporti fra Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza e sistema delle fonti statali: dinamiche, condizionamenti e prospettive in Osservatorio sulle fonti*, 3/2022, p. 35). Nel dicembre 2021 sono stati infine conclusi gli accordi operativi tra la Commissione europea e l'Italia (Nell'agosto del 2023 l'Italia ha inviato alla Commissione europea una significativa proposta di revisione del PNRR, riducendo il numero di CdC e OdC e la richiesta di prorogare per dodici mesi il raggiungimento dell'obiettivo relativo alle persone curate tramite telemedicina, D. De Lungo, *Contributo allo studio dei rapporti fra Piano Nazionale*

L'Italia ha quindi elaborato il Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza, per un valore complessivo di 191,5 miliardi di euro (tra sovvenzioni e prestiti), a cui si aggiungono ulteriori risorse provenienti dal programma REACT-EU e dal fondo complementare nazionale, per un totale complessivo di 235,14 miliardi¹⁵⁸. Oltre il 60% delle risorse è costituito da prestiti, il che implica un rilevante onere per le generazioni future, rendendo fondamentale un utilizzo efficace e strategico dei fondi, garantendo un effettivo sviluppo di lungo periodo che generi una crescita economica e sociale generale. Il concetto di salute deve quindi essere inteso in senso ampio, non solo infrastrutture e tecnologie ma anche riorganizzazione dei servizi, innovazione dei processi e sviluppo di competenze specialistiche¹⁵⁹.

Il PNRR si compone di 12 Componenti, divise in sei Missioni¹⁶⁰. La Missione 6 interviene, sul sistema sanitario, con l'obiettivo di adeguare i servizi ai bisogni assistenziali dei pazienti su tutto il territorio nazionale, migliorando le dotazioni infrastrutturali e tecnologiche, promuovendo la ricerca e l'innovazione e sviluppando le competenze tecnico-professionali, digitali e manageriali del personale. Il programma destina 15,3 miliardi di euro, circa l'8,6% dell'importo totale al fine di sostenere riforme a beneficio del SSN; a questi si aggiungono gli investimenti complementari (PNC) al PNRR, che assegna al Ministero della Salute ulteriori 890 milioni.

Come si può leggere dall'elenco pubblicato sul sito del Ministero della Salute¹⁶¹, l'obiettivo è quello di adeguare il Servizio sanitario nazionale a un mutato contesto demografico ed epidemiologico, assicurando al contempo l'uguaglianza nel soddisfacimento dei bisogni di salute, indipendentemente dal genere e dalle condizioni socioeconomiche. In questa prospettiva, si rende necessario rafforzare la rete

di Ripresa e Resilienza e sistema delle fonti statali: dinamiche, condizionamenti e prospettive in Osservatorio sulle fonti, 3/2022, p 35).

¹⁵⁸E. Anessi Pessina, A. Cicchetti, F. Spandonaro, et. al., *op. cit.*, p. 90.

¹⁵⁹ Ivi, p. 91.

¹⁶⁰ Vedi, Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza <https://www.governo.it/sites/governo.it/files/PNRR.pdf> e Romano Benini *Il "Recovery Plan" e le prospettive di rinnovamento dei servizi pubblici per la società italiana* in Rivista trimestrale di scienza dell'amministrazione, 3/2021, p 7-9.

¹⁶¹ <https://www.pnrr.salute.gov.it/it/pnrr-pagina/piano-nazionale-di-ripresa-e-resilienza-cose-la-missione-salute/>.

dell'assistenza primaria territoriale affinché sia in grado di rispondere efficacemente al fabbisogno di salute rimasto scoperto a seguito della razionalizzazione della rete ospedaliera. Parallelamente, occorre rendere capillare l'offerta di servizi sanitari sul territorio, sia in termini di prevenzione sia di cura, così da eliminare le disparità geografiche, in particolare tra Nord e Sud del Paese. Infine, è fondamentale valorizzare pienamente le opportunità di miglioramento dell'offerta sanitaria derivanti dall'innovazione tecnologica, dai progressi della ricerca in campo medico e dalla qualificazione del personale del Servizio sanitario nazionale.

La Missione viene poi divisa in due Componenti, da un lato il rafforzamento dell'assistenza territoriale, dall'altro la digitalizzazione del SSN e il potenziamento del capitale umano, tramite investimenti di ricerca. Su questo secondo punto il PNRR prevede degli investimenti significativi per l'ammodernamento tecnologico e digitale del Sistema sanitario italiano¹⁶²: l'obiettivo è quello di innovare il sistema tecnologico ospedaliero, sulla base delle strutture tecnologiche già esistenti, e digitalizzare il SSN, completando la diffusione del Fascicolo Sanitario Elettronico, migliorando la capacità di erogazione e monitoraggio dei LEA attraverso sistemi informativi più efficaci ed investendo nella ricerca scientifica e nella formazione del personale sanitario, accrescendo il livello delle competenze¹⁶³.

La Componente 1 ha come obiettivo quello di riavvicinare la sanità al territorio, ridisegnando le reti di assistenza territoriale in modo maggiormente capillare su tutta la Nazione grazie alla creazione di strutture e presidi, al potenziamento dell'assistenza domiciliare, una più efficace integrazione tra i servizi sociosanitari e lo sviluppo della telemedicina. La componente si basa fundamentalmente su tre pilastri: le Case di Comunità, gli Ospedali di Comunità e l'assistenza domiciliare integrata ADI.

Le Case di Comunità sono pensate per superare la frammentazione dei servizi sanitari e favorire un approccio integrato e territoriale alla salute. Al loro interno operano in modo coordinato diverse figure professionali, tra cui medici di medicina generale, pediatri di

¹⁶² A. Pioggia, *La sanità nel Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR)* in *Giornale di diritto amministrativo* 2/2022, p 167-168.

¹⁶³ Sito del Ministero della Salute sul PNRR (<https://www.pnrr.salute.gov.it/it/pnrr-pagina/piano-nazionale-di-ripresa-e-resilienza-cose-la-missione-salute/>).

libera scelta, specialisti, infermieri di comunità e, ove necessario, assistenti sociali. Esse rappresentano un punto di riferimento stabile per la popolazione, grazie anche alla presenza di strumenti come infrastrutture informatiche, punti prelievo e dotazioni polispecialistiche, con l'obiettivo di garantire attività di promozione e prevenzione, nonché una presa in carico continuativa della comunità¹⁶⁴. Il secondo, gli ospedali di comunità, sono strutture destinate all'erogazione di cure intermedie a bassa intensità, con la finalità di ridurre i ricoveri ospedalieri inappropriati. Si tratta di presidi territoriali per degenze brevi, rivolti a pazienti che necessitano di interventi a bassa o media intensità clinica, gestiti prevalentemente da personale infermieristico. Tali strutture svolgono inoltre una funzione di raccordo nel percorso di cura, agevolando il passaggio dall'ospedale per acuti al rientro a domicilio e consentendo alle famiglie di organizzare adeguatamente l'assistenza domestica¹⁶⁵. Infine, l'ADI – assistenza territoriale integrata – si prefigura di aumentare la percentuale di anziani assistiti a domicilio¹⁶⁶, grazie all'utilizzo di soluzioni digitali innovative, come la telemedicina e l'intelligenza artificiale, al fine di migliorare l'efficienza e la qualità delle cure, allo scopo di ridurre gli accessi impropri in ospedale e prevenire l'aggravio delle patologie croniche.

La Componente 1 della Missione 6 è quindi finalizzata al superamento della frammentazione dell'assistenza territoriale, attraverso il potenziamento delle reti di prossimità, dell'assistenza domiciliare e della telemedicina, con l'obiettivo di realizzare un modello di presa in carico integrata dei bisogni di salute. In questa prospettiva, assume un ruolo centrale il rafforzamento dell'integrazione tra servizi sanitari e servizi sociali, quale espressione di un'evoluzione del sistema verso assetti organizzativi più coordinati, in grado di valorizzare le competenze dei diversi livelli di governo nel rispetto del riparto costituzionale¹⁶⁷. Tale integrazione si collega strettamente anche agli interventi previsti

¹⁶⁴ Piano di ripresa e resilienza, p 228-229 e A. Pioggia, *La sanità nel Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR)* in *Giornale di diritto amministrativo* 2/2022, p 169-171.

¹⁶⁵ Piano di ripresa e resilienza, p. 229-230 e *Ibidem*.

¹⁶⁶ L'Italia ad oggi è uno degli Stati in area OCSE con la maggior percentuale di famigliari che prestano cure a persone anziane o disabili: in più della metà dei casi (circa il 64%) è il familiare o i *caregiver* professionali che si occupano della cura e assistenza della persona anziana affetta da patologia. Vedi, A. Pioggia, *La sanità nel Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR)* in *Giornale di diritto amministrativo* 2/2022, p 171-172.

¹⁶⁷ Claudia Tubertini, *L'assistenza territoriale in trasformazione. Il ruolo delle comunità e delle istituzioni* in *Lavoro e diritto* 3/2024, pp. 397 e Romano Benini *Il "Recovery Plan" e le prospettive di rinnovamento*

nella Missione 5 del PNRR, in particolare nelle sue componenti dedicate all'inclusione e alla coesione sociale. Queste prevedono, tra l'altro, misure a sostegno delle persone vulnerabili, interventi volti a prevenire l'istituzionalizzazione e una riforma organica in favore degli anziani non autosufficienti, oltre a disposizioni in materia di disabilità. Ne deriva che, sebbene il PNRR distingue formalmente tra assistenza sanitaria (Missione 6) e assistenza sociale (Missione 5), tali ambiti risultano necessariamente interconnessi, richiedendo un coordinamento effettivo. Ciò appare ancor più evidente alla luce dell'attuale assetto delle competenze, distribuite tra Regioni, Comuni e INPS, che non di rado generano inefficienze, disomogeneità nei servizi e un aumento complessivo dei costi¹⁶⁸.

La Missione 6 si propone, quindi, di affrontare e superare le criticità strutturali emerse durante la pandemia, che hanno evidenziato profonde disomogeneità territoriali e limiti nel coordinamento tra i diversi livelli del sistema sanitario; in tale prospettiva, il PNRR non si limita a prevedere interventi di natura finanziaria, ma affianca agli investimenti un complesso di riforme volte a rafforzare la coesione economica e sociale e a migliorare l'efficacia complessiva del Servizio Sanitario Nazionale.

2.1.1. Focus: Telemedicina non più come semplice strumento

Il termine "telemedicina" viene introdotto negli anni '70 da Thomas Bird, che definiva questa tecnica come «la pratica della medicina senza l'usuale confronto fisico tra medico e paziente, utilizzando un sistema di comunicazione interattivo multimediale»¹⁶⁹.

Le prime forme di telemedicina risalgono, però, agli anni 50, negli Stati Uniti dove, con sperimentazioni di trasmissione a distanza, venivano trasmessi dati medici, come ECG e raggi X; negli anni '60 iniziano a comparire i primi sistemi di chirurgia robotica. Negli

dei servizi pubblici per la società italiana in Rivista trimestrale di scienza dell'amministrazione, 3/2021, p. 6.

¹⁶⁸ Per il paragrafo, vedi. Razzano *La missione salute del PNRR: le cure primarie, fra opportunità di una "transizione formativa" e unità di indirizzo politico e amministrativo* in Corti Supreme e Salute 2/2022, pp. 500-503.

¹⁶⁹ K. Bird, *Telemedicine; concept and practice*, Springfield, 1975, citato in A. Mazza Labocchetta, *Telemedicina: sfide, problemi, opportunità*, in federalismi.it, 22/2023, p. 139.

anni Novanta, grazie allo sviluppo delle tecnologie ICT (*Information and Communication Technology*) e ai programmi europei, la telemedicina inizia a consolidarsi come strumento di assistenza a distanza e di innovazione dei sistemi sanitari.

Nel 2004 l'Unione Europea promuove la sanità elettronica con la comunicazione "COM(2004) – 356", del 30 aprile 2004, con cui definisce il piano d'azione dell'UE per integrare le tecnologie digitali nella sanità, al fine di migliorare l'assistenza, l'efficienza e la qualità dei servizi per i cittadini europei. Nel 2008, sempre l'UE, fornisce una definizione ufficiale di telemedicina, individuandola come «la prestazione di servizi di assistenza sanitaria, tramite il ricorso alle TIC¹⁷⁰, in situazioni in cui il professionista della salute e il paziente (o due professionisti) non si trovano nella stessa località», mentre nel 2011 rafforza la cooperazione con la direttiva sulla sanità transfrontaliera. Nel 2013 viene creata una piattaforma sovranazionale denominata *Telehealth Service Code of Practice for Europe* che raccoglieva e metteva a sistema le buone pratiche relative all'utilizzo, inserendo degli *Standard* comuni. Negli anni successivi si vede sempre di più la digitalizzazione come una risposta alle sfide dei *vecchi* sistemi sanitari¹⁷¹.

In Italia, il processo di trasformazione digitale ebbe inizio nel 2008¹⁷², con l'obiettivo di rendere l'*e-Health* uno strumento abituale per operatori, pazienti e cittadini, al fine di migliorare la qualità dell'assistenza e la produttività del sistema sanitario. La creazione di sistemi sanitari integrati in rete nasce dall'invecchiamento della popolazione e dalla necessità di rendere più efficiente l'assistenza territoriale tramite le tecnologie digitali, migliorando monitoraggio, prevenzione, gestione delle risorse, controllo della spesa e integrazione con i servizi sociali. In questo contesto, il Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE) diventa centrale per coordinare l'intero percorso di cura, mentre strumenti come il CUP e l'*e-prescription* semplificano l'accesso ai servizi. La telemedicina assume un ruolo strategico nel ridisegno dell'assistenza sanitaria, riducendo gli accessi fisici e favorendo

¹⁷⁰ Tecnologie dell'Informazione e della Comunicazione.

¹⁷¹ Comunicazione della commissione al parlamento europeo, al consiglio, al comitato economico e sociale europeo e al comitato delle regioni relativa alla trasformazione digitale della sanità e dell'assistenza nel mercato unico digitale, alla responsabilizzazione dei cittadini e alla creazione di una società più sana, n. 233/2018, A. Mazza Labocchetta, *Telemedicina* cit., pp. 139- 146.

¹⁷² Ministero della Sanità, *The National eHealth Information Strategy National context, state of implementation and best practices*, Roma, 2011.

cure a distanza. Con le Linee guida nazionali del 2012 vengono definiti obiettivi (prevenzione, diagnosi, cura, riabilitazione e monitoraggio) e criteri organizzativi dei servizi, oltre a una definizione ufficiale di telemedicina come prestazione sanitaria a distanza basata sulle tecnologie ICT¹⁷³.

Nel 2014 si registra il primo intervento organico a livello nazionale da parte del Ministero della Salute, che adotta le *linee di indirizzo nazionali* sulla telemedicina. In questa sede viene riconosciuta la presenza di esperienze a livello regionale già avviate, sottolineandone però il carattere prevalentemente sperimentale e la casistica limitata. L'obiettivo delle Linee guida era quindi quello superare la frammentazione esistente, introducendo un sistema di *governance* condivisa e favorendo il passaggio da iniziative pilota a un modello strutturale diffuso su tutto il territorio nazionale.

Nel 2018, il Ministero della Salute procede con un'indagine delle esperienze di telemedicina dalla quale emerge la presenza di 282 progetti attivi, concentrati però solo in alcune aree del Paese.

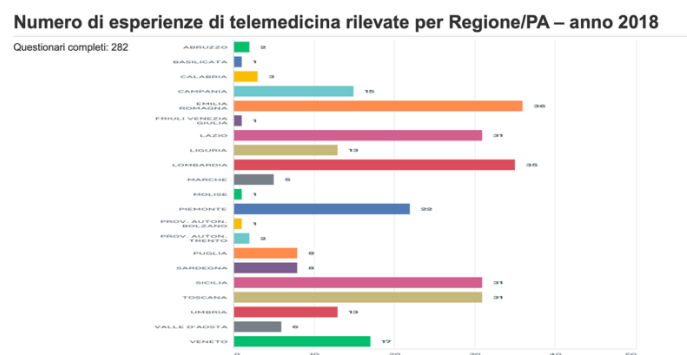


Figura 1 – numero di esperienze di telemedicina rilevate per Regioni nel 2018¹⁷⁴

La distribuzione dei servizi di telemedicina risulta infatti particolarmente disomogenea: l'attivazione si concentra soprattutto nelle regioni del Nord, in parte del Centro Italia — come Lombardia, Emilia-Romagna, Toscana e Lazio — e in Sicilia, mentre nelle regioni del Sud è molto bassa, se non praticamente assente.

¹⁷³ A. Mazza Labocchetta, *op. cit.*, pp. 147-148.

¹⁷⁴ Mappatura delle esperienze di telemedicina sul territorio nell'anno 2018 *Elaborazione dei dati rilevati con il questionario on line compilato dalle Regioni/PA Ufficio 3 – DGSISS.*

Nel 2021 viene fatta una seconda mappatura¹⁷⁵, anche alla luce delle esperienze emerse durante la pandemia, evidenziando una crescita dell'utilizzo dello strumento – si rilevano 369 servizi attivi –, ma sempre con un elevato grado di disomogeneità.

Nel 2020, nel contesto dell'emergenza pandemica, un accordo in sede di Conferenza Stato-Regioni ha portato all'adozione delle “Indicazioni nazionali per l'erogazione delle prestazioni di telemedicina”, elaborate dal Ministero della Salute; tali Indicazioni stabilivano che anche alle prestazioni erogate a distanza venisse applicato il quadro normativo vigente, sia nazionale sia regionale, con particolare riferimento ai livelli essenziali di assistenza e ai meccanismi di remunerazione. Da questo consegue l'equiparazione, sotto il profilo giuridico ed economico, tra prestazioni in presenza e prestazioni in telemedicina, che non costituiscono una nuova tipologia di prestazione, ma una diversa modalità di erogazione della medesima attività sanitaria¹⁷⁶. Questa impostazione produce rilevanti implicazioni sul piano delle competenze: qualificando la telemedicina come modalità organizzativa, questa ricade nella sfera di competenza regionale, comportandone l'assenza di standard uniformi vincolanti su tutto il territorio nazionale e lasciando alle Regioni un ampio margine di discrezionalità circa tempi, modalità e grado di implementazione. Ne deriva una situazione in cui il diritto risulta formalmente riconosciuto, ma concretamente fruibile in misura differenziata, a seconda del contesto territoriale. I dati del Ministero della Salute evidenziano, infatti, come la telemedicina sia pienamente sviluppata solo in alcune Regioni; pertanto, la qualificazione come livello essenziale di assistenza risulterebbe problematica: la prestazione a distanza finirebbe per essere esigibile anche in contesti privi delle necessarie infrastrutture tecnologiche, competenze professionali e assetti organizzativi, con il rischio di rimanere meramente formale¹⁷⁷.

¹⁷⁵ Aggiornamento mappatura delle esperienze di telemedicina 2019-2021: analisi, evidenze e finalità (aggiornamento mappatura del 2018) citato in A. Coiante, *L'implementazione della telemedicina come elemento strutturale del SSN: dalla frammentarietà all'uniformità. La stabilizzazione post-PNRR e il possibile ruolo dei LEA*, in *federalismi.it*, 28/2025, p. 51.

¹⁷⁶ A. Ciafardini, *Telemedicina e livelli essenziali di assistenza nel prisma dei divari territoriali*, in *Italian Papers On Federalismi*, 2/2025, pp. 175-176.

¹⁷⁷ Ivi, pp. 170-171.

In questo contesto si inserisce il Decreto ministeriale n. 77 del 2022, con cui lo Stato tenta di intervenire fissando standard tecnici minimi, prevalentemente riferiti agli strumenti e alle infrastrutture digitali, senza tuttavia assumere una posizione univoca sulla qualificazione della telemedicina come LEA. Il decreto, infatti, definisce la telemedicina come una modalità di erogazione a distanza di servizi e prestazioni sanitarie e socio-sanitarie, resa possibile dall'impiego delle tecnologie dell'informazione e della comunicazione¹⁷⁸. Subordinando però l'accesso a una valutazione di *eleggibilità* che comprende, oltre ai profili clinici, anche l'idoneità tecnologica e il livello di alfabetizzazione digitale del paziente, il rischio è quello di non essere accessibile a tutti. Inoltre, la norma non precisa da chi debba essere compiuta la valutazione e impone al paziente di essere dotato di dispositivi adeguati, dei quali sappia farne uso, o avendo *caregiver* che sappiano come utilizzarla, e trovandosi necessariamente in un ambiente domestico adeguato all'erogazione da remoto; in questo modo la telemedicina introduce un meccanismo di selezione sostanziale¹⁷⁹. Questo comporta quindi la necessità di assicurare un accesso equo a tutti i cittadini, evitando che una non uniforme distribuzione e qualità dei servizi sul territorio e le differenze socio-economiche determinino nuove disuguaglianze¹⁸⁰. Appare quindi più opportuno orientare l'intervento statale verso una digitalizzazione omogenea del territorio; solo una volta raggiunta questa base comune sarà possibile procedere a una compiuta definizione dei livelli essenziali di assistenza digitali, intesi come l'insieme minimo di prestazioni sanitarie erogabili mediante strumenti digitali¹⁸¹.

Il PNRR rappresenta comunque un punto di svolta nell'evoluzione della telemedicina, con l'obiettivo di superare la frammentarietà del passato e di consolidarla quale componente strutturale del Servizio sanitario nazionale, inserita in una più ampia strategia

¹⁷⁸ D.M. 77/2022, allegato 1, paragrafo 15.

¹⁷⁹ A. Ciafardoni, *Telemedicina e livelli essenziali di assistenza* cit., pp. 171-172.

¹⁸⁰ Cfr. A. Coiante, *L'implementazione della telemedicina come elemento strutturale del SSN* cit., pp. 44-46, ove si segnala il fenomeno dell'*intervention-generated inequalities*, che comporta il sorgere di nuove disuguaglianze prodotte dagli stessi interventi innovativi in quanto le nuove tecnologie tendono a svilupparsi tra le fasce di popolazione con redditi alti, istruzione, età di accesso. Vedi, S. Richardson, et. al., *Digital health equity and access: The impact of intervention-generated inequalities*, in *npj Digital Medicine*, 5, 2022.; J. Badr, A. Motulsky, J.-L. Denis, *Digital health technologies and inequalities: A scoping review of potential impacts and policy recommendations*, in *Health Policy*, 146, 2024.

¹⁸¹ A. Ciafardoni, *op. cit.*, p. 176.

di rafforzamento della sanità territoriale nell'ambito della Missione 6. In tale prospettiva, la telemedicina non assume una dimensione autonoma, ma si integra sistematicamente con gli altri interventi previsti, in un modello orientato alla prossimità e alla continuità delle cure, strettamente connesso ai processi di digitalizzazione del SSN, tra cui il potenziamento del Fascicolo Sanitario Elettronico¹⁸² e l'istituzione della Piattaforma Nazionale di Telemedicina. Il nuovo assetto si caratterizza per un significativo rafforzamento della dimensione centralizzata della *governance*, nella quale AGENAS assume un ruolo cardine di coordinamento, attuazione e monitoraggio. Parallelamente, la disciplina dei servizi minimi di telemedicina – televisita, teleconsulto, telemonitoraggio e teleassistenza – è stata definita in modo puntuale sotto il profilo dei requisiti di accesso, delle modalità di erogazione, dell'integrazione nei percorsi assistenziali, dei criteri di remunerazione e degli standard tecnologici, con l'obiettivo di garantire uniformità applicativa sul territorio e di superare il precedente modello fondato su iniziative regionali autonome, eterogenee e scarsamente coordinate. Tale processo di razionalizzazione e accentramento costituisce, indubbiamente, una cesura rispetto all'assetto previgente e incide in modo significativo sull'equilibrio tra Stato e Regioni in materia sanitaria, determinando una progressiva compressione dell'autonomia organizzativa regionale a fronte dell'esigenza di assicurare livelli uniformi di assistenza e interoperabilità dei sistemi¹⁸³.

Resta tuttavia aperto il nodo della sostenibilità di tale modello nel medio-lungo periodo: se, nell'attuale fase di attuazione del PNRR, il rischio di disomogeneità appare contenuto grazie agli standard omogenei e al vincolo degli investimenti, permane l'incertezza circa la capacità del sistema di mantenere tali standard una volta venuto meno il sostegno finanziario straordinario e il presidio condizionante delle riforme. In tale prospettiva, il vero banco di prova sarà rappresentato dalla fase a regime, nella quale riemergerà con

¹⁸² L'impiego del FSE è ancora molto disomogeneo, anche se la realizzazione da parte delle regioni sui singoli servizi che dovrebbero portare alla sua attuazione hanno ritardi solo in Umbria, Liguria, Piemonte e Basilicata. Secondo un monitoraggio del 2021, dell'Agenzia per l'Italia Digitale e il Ministero della Salute, l'utilizzo da parte dei cittadini in Emilia-Romagna, Lazio e Sardegna si aggira tra il 90 e il 100%, mentre viene registrato un utilizzo del 10%, se non minore o assente, in Umbria, Piemonte, Marche, Molise, Campania, Basilicata, Abruzzo e Province Autonome. Vedi, A. Pioggia, *La sanità nel Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR)* in *Giornale di diritto amministrativo* 2/2022, pp. 117

¹⁸³ Vedi, Coiante, *op. cit.*, pp. 52-61.

maggiore evidenza la tensione strutturale tra esigenze di uniformità nazionale e autonomia regionale nella gestione dei servizi sanitari.

2.2. Il DM 77/22 come strumento di standardizzazione nazionale

2.2.1. Iter procedimentale, dal PNRR al DM 77

Il PNRR, in quanto atto di programmazione, necessitava di strumenti attuativi interni. In questa prospettiva si colloca, in primo luogo, il decreto-legge 77/2021¹⁸⁴, convertito con la legge 108/2021, che definisce la *governance* complessiva del Piano di ripresa e resilienza, introducendo meccanismi di coordinamento – Titolo I – e poteri sostitutivi – Titolo II.

In particolare, l'articolo 2 istituisce una “cabina di regia” – supportata da una segreteria tecnica¹⁸⁵ – con poteri di indirizzo, impulso e coordinamento generale sull'attuazione del PNRR, concentrando sulla Presidenza del Consiglio dei ministri la responsabilità complessiva dei programmi di intervento; a questa cabina di regia partecipano i Ministri competenti per materia e il Presidente della conferenza Stato-Regioni, ovvero il Presidente dell'Anci per questioni di rilevanza locale. L'articolo 6 affida, presso il Dipartimento della Ragioneria generale dello Stato, un ufficio centrale – Ispettorato generale per il PNRR – a cui vengono attribuiti compiti di coordinamento operativo dell'attuazione del Piano, con particolare riferimento alla gestione finanziaria e al monitoraggio, spettandogli inoltre funzioni di controllo e di rendicontazione nei confronti dell'Unione europea¹⁸⁶. L'Ispettorato è inoltre responsabile della gestione del Fondo di rotazione Next Generation EU-Italia e dei relativi flussi finanziari, nonché del sistema di monitoraggio dell'attuazione delle riforme e degli investimenti previsti dal PNRR. Il comma 7, dell'articolo 7, affida alla Corte dei conti il controllo sulla gestione ed impiego delle risorse del Piano¹⁸⁷, che si sostanzia in valutazioni di economicità, efficienza ed

¹⁸⁴ *Governance del Piano nazionale di ripresa e resilienza e prime misure di rafforzamento delle strutture amministrative e di accelerazione e snellimento delle procedure*, D.L. 31 maggio 2021, n. 77.

¹⁸⁵ Art 4, D.L. 77/2021.

¹⁸⁶ Cfr. artt. 22 e 24 del regolamento (UE) 2021/241.

¹⁸⁷ Cfr. art. 3, comma 4, della legge 14 gennaio 1994, n. 20. Inoltre, la Corte dei conti italiana è tenuta a riferire al Parlamento italiano, con cadenza almeno semestrale, sullo stato di attuazione del PNRR.

efficacia relative alle modalità di acquisizione e impiego delle risorse finanziarie provenienti dai fondi del PNRR, contribuendo a garantire un corretto utilizzo delle risorse europee. L'attività di controllo si caratterizza, inoltre, per una dimensione sovranazionale, in quanto improntata a criteri di cooperazione e coordinamento con la Corte dei conti europea¹⁸⁸.

Per quanto concerne i poteri sostitutivi, il D.L. prevede che lo Stato, qualora le Regioni, province autonome, enti locali o ambiti territoriali sociali, non ottemperino agli obblighi ed impegni connessi all'attuazione del PNRR, possa tramite il Presidente del Consiglio dei ministri, su proposta della Cabina di regia o del Ministro competente, assegnare al soggetto attuatore un termine per provvedere, non superiore a quindici giorni. In caso di persistente inerzia, sentito il soggetto attuatore, viene individuata un'amministrazione o ente sostitutivo, ovvero viene disposta la nomina di uno o più commissari ad acta, ai quali è attribuito il potere di adottare tutti gli atti necessari o di procedere direttamente all'esecuzione degli interventi¹⁸⁹; le amministrazioni locali sono infatti qualificate dall'articolo 8 del D.L. ad attuare gli interventi previsti nel PNRR.

A seguito dell'adozione delle norme generali di attuazione, il decreto-legge 152 dello stesso anno – convertito con la legge 233 del 30 dicembre 2021 – interviene al fine di dare concreta esecuzione alle misure previste dal piano, introducendo ulteriori misure di semplificazione e accelerazione delle procedure necessarie alla sua implementazione.

Con la legge di bilancio per il 2022 – legge 30 dicembre 2021, n. 234 – l'articolo 1, comma 274 prevede l'adozione¹⁹⁰, entro il 30 aprile 2022, di un regolamento, emanato con decreto del Ministero della salute di concerto con il Ministero dell'economia e delle

¹⁸⁸ In conformità a quanto previsto dall'articolo 287, paragrafo 3, del Trattato sul funzionamento dell'Unione europea.

¹⁸⁹ Art. 12, D.L. 77/2021.

¹⁹⁰ Il Comma 274 non sembra configurarsi come una base normativa del regolamento, quanto piuttosto come una disposizione volta a sollecitare l'adozione del decreto entro un preciso tempo e collegare l'entrata in vigore alla decorrenza della relativa risorsa finanziaria; se così non fosse e lo si interpretasse diversamente, si dovrebbe ritenere che il legislatore abbia implicitamente eliminato elementi essenziali della disciplina, come la natura regolamentare o la necessità di un'Intesa in Conferenza Stato-Regione. Così come non appare opportuno fondare la legittimità del D.M. n. 77/2022 sul comma 274 della legge di bilancio 2022, in quando esso include anche standard organizzativi che invece il decreto sembra escludere. R. Balduzzi, *Gli "standard" (e il modello) dell'assistenza sanitaria territoriale: prime considerazioni*, in Corti Supreme e Salute, 2/2022, pp. 462-463.

finanze, volto a definire modelli standard organizzativi, quantitativi, qualitativi, strutturali e tecnologici dell'assistenza territoriale. La disposizione si inserisce nell'ambito del rafforzamento della rete di assistenza territoriale, mediante l'introduzione di standard ulteriori rispetto a quelli già previsti dal PNRR. A tal fine, è autorizzato un incremento della spesa destinata al personale del Servizio sanitario nazionale, sia dipendente sia convenzionato, con la possibilità di procedere a nuove assunzioni anche in deroga dei vincoli ordinari in materia di spesa di personale e nei limiti della quota eccedente tali vincoli. Le risorse sono stanziare in modo progressivo a partire dal 2022 fino al 2026 e la loro operatività è subordinata proprio all'adozione del suddetto regolamento ministeriale, che assicura l'uniforme definizione degli standard dell'assistenza territoriale. È inoltre previsto che tali risorse siano ripartite tra le regioni e le province autonome mediante successivo decreto del Ministero della salute, di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze, secondo criteri che tengano conto anche degli obiettivi del PNRR, al fine di garantire un'attuazione coerente e omogenea del potenziamento della rete territoriale.

All'inizio del 2022 si inizia quindi ad elaborare uno schema di decreto, predisposto con il supporto tecnico di AGENAS e in raccordo con il Ministero dell'economia e delle finanze, venendo poi posto in Conferenza Stato-Regioni, in quanto il D.M., trattando di standard qualitativi, strutturali, tecnologici, di processo, di esito e quantitativi afferenti ai Livelli Essenziali di Assistenza, deve essere definito mediante apposito decreto del Ministro della Salute, adottato di concerto con il Ministro dell'Economia e delle Finanze, previa intesa in sede di Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome¹⁹¹, che ebbero luogo il 30 marzo e il 21 aprile.

Non venne però trovata un'intesa per le criticità sollevate dalla Regione Campania. Si procedette così con l'attivazione della procedura prevista dal terzo comma, dell'art 3 del decreto legislativo 281/1997¹⁹² che permette di superare la mancata intesa tramite una deliberazione motivata del Consiglio dei ministri, il quale autorizza il Ministero della

¹⁹¹ in conformità a quanto affermato dalla Corte costituzionale con la sentenza n. 134 del 2006. Francesco Giulio Cuttaia *L'utilizzo dello strumento pattizio nell'attuazione della riforma dell'assistenza sanitaria territoriale: percorsi seguiti e mancati raccordi* in *dirittifondamentali.it* 3/2022, p. 330.

¹⁹² Che consente di superare il vincolo dell'intesa allorché questa non venga raggiunta entro trenta giorni dalla prima seduta, previa deliberazione del Consiglio dei ministri che illustri i motivi che inducono a procedere senza.

Salute e il Ministro dell'economia e delle finanze di adottare il regolamento, in virtù anche della necessità dell'entrata in vigore del decreto ministeriale in relazione al PNRR. Il Governo ha giustificato, l'intervento tramite una delibera¹⁹³, affermando che la disciplina degli standard dell'assistenza territoriale rientra nei livelli essenziali di assistenza, materia di competenza statale ai sensi dell'art. 117, comma 2, lett. m), Cost., e che essa è funzionale alla tutela del diritto fondamentale alla salute di cui all'art. 32 Cost., nonché, ove necessario, all'esercizio del potere sostitutivo ex art. 120 Cost., valorizzando in tal modo la riconducibilità dell'intervento statale alla garanzia uniforme dei diritti su tutto il territorio nazionale. Il Consiglio di Stato inizialmente ha sollevato dubbi sul fatto che tale omissione potesse configurare un vizio del procedimento, superando però la questione accogliendo l'interpretazione del Ministero¹⁹⁴.

2.2.2. Collocazione normativa e giuridica del DM 77/2022

Nel maggio 2022 il Ministero della Salute ha adottato il decreto ministeriale n. 77, recante il regolamento di “*definizione dei modelli e degli standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nel Servizio sanitario nazionale*”, introducendo per la prima volta standard nazionali uniformi in tale ambito. Il decreto si configura quale strumento di attuazione della riforma delineata dal PNRR, definendo a livello nazionale obiettivi, funzioni e standard organizzativi ai quali le Regioni e le Province autonome¹⁹⁵ sono chiamate a adeguarsi¹⁹⁶, traducendo le indicazioni programmatiche in servizi concretamente erogati

¹⁹³ Delibera del Consiglio dei ministri 21 aprile 2022, Delibera sostitutiva dell'intesa della Conferenza Stato-regioni, relativa allo schema di decreto del Ministro della salute, concernente il regolamento recante *Modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nel Servizio sanitario nazionale*.

¹⁹⁴ Sull'argomento vedi, R. Balduzzi, *Gli “standard” (e il modello) dell'assistenza sanitaria territoriale: prime considerazioni*, in *Corti Supreme e Salute*, 2/2022, pp. 465-466; D. Caldirola, *Welfare comunitario e Casa della Comunità: dal PNRR alla riforma dell'assistenza sanitaria territoriale*, in *JusOnline*, 5/2022, pp. 172-176 e V. M. Pezzuto, *Il DM 71 tra peripezie e perplessità mette in forse una buona assistenza territoriale*, in *Sanità Pubblica e Privata*, 3/2022, pp. 13-14.

¹⁹⁵ Art. 1, comma 1, D.M. n. 77/2022, con rimando agli Allegati 1 – avete valore descrittivo – e 2 – avete valore prescrittivo.

¹⁹⁶ Art. 1, comma 2, D.M. n. 77/2022, entro 6 mesi dalla data di entrata in vigore del Regolamento devono infatti procedere a adottare un provvedimento generale di programmazione dell'Assistenza territoriale; comma 2, sempre entro 6 mesi devono adeguare l'organizzazione dell'assistenza territoriale e del sistema di prevenzione.

sul territorio, sotto il monitoraggio periodico di Agenas¹⁹⁷. L'obiettivo perseguito è quello di garantire una maggiore uniformità nella tutela del diritto alla salute sull'intero territorio nazionale, pur nel rispetto dell'autonomia organizzativa riconosciuta ai livelli territoriali¹⁹⁸.

In tale prospettiva, il decreto individua, nell'allegato 1, le principali direttrici di sviluppo attraverso cui il Servizio sanitario nazionale è chiamato a perseguire tali obiettivi. In particolare, il rafforzamento della sanità territoriale si realizza mediante lo sviluppo di strutture di prossimità, il potenziamento dell'assistenza domiciliare, l'integrazione tra servizi sanitari e sociali, l'adozione di modelli proattivi di presa in carico fondati sulla stratificazione della popolazione, nonché attraverso la digitalizzazione dei servizi e la valorizzazione della partecipazione della comunità e degli utenti. Su tali basi programmatiche si innesta l'assetto organizzativo delineato dal decreto, che definisce modelli, standard e strumenti operativi volti a rendere effettive le suddette linee di intervento¹⁹⁹.

Il D.M. n. 77/2022 delinea una rete capillare di servizi territoriali, valorizzando modelli organizzativi già esistenti, quali il Distretto e l'Ospedale di comunità, e introducendo al contempo nuove strutture o ridenominando quelle esistenti, come nel caso delle Case della salute, trasformate in Case della comunità. L'impianto complessivo presenta un elevato grado di standardizzazione, funzionale ad assicurare un'applicazione uniforme sul territorio nazionale²⁰⁰. In tale prospettiva, il decreto individua requisiti strutturali e organizzativi in relazione alla popolazione di riferimento, definendo dotazioni di personale, funzioni e meccanismi di coordinamento e integrazione tra i servizi²⁰¹. La rete territoriale è inoltre integrata da ulteriori presidi distribuiti sulla base della popolazione,

¹⁹⁷ Art. 2 del DM 77/2022, V.M. Pezzuto, *Il DM 71 tra peripezie e perplessità mette in forse una buona assistenza territoriale*, in *Sanità Pubblica e Privata*, 3/2022, p. 18 e F. Longo, F. Guerra, & A. Zazzera, *La trasformazione dell'assistenza territoriale e gli spazi di autonomia locali: le variabili strategiche*, in *Mecosan - Management Ed Economia Sanitaria - Open Access*, 2023, pp. 31-33.

¹⁹⁸ Politi in S.R. Vinceti, *Cronaca ragionata del convegno "La Missione Salute del PNRR: Idee ed esperienze per la riforma"* (Università degli Studi di Roma "La Sapienza", Facoltà di Economia, 5 maggio 2023) e *stato delle questioni*, in *Corti Supreme e Salute*, 2/2023, pp. 285-286.

¹⁹⁹ Allegato 1, punto 2 del DM 77/2022.

²⁰⁰ V. Buratti, *La riforma della sanità territoriale: luci e ombre dei nuovi modelli organizzativi e assistenziali*, in *CERIDAP*, 2/2025, p. 54.

²⁰¹ F. Longo, F. Guerra, & A. Zazzera, *op. cit.*, pp. 31-33.

tra cui le Centrali operative territoriali, previste nella misura di una ogni centomila abitanti, e i consultori familiari.

Il decreto ridefinisce altresì le modalità di accesso ai servizi territoriali secondo una logica multicanale comprendente il Numero Europeo Armonizzato NEA (116117), che sostituisce il servizio di continuità assistenziale dedicato alle cure mediche non urgenti (guardia medica), il Fascicolo sanitario elettronico, i Punti unici di accesso, obbligatori all'interno delle Case della comunità, nonché il canale del medico di medicina generale. Tale configurazione richiede un elevato livello di integrazione e coordinamento tra i diversi attori coinvolti, sia sul piano organizzativo sia su quello operativo²⁰².

Un ulteriore profilo centrale della riforma è rappresentato dalla presa in carico dei pazienti, in particolare cronici, attraverso strumenti quali il Progetto di salute e il Piano di assistenza individuale (PAI), che consentono una pianificazione personalizzata degli interventi, comprensiva di prestazioni, terapie farmacologiche, indicazioni sugli stili di vita e monitoraggio degli esiti e dell'aderenza terapeutica. Il processo di presa in carico si articola in più fasi, che comprendono la stratificazione della popolazione, la prevenzione e la diagnosi precoce, l'attivazione di percorsi assistenziali personalizzati e la valutazione della qualità delle cure²⁰³.

Dal punto di vista organizzativo, l'assistenza territoriale si articola attorno ai Distretti sociosanitari, ai Dipartimenti specialistici territoriali e ai diversi setting erogativi, quali le Case della comunità e gli Ospedali di comunità, dove si realizza concretamente l'erogazione delle prestazioni, secondo una logica di rete ispirata al modello *hub and spoke*²⁰⁴. A tali livelli organizzativi sono attribuite tre macro-funzioni fondamentali: il governo clinico, il governo delle risorse e il *service design*, inteso come progettazione e miglioramento dei percorsi assistenziali e dell'esperienza dell'utente²⁰⁵.

Su tale impianto organizzativo si innestano le logiche del *Population Health Management* (PHM), che prevedono un approccio alla gestione della salute della popolazione fondato

²⁰² F. Longo, F. Guerra, & A. Zazzera, *op. cit.*, pp. 36-44.

²⁰³ *Ibidem*.

²⁰⁴ Politi in S.R. Vinceti, *op. cit.*, pp. 285-286.

²⁰⁵ F. Longo, F. Guerra, & A. Zazzera, *op. cit.*, pp. 36-44.

sull'utilizzo integrato di dati sanitari e amministrativi e sull'impiego di modelli algoritmici di tipo predittivo²⁰⁶. In questa prospettiva, un ruolo centrale è svolto dalla segmentazione della popolazione in gruppi omogenei e dalla successiva stratificazione in base al livello di rischio e di bisogno assistenziale, quale presupposto per l'attivazione di interventi differenziati e per la presa in carico personalizzata dei pazienti²⁰⁷. Il concetto di stratificazione del rischio trova un primo fondamento normativo nell'art. 7 del decreto-legge n. 34 del 2020, che promuove l'elaborazione di modelli predittivi finalizzati al monitoraggio dei fattori di rischio, alla gestione integrata delle patologie croniche e delle situazioni complesse, nonché all'analisi delle condizioni demografiche e dei bisogni assistenziali dei diversi territori. Tali strumenti sono orientati all'ottimizzazione dei percorsi di cura, anche in termini di appropriatezza degli interventi, qualità dell'assistenza e contenimento della spesa sanitaria²⁰⁸. Attraverso la stratificazione del rischio è quindi possibile differenziare le strategie di intervento e modulare la presa in carico degli assistiti in funzione del livello di rischio, del bisogno di salute e del consumo di risorse. Il sistema alimenta inoltre piattaforme digitali contenenti informazioni sulle caratteristiche della popolazione assistita, sulla prevalenza delle patologie croniche e sulla presenza di

²⁰⁶ *Ibidem.*

²⁰⁷ *Ibidem.*

²⁰⁸ F. Politi e C. Equizi in S.R. Vinceti, *op. cit.*, pp. 608-614.

condizioni di fragilità, integrando indicatori di qualità dell’assistenza e di aderenza alle linee guida cliniche²⁰⁹. La stratificazione non è solo clinica, ma sociosanitaria.

| | Classificazione del bisogno di salute | Condizione clinica/sociale | Bisogno/intensità assistenziale | Azioni (presa in carico derivante) |
|------------------------------------|---|---|--|--|
| Stratificazione del rischio | I livello Persona in salute | Assenza di condizioni patologiche | Assenza di necessità assistenziali | Azioni di promozione della salute e di prevenzione primaria |
| | II livello Persona con complessità clinico assistenziale minima o limitata nel tempo | Assenza di cronicità/fragilità | Utilizzo sporadico servizi (ambulatoriali, ospedalieri limitati ad un singolo episodio clinico reversibile) | Azioni proattive di stratificazione del rischio basate su familiarità e stili di vita |
| | III livello Persona con complessità clinico assistenziale media | Presenza di cronicità e/o fragilità e/o disabilità iniziale prevalentemente mono patologica perdurante nel tempo. Buona tenuta dei determinanti sociali | Bassa/media frequenza di utilizzo dei servizi | Azioni coordinate semplici di presa in carico, supporto proattivo e di orientamento |
| | IV livello Persona con complessità clinico assistenziale medio-alta con o senza fragilità sociale | Presenza di cronicità/fragilità/disabilità con patologie multiple complesse con o senza determinanti sociali deficitari | Elevato utilizzo dei servizi sanitari e sociosanitari con prevalenti bisogni extra-ospedalieri o residenziali | Azioni coordinate complesse, integrazione tra setting assistenziali, presa in carico multiprofessionale, supporto attivo ed orientamento alla persona o al caregiver, in relazione ai bisogni socioassistenziali |
| | V livello Persona con complessità clinico assistenziale elevata con eventuale fragilità sociale | Presenza di multimorbilità, limitazioni funzionali (parziale o totale non autosufficienza) con determinanti sociali deficitari perduranti nel tempo | Bisogni assistenziali prevalenti e continuativi di tipo domiciliare, ospedaliero, semi residenziale o residenziale | Azioni coordinate complesse, integrazione tra setting assistenziali, presa in carico multiprofessionale, supporto attivo ed orientamento alla persona o al caregiver, in relazione ai bisogni socioassistenziali |
| | VI livello Persona in fase terminale | Patologia evolutiva in fase avanzata, per la quale non esistono più possibilità di guarigione | Bisogni sanitari prevalentemente palliativi | Azioni coordinate complesse, integrazione tra setting assistenziali, presa in carico multiprofessionale, supporto attivo ed orientamento alla persona o al caregiver, in relazione ai bisogni socioassistenziali |

Figura 2. livelli di stratificazione del rischio sulla base dei bisogni socioassistenziali, Allegato 1 punto 2 del DM n. 77/2022

In questo contesto assumono rilievo anche le farmacie convenzionate con il Servizio sanitario nazionale, quali presidi sanitari di prossimità in grado di erogare prestazioni sanitarie, svolgere attività di farmacovigilanza, effettuare test diagnostici e somministrare vaccinazioni, nonché supportare l’utilizzo degli strumenti di sanità digitale. Si assiste, in tal senso, al passaggio dal modello di “farmacia dei servizi” a quello di “farmacia di comunità”, orientato a garantire una maggiore capillarità dell’assistenza, anche nelle aree meno densamente popolate²¹⁰.

Il modello delineato dal DM n. 77/2022 segna, dunque, il passaggio da un sistema incentrato sulla risposta alla domanda di cura ad un assetto orientato alla gestione proattiva dei bisogni di salute, fondato sull’integrazione tra servizi e sulla continuità

²⁰⁹ Allegato 1, punto 3 del DM 77/2022.

²¹⁰ V. Buratti, *La riforma della sanità territoriale: luci e ombre dei nuovi modelli organizzativi e assistenziali* in CERIDAP 2/2025, p. 54.

assistenziale, in una prospettiva di presa in carico complessiva della persona. Tuttavia, la sua attuazione si scontra con la complessità del riparto di competenze tra Stato e Regioni, nonostante l'intento del Decreto di definire un quadro regolatorio fortemente dettagliato²¹¹. In questa prospettiva emergono varie criticità, tra cui quelle legate all'effettiva capacità precettiva del Regolamento²¹²: l'Allegato 2, infatti, limita le indicazioni prescrittive solo ad alcune linee di attività e non tutto l'Allegato 1. I due casi maggiormente rilevanti sono sui Distretti, e la mancata indicazione vincolante circa le Cure primarie, dove si lascia descrittiva l'indicazione sulla composizione delle *equipe* e sulle modalità dell'organizzazione e dotazione di personale²¹³.

Il DM n. 77/2022, sui Distretti, rimette alla disciplina regionale l'organizzazione, introducendo al contempo standard organizzativi particolarmente puntuali, che incidono significativamente sugli spazi di autonomia territoriale²¹⁴. Da questo ne deriva una tensione tra uniformazione degli standard e assetto costituzionale delle competenze, difficilmente componibile in assenza di una solida base legislativa primaria²¹⁵. Il rischio è che la disciplina secondaria non riesca a trovare un adeguato fondamento neppure nel richiamo ai Livelli Essenziali di Assistenza, lasciando aperto il problema del coordinamento tra uniformità nazionale e autonomia regionale.

²¹¹ V. Buratti, *La riforma della sanità territoriale: luci e ombre dei nuovi modelli organizzativi e assistenziali* in CERIDAP 2/2025, p. 54 e F. Longo, F. Guerra, & A. Zazzera (2023). La trasformazione dell'assistenza territoriale e gli spazi di autonomia locali: le variabili strategiche. *Mecosan - Management Ed Economia Sanitaria - Open Access*, pp. 33.

²¹² F. Politi in S. R. Vinceti Cronaca ragionata del convegno "La Missione Salute del PNRR: Idee ed esperienze per la riforma" (Università degli Studi di Roma "La Sapienza", Facoltà di Economia, 5 maggio 2023) e stato delle questioni in Corti Supreme e Salute 2/2023, pp. 608-612 e Alleanza per le cure primarie, in Quotidianosanità.it 18/07/2022 (<https://www.quotidianosanita.it/studi-e-analisi/dm-le-nuove-valutazioni-e-proposte-dell-alleanza-per-la-riforma-delle-cure-primarie/>).

²¹³ Alleanza per le cure primarie, in Quotidianosanità.it 18/07/2022 (<https://www.quotidianosanita.it/studi-e-analisi/dm-le-nuove-valutazioni-e-proposte-dell-alleanza-per-la-riforma-delle-cure-primarie/>).

²¹⁴ R. Balduzzi, *Gli "standard" (e il modello) dell'assistenza sanitaria territoriale: prime considerazioni* in Corti Supreme e Salute 2/2022, pp. 466-467.

²¹⁵ G. Cinelli, F. Dalponte, L. Ferrara, V. D. Tozzi, A. Zazzera, *L'implementazione del DM77 nelle regioni italiane e il ruolo delle aziende sanitarie* in Rapporto OASI 2023, pp 408.

La reale sfida del Servizio sanitario nazionale consiste dunque nel tradurre tali standard in strumenti effettivi di riduzione delle disuguaglianze territoriali, senza comprimere eccessivamente le prerogative organizzative delle Regioni²¹⁶.

2.2.3. Il Distretto sanitario

Il Distretto sanitario, all'interno del DM n. 77/2022, si configura come il perno organizzativo e funzionale dell'Azienda Sanitaria Locale (ASL) sul territorio, rappresentando il livello privilegiato in cui si sviluppa la rete dei servizi in relazione alle specificità demografiche, territoriali e socioassistenziali dei diversi ambiti geografici²¹⁷. In tale prospettiva, il Distretto rappresenta il luogo di gestione e coordinamento funzionale ed organizzativo della rete dei servizi sociosanitari, finalizzato a garantire l'integrazione tra le diverse componenti dell'offerta assistenziale e la continuità delle risposte ai bisogni della popolazione²¹⁸. Al Distretto il decreto attribuisce funzioni di programmazione, erogazione e monitoraggio dei servizi sanitari e sociosanitari, configurandolo come elemento di garanzia del sistema, che è infatti chiamato a valutare i bisogni di salute, definire le priorità di intervento e assicurare l'appropriatezza e la sostenibilità delle scelte assistenziali, svolgendo altresì una funzione di raccordo tra la fase programmatica e quella attuativa²¹⁹.

²¹⁶ R. Balduzzi *Gli "standard" (e il modello) dell'assistenza sanitaria territoriale: prime considerazioni* in Corti Supreme e Salute 2/2022, pp. 466-467 e F. Longo, F. Guerra, & A. Zazzera (2023). *La trasformazione dell'assistenza territoriale e gli spazi di autonomia locali: le variabili strategiche. Mecosan - Management Ed Economia Sanitaria - Open Access*, pp. 33.

²¹⁷ F. Longo, F. Guerra, & A. Zazzera (2023). *La trasformazione dell'assistenza territoriale e gli spazi di autonomia locali: le variabili strategiche. Mecosan - Management Ed Economia Sanitaria - Open Access*, pp. 31-33 e F. Politi in S. R. Vinceti *Cronaca ragionata del convegno "La Missione Salute del PNRR: Idee ed esperienze per la riforma"* (Università degli Studi di Roma "La Sapienza", Facoltà di Economia, 5 maggio 2023) e stato delle questioni in Corti Supreme e Salute 2/2023, pp. 610.

²¹⁸ Punto 4 dell'allegato 1 del SM 77/2022 e T. Andreani, *Il Servizio sanitario nazionale, tra storia e attualità: riflessioni intorno alla gestazione e alle prospettive di attuazione della riforma della sanità territoriale* in *BioLaw Journal - Rivista di BioDiritto*, 1/2023, pp. 355.

²¹⁹ F. Pesaresi, *Il dm 77/2022 sull'assistenza sanitaria territoriale in Welfare ebook n. 7/22022* pp. 17-28.

Sotto un profilo dimensionale, la definizione dei distretti è rimessa alla normativa regionale, con un limite minimo di popolazione di 60000 abitanti²²⁰, derogabile in relazione a specifiche caratteristiche del territorio. Il DM n. 77/2022 individua, tuttavia, un valore ottimale di popolazione di riferimento pari a 100.000 abitanti, suscettibile di variazioni in base alle caratteristiche orografiche del territorio²²¹. Su tale base vengono calibrati gli standard organizzativi delle principali strutture territoriali, secondo la seguente articolazione²²²: 1 Casa della Comunità hub ogni 40.000-50.000 abitanti; Case della Comunità *spoke* e ambulatori di Medici di Medicina Generale (MMG) e Pediatri di Libera Scelta (PLS); 1 Infermiere di Famiglia o Comunità ogni 3.000 abitanti; 1 Unità di Continuità Assistenziale (1 medico e 1 infermiere) ogni 100.000 abitanti; 1 Centrale Operativa Territoriale ogni 100.000 abitanti o comunque a valenza distrettuale, qualora il Distretto abbia un bacino di utenza maggiore; 1 Ospedale di Comunità dotato di 20 posti letto ogni 100.000 abitanti²²³.

Il legislatore ha quindi inteso il modello di assistenza territoriale attraverso la definizione di una rete strutturale e standardizzata, destinata a costruire un riferimento organizzativo uniforme per le Regioni²²⁴.

Elemento qualificante del nuovo assetto è la Centrale Operativa Territoriale²²⁵ (COT) chiamata a garantire il coordinamento dei servizi domiciliari, la continuità assistenziale e

²²⁰ Il DM n. 77/2022 riprende quindi l'art 3^{quater} del decreto legislativo n. 502/1992, che al primo comma, stabiliva che il Distretto dovesse avere una popolazione minima di 60mila abitanti, mentre al comma secondo – in coordinamento col primo – venivano delineati i compiti del Distretto, che doveva assicurare i servizi di assistenza primaria; il coordinamento dei medici di medicina generale e dei pediatri di libera scelta con le strutture operative a gestione diretta, nonché con i servizi ambulatoriali e le strutture ospedaliere ed extraospedaliere accreditate; l'erogazione delle prestazioni sanitarie a rilevanza sociale, connotate da specifica ed elevata integrazione. F. G. Cuttaia, *La riforma dell'Assistenza sanitaria e sociosanitaria territoriale e le problematiche connesse alla sua attuazione* in *federalismi.it* 23/2022, p. 83.

²²¹ Allegato 1, punto 4 del DM n. 77/2022 e Cuttaia, *L'utilizzo dello strumento pattizio nell'attuazione della riforma dell'assistenza sanitaria territoriale: percorsi seguiti e mancati raccordi* p. 330.

²²² V. Buratti, *La riforma della sanità territoriale: luci e ombre dei nuovi modelli organizzativi e assistenziali* in CERIDAP 2/2025, p. 43.

²²³ Punto 4 dell'Allegato 1 del DM n. 77/2022.

²²⁴ T. Andreani, *Il Servizio sanitario nazionale, tra storia e attualità: riflessioni intorno alla gestazione e alle prospettive di attuazione della riforma della sanità territoriale* in *BioLaw Journal - Rivista di BioDiritto*, 1/2023, pp. 355.

²²⁵ Le Centrali operative territoriali si sono iniziate a sviluppare a partire dal 2017, in alcune regioni italiane – come Veneto, Toscana, Lazio, Sicilia, Lombardia, Umbria – in assenza di un quadro normativo

il raccordo tra territorio e ospedale²²⁶. La COT viene introdotta, a livello nazionale, in via emergenziale dall'art. 1, comma 8, del D.L. 34/2020²²⁷, venendo poi stabilizzata dal DM n. 77/2022 come strumento operativo del Distretto per il coordinamento dei diversi setting assistenziali e per l'integrazione con la rete ospedaliera e dell'emergenza-urgenza²²⁸.

Ulteriore funzione strutturale del Distretto è rappresentata dall'integrazione sociosanitaria, necessaria per garantire la presa in carico globale della persona e superare la frammentazione degli interventi, con particolare attenzione alle situazioni di fragilità e ai bisogni complessi, in raccordo con i servizi sociali territoriali²²⁹. Anche attraverso la Casa della Comunità, integra le diverse strutture sanitarie, assicurando una risposta coordinata e continua ai bisogni della popolazione, l'uniformità dei livelli di assistenza e la pluralità di offerte. A completare il quadro, il DM n. 77/2022 prevede la *possibilità* di inserire all'interno del Distretto Consultori famigliari e attività rivolte a minori²³⁰.

In tale contesto, assume rilievo anche l'autonomia organizzativa, gestionale ed economico-finanziaria del Distretto, supportata da strumenti di programmazione e controllo delle risorse coerenti con i bisogni di salute rilevati²³¹. Questa autonomia è funzionale all'esercizio delle tre funzioni essenziali: l'assistenza primaria, anche domiciliare basata su coordinamento e lavoro multidisciplinare tra tutti i professionisti; il raccordo tra medici di medicina generale e pediatri di libera scelta con le strutture

nazionale e quindi con caratteristiche, diffusione e funzioni molto diverse, F. Pesaresi, *Le Centrali Operative Territoriali (COT). Come saranno?* in I luoghi della cura, 7 luglio 2022, p. 3.

²²⁶ C. Tubertini, *L'assistenza territoriale in trasformazione. Il ruolo delle comunità e delle istituzioni* in Lavoro e diritto 3/2024, pp. 398; A livello nazionale, è prevista l'attivazione di 602 COT, una per ogni distretto con un investimento di 0,28miliardi di euro, Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (<https://www.governo.it/sites/governo.it/files/PNRR.pdf>) p. 229.

²²⁷ Che prevedeva che per garantire il coordinamento delle attività sanitarie e sociosanitarie territoriali, così come implementate nei piani regionali, le regioni e le province autonome devono provvedere all'attivazione di centrali operative regionali, che svolgano le funzioni in raccordo con tutti i servizi e con il sistema di emergenza-urgenza, anche mediante strumenti informativi e di telemedicina.

²²⁸ F. Pesaresi, *Le Centrali Operative Territoriali (COT). Come saranno*, in I luoghi della cura, 7 luglio 2022 in M. Cuomo *Dalla mobilità sanitaria alla domiciliarizzazione delle cure: il divario sanitario alla prova del PNRR* in Italian Papers On Federalism, 2/2025, p. 43 nota 38.

²²⁹ Paolo Da Col & Antonino Trimarchi in F. Pesaresi, *Il DM 77/2022 sull'assistenza sanitaria territoriale* in Welfare ebook n. 77/2022 pp. 20-21.

²³⁰ Punto 4 dell'allegato 1, del DM 77/2022.

²³¹ Paolo Da Col & Antonino Trimarchi in F. Pesaresi, *op. cit.*, pp. 17-28.

territoriali, ospedaliere e accreditate; e l'integrazione tra prestazioni sanitarie e sociali, in collaborazione con i servizi sociali del territorio. A tal fine il Distretto può esercitare anche una responsabilità gerarchica diretta sulle unità operative territoriali, operando sia come committente che come gestore²³². Al Direttore di Distretto spetta il coordinamento unitario delle diverse componenti e l'integrazione tra strutture e servizi, secondo una logica di governance complessiva.

Nonostante il rafforzamento formale del ruolo distrettuale, permangono alcune criticità sistemiche. In particolare, la collocazione del Distretto nell'allegato 1 – descrittivo – e non in quello prescrittivo – Allegato 2 – del decreto limita il grado di coerenza uniforme del modello, lasciando alle Regioni ampi margini di autonomia attuativa²³³. Tale elemento si inserisce in un contesto storicamente caratterizzato da una forte eterogeneità del sistema distrettuale italiano, in cui la riduzione numerica dei distretti non è stata sempre accompagnata da un corrispondente rafforzamento delle funzioni operative, favorendo in alcuni casi una persistenza di modelli ospedalocentrici, evidenziatasi in modo particolare durante l'emergenza pandemica²³⁴.

Il DM n. 77/2022 si inserisce nel processo di riorganizzazione dell'assistenza territoriale delineato dal PNRR, orientando il sistema verso un approccio di tipo *One Health* e verso modelli di welfare maggiormente integrati e generativi. Il decreto ricompone in un unico impianto normativo l'insieme dei servizi riguardanti l'assistenza sanitaria primaria, definendone standard, strutture e funzioni. Rispetto all'impostazione del DM n. 71/2021, può essere tuttavia evidenziato come la centralità del Distretto risulti solo parzialmente rafforzata: le resistenze emerse in sede di attuazione regionale contribuiscono a mantenere un assetto non pienamente omogeneo, nel quale il ruolo del Distretto rischia di essere interpretato in senso prevalentemente organizzativo-amministrativo piuttosto che come effettivo baricentro della governance della sanità territoriale. In questa prospettiva, una riduzione della sua funzione di coordinamento può determinare una maggiore esposizione a dinamiche frammentate e a logiche esterne non sempre coerenti

²³² Punto 4 dell'allegato 1, del DM 77/2022.

²³³ Paolo Da Col & Antonino Trimarchi in F. Pesaresi *op. cit.*, pp. 7-9.

²³⁴ Paolo Da Col & Antonino Trimarchi in F. Pesaresi, *op. cit.*, pp. 12-14.

con la programmazione pubblica dell'assistenza²³⁵. L'effettiva evoluzione del modello distrettuale dipenderà quindi in larga misura dalle scelte attuative delle singole Regioni, chiamate a tradurre le previsioni normative in assetti organizzativi concreti. In questo senso, la capacità di superare una configurazione meramente burocratica del Distretto e di consolidarne il ruolo quale snodo di integrazione dei servizi può rappresentarne una condizione essenziale per evitare il persistere della tradizionale distanza tra assetto normativo e pratica assistenziale, che ha storicamente inciso sull'efficacia del sistema di assistenza territoriale²³⁶.

2.2.4. Profili critici nella configurazione del modello

2.2.4.1. Asimmetria tra standard organizzativo e vincoli finanziari

Il tentativo di uniformare l'assistenza sanitaria territoriale col DM n. 77/2022 si scontra con una contraddizione strutturale: la pretesa di imporre standard organizzativi stringenti apponendo però uno stringente vincolo finanziario²³⁷. Sebbene la Corte costituzionale abbia tentato una storica apertura, ribadendo che la garanzia dei diritti incompressibili deve incidere sul bilancio e non viceversa, la prassi del Consiglio di Stato continua a muoversi in una direzione diametralmente opposta²³⁸. In questo senso, l'equilibrio del bilancio non è quindi un vincolo solo tecnico, ma un limite intrinseco alla doverosità della prestazione: in presenza di risorse limitate è la spesa a dover essere commisurata alle disponibilità finanziarie, le quali finiscono per condizionare inevitabilmente la quantità e il livello dei servizi erogati²³⁹.

²³⁵ E. Ceccotti, *Il Servizio sanitario nazionale e le sue criticità*, in www.astrid-online.it, n. 9/2024, p. 43.

²³⁶ Paolo Da Col & Antonino Trimarchi in F. Pesaresi, *il dm 77/2022 sull'assistenza sanitaria territoriale* in Welfare ebook n. 77/2022 pp. 7-9 e 17-28.

²³⁷ Art 4 DM 77/2022.

²³⁸ F. Saitta, *Il servizio sanitario nazionale: punti fermi e prospettive evolutive* in Nuove Autonomie 1-2/2024, pp. 85.

²³⁹ Sez. III, 22 febbraio 2017, n. 836. F. Saitta, *Il servizio sanitario nazionale: punti fermi e prospettive evolutive* in Nuove Autonomie 1-2/2024, pp. 86.

Il bisogno sanitario è sempre meno un dato pienamente oggettivo e predeterminabile sulla sola base dell'analisi epidemiologica, configurandosi piuttosto come una variabile complessa, la cui definizione risulta condizionata non solo dalle scelte di allocazione delle risorse, ma anche dal contesto economico-sociale e dalla stabilità finanziaria complessiva²⁴⁰. La stessa definizione dei LEA non si esaurisce in un catalogo di garanzie positive, ma assume anche la funzione di parametro finanziario: le Regioni possono discostarsene solo entro i limiti consentiti dal rispetto dell'equilibrio di bilancio²⁴¹. Si assiste quindi ad una crescente divaricazione tra i costi reali della salute – alimentati dall'invecchiamento della popolazione e l'innovazione tecnologica – e le disponibilità di un bilancio statale che prevede sempre più una riduzione della spesa sanitaria²⁴².

In questo contesto, il PNRR ridefinisce i criteri di riparto delle risorse, fondandoli su equità, meritocrazia, incentivazione e convergenza, al fine di assicurare non solo una distribuzione equilibrata dei fondi, ma anche la produzione di risultati concreti, la riduzione dei divari infrastrutturali e la promozione di comportamenti virtuosi da parte delle Regioni²⁴³. Il modello di finanziamento europeo introduce una logica orientata ai risultati, in cui l'erogazione delle risorse è subordinata al conseguimento di *milestone* e *target* predefiniti, riguardanti non solo la realizzazione delle infrastrutture, ma anche la capacità di attivare servizi e produrre miglioramenti misurabili nell'assistenza

²⁴⁰ S. Spatola, *Il solito dilemma: il finanziamento della salute tra effettività della tutela ed esigenze di bilancio. Evoluzione, critiche e prospettive alla luce del recente dibattito sociale*, in Corti Supreme e Salute 3/2023, p. 706.

²⁴¹ F. Saitta, *Il servizio sanitario nazionale: punti fermi e prospettive evolutive* in Nuove Autonomie 1-2/2024, pp. 86.

²⁴² A partire dalla crisi economica del 2008, il Servizio sanitario nazionale ha registrato un significativo sottofinanziamento, che nel 2019 ha superato i 10 miliardi di euro, con una spesa pari al 6,4% del PIL. Un temporaneo incremento delle risorse si è verificato durante la pandemia da COVID-19, quando la spesa sanitaria è salita fino al 7,4% del PIL e il finanziamento complessivo è passato da 120 miliardi nel 2019 a 130 miliardi nel 2021. Tuttavia, tali risorse sono state assorbite dall'emergenza pandemica, riducendo i fondi disponibili per le altre prestazioni sanitarie. Negli anni successivi, il finanziamento ha ripreso a diminuire, attestandosi al 6,7% del PIL nel 2023. Le prospettive future appaiono ulteriormente critiche: il Piano strutturale di bilancio 2025-2029 prevede una riduzione del rapporto tra spesa sanitaria e PIL fino al 6,2%. F. Saitta, *Il servizio sanitario nazionale: punti fermi e prospettive evolutive* in Nuove Autonomie 1-2/2024, pp. 87-89.

²⁴³ E. Anessi Pessina, A. Cicchetti, F. Spandonaro, B. Polistena, D. D'Angela, C. Masella, G. Costa, S. Nuti, F. Vola, M. Vainieri, A. Compagni, G. Fattore, F. Longo, M. Bobini, F. Meda, C. Buongiorno Sottoriva, *Mecosan - Management Ed Economia Sanitaria - Open Access*, 2021, p 95-96.

territoriale²⁴⁴. Tuttavia, l'ambizione del PNRR si scontra con una persistente asincronia tra sviluppo infrastrutturale e riorganizzazione dei servizi. Il monitoraggio stringente a livello nazionale spinge infatti le Regioni verso una rapida realizzazione delle strutture, che rischia però di anticipare – fino quasi a prescindere – la necessaria trasformazione dei modelli organizzativi e dei contenuti clinico-assistenziali. Ne deriva il rischio che gli investimenti strutturali risultino disfunzionali, in quanto non accompagnati da una contestuale riorganizzazione dei servizi a livello aziendale²⁴⁵.

L'asimmetria più critica emerge, tuttavia, sul fronte del capitale umano. L'intero impianto del DM n. 77 è infatti subordinato alla clausola di invarianza finanziaria, che impone alle Regioni di attuare la riforma senza nuovi o maggiori oneri a carico della finanza pubblica. Ne deriva una significativa discrasia tra il PNRR, che finanzia prevalentemente le infrastrutture fisiche – edifici e tecnologie – e il Fondo sanitario nazionale, che non risulta incrementato in modo strutturale per sostenere i costi di gestione. Tale squilibrio rischia di tradursi in uno svuotamento sostanziale della riforma: in assenza di una rimozione stabile dei tetti di spesa per il personale e di una adeguata pianificazione dei fabbisogni formativi, le prescrizioni del decreto rischiano di rimanere meramente programmatiche e prive di effettività²⁴⁶.

Non appare risolutivo l'intervento della legge di bilancio 2022²⁴⁷, che ha previsto autorizzazioni di spesa progressive per il reclutamento di personale, anche in deroga ai precedenti limiti: si tratta, infatti, di risorse vincolate e non di un effettivo incremento

²⁴⁴ *Ibidem*.

²⁴⁵ G. Cinelli, F. Dalponte, L. Ferrara, V. D. Tozzi, A. Zazzera, *L'implementazione del DM77 nelle regioni italiane e il ruolo delle aziende sanitarie* in Rapporto OASI 2023, pp 408.

²⁴⁶ *DM 77. Le nuove valutazioni e proposte dell'Alleanza per la Riforma delle Cure Primarie*, in QuotidianoSanità.it, <https://www.quotidianosanita.it/studi-e-analisi/dm-le-nuove-valutazioni-e-proposte-dell-alleanza-per-la-riforma-delle-cure-primarie/>.

²⁴⁷ Il DM Salute 23 dicembre 2022 dispone, per il riparto tra le regioni e le province autonome, delle somme complessive di 90.900.000 euro per l'anno 2022, 150.100.000 euro per il 2023, 328.300.000 euro per il 2024, 591.500.000 euro per il 2025 e di 1.015.300.000 euro per il 2026, per il finanziamento del Servizio sanitario nazionale per i rispettivi anni, al fine di sostenere il nuovo modello organizzativo per la rete di assistenza sanitaria territoriale (https://temi.camera.it/leg19/post/OCD15_14934/potenziamento-assistenza-territoriale-dm-77-2022-pubblicato-gazzetta-decreto-riparto-risorse-sostenere-nuovo-modello-organizzativo.html).

strutturale del Fondo sanitario nazionale, risultando pertanto utile ma insufficiente a garantire la stabilità del personale necessario²⁴⁸.

Il rischio è che l'assistenza sociale e multidisciplinare non si traducano concretamente, rimanendo solo sulla carta, a causa della carenza di personale. In questa prospettiva, le Case della comunità rischiano di ridursi a semplici ambulatori, anziché realizzarsi come luoghi di integrazione tra medici di medicina generale, specialisti, infermieri di comunità e assistenti sociali, come previsto dal DM n. 77/2022 e dal PNRR, finalizzati alla riorganizzazione del sistema sanitario in funzione del bisogno del paziente²⁴⁹. In assenza di una legge-cornice che riconduca questi standard ad una rete solida e coerente, le Regioni potrebbero utilizzare la propria autonomia come alibi per scelte meramente nominalistiche, svuotando dall'interno gli obiettivi della riforma per assecondare una logica di contenimento dei costi²⁵⁰. Inoltre, la mancata o solo eventuale previsione dell'assistente sociale rappresenta un problema, compromettendone potenzialmente l'effettività, in particolare nell'area della salute mentale, delle dipendenze e dei servizi di consultorio.

In ultima analisi, il 2027 segnerà uno spartiacque per la tenuta del Servizio sanitario nazionale: con l'esaurirsi dei finanziamenti europei, gli oneri permanenti derivanti dalla gestione delle nuove strutture graveranno prevalentemente sui bilanci regionali, con il rischio di far emergere l'insostenibilità di una riforma che ha privilegiato il potenziamento infrastrutturale rispetto al rafforzamento strutturale del capitale umano²⁵¹. Il rischio concreto è che la persistente dissociazione tra finanziamento in conto capitale e copertura della spesa corrente trasformi le Case della comunità in strutture solo formalmente attive,

²⁴⁸ C. Cislighi, *Dibattito sul decreto ministeriale 77 in tema di sanità territoriale* in rivista dell'associazione italiana di epidemiologia, 2022, <https://epiprev.it/blog/come-sta-la-sanita/dibattito-sul-decreto-ministeriale-77-in-tema-di-sanita-territoriale>.

²⁴⁹ M. D'Arienzo, *La sanità in trasformazione: dalla legge n. 833 del 1978 al dm 77/2022*, in *Persona e amministrazione* 1/2023, pp. 435-436 e Fabio Saitta, *Il servizio sanitario nazionale: punti fermi e prospettive evolutive* in *Nuove Autonomie* 1-2/2024, pp. 116-117.

²⁵⁰ R. Balduzzi, *Sanità rurale e assistenza sanitaria decentrata*, cit., 82-83 in F. Saitta, *Il servizio sanitario nazionale: punti fermi e prospettive evolutive* in *Nuove Autonomie* 1-2/2024, pp. 116-117.

²⁵¹ F. Scinetti, *L'evoluzione della spesa sanitaria italiana*, in <https://osservatoriocpi.unicatt.it/ocpi-pubblicazioni-l-evoluzione-della-spesa-sanitaria-italiana> e S. Spatola, *Il solito dilemma: il finanziamento della salute tra effettività della tutela ed esigenze di bilancio. Evoluzione, critiche e prospettive alla luce del recente dibattito sociale*, in *Corti Supreme e Salute* 3/2023, p. 748.

inducendo le Regioni, in assenza di un quadro normativo di riferimento vincolante, a scelte meramente nominalistiche o a un crescente ricorso al settore privato²⁵². Qualora l'asimmetria tra l'ambizione degli standard organizzativi e la rigidità dei vincoli finanziari non venga superata attraverso un rafforzamento strutturale del Fondo sanitario nazionale, il potenziamento dell'assistenza territoriale rischia di rimanere un intervento incompiuto²⁵³.

2.3. Standard organizzativi nella nuova assistenza territoriale: tra strutture e figure professionali

Il DM n. 77/2022, attraverso l'Allegato 1, con una formulazione però meramente descrittiva, delinea una nuova struttura organizzativa dell'assistenza territoriale, ridefinendone l'assetto mediante l'introduzione di nuovi standard organizzativi, strutturali e tecnologici, nonché di modelli integrati di presa in carico. L'impianto dell'Allegato si sviluppa secondo una logica piramidale²⁵⁴, che assume quale punto di partenza la persona e il contesto di vita più prossimo - il domicilio - per poi articolarsi progressivamente verso livelli assistenziali a maggiore intensità, fino al ricovero presso l'Ospedale di Comunità. In tale prospettiva, il domicilio viene configurato quale primo luogo di cura, segnando il superamento di un approccio incentrato esclusivamente sulla risposta alla patologia già insorta; ne deriva una valorizzazione della presa in carico precoce e continuativa, realizzata attraverso l'integrazione sociosanitaria e l'attivazione dei servizi territoriali. La riorganizzazione così delineata mira alla costruzione di una rete

²⁵² R. Balduzzi, *Sanità rurale e assistenza sanitaria decentrata*, cit., 82-83 in Fabio Saitta, *Il servizio sanitario nazionale: punti fermi e prospettive evolutive* in Nuove Autonomie 1-2/2024, pp. 116-117 e T. Andreani, *Il Servizio sanitario nazionale, tra storia e attualità: riflessioni intorno alla gestazione e alle prospettive di attuazione della riforma della sanità territoriale*, in *BioLaw Journal*, n. 1/2023, 357.

²⁵³ C. Cislighi, *Dibattito sul decreto ministeriale 77 in tema di sanità territoriale* in rivista dell'associazione italiana di epidemiologia, 2022, <https://epiprev.it/blog/come-sta-la-sanita/dibattito-sul-decreto-ministeriale-77-in-tema-di-sanita-territoriale> e S. Spatola, *Il solito dilemma: il finanziamento della salute tra effettività della tutela ed esigenze di bilancio. Evoluzione, critiche e prospettive alla luce del recente dibattito sociale*, in *Corti Supreme e Salute* 3/2023, p. 749.

²⁵⁴ V. Buratti, *La riforma della sanità territoriale: luci e ombre dei nuovi modelli organizzativi e assistenziali* in *CERIDAP* 2/2025, p. 43.

assistenziale capillare e prossima alla persona, in un progressivo superamento della tradizionale impostazione ospedalocentrica²⁵⁵ del Servizio sanitario nazionale.

L'architettura dell'Allegato 1 si regge quindi su un equilibrio tra nuove strutture fisiche e rinnovate funzioni professionali. Da un lato, introducendo presidi tangibili destinati a diventare punti di riferimento per la cittadinanza: le Case della Comunità come fulcro dell'assistenza primaria e dell'integrazione sociosanitaria²⁵⁶, e gli Ospedali di Comunità cioè strutture intermedie finalizzate a ricoveri brevi e a bassa intensità clinica²⁵⁷. Affiancando a questi una rete di servizi essenziali per le fasce più vulnerabili, come la Rete delle cure Palliative²⁵⁸ e i Servizi per la salute dei minori, delle donne, delle coppie e delle famiglie,²⁵⁹ oltre ad una rinnovata attenzione alla Prevenzione in ambito sanitario, ambientale e climatico, secondo l'approccio integrato *One Health*²⁶⁰. In questa rete di prossimità, un ruolo sussidiario e strategico è affidato alle Farmacie di Comunità, intese come presidi sanitari di primo livello capaci di erogare servizi di telemedicina, screening e supporto alla gestione delle cronicità²⁶¹.

Dall'altro lato, il modello istituisce sistemi di coordinamento digitale e logistico idonei a garantire la continuità delle cure e la fluidità dei percorsi assistenziali. In questo ambito la Centrale operativa territoriale svolge il ruolo di coordinatore dei processi, supportata dal numero unico per le cure non urgenti (Centrale operativa 116117)²⁶² e da un potenziamento massiccio dell'Assistenza domiciliare, intesa come il primo luogo di cura²⁶³. Questo sistema trova il suo completamento nell'implementazione della Telemedicina e di avanzati sistemi informativi e di qualità, strumenti utili per il monitoraggio delle prestazioni e la gestione remota del paziente²⁶⁴. Questa evoluzione

²⁵⁵ Tra i molti, F. G. Cuttaia, *La riforma dell'Assistenza sanitaria e sociosanitaria territoriale e le problematiche connesse alla sua attuazione* in *federalismi.it* 23/2022, pp. 72-93; F. Pesaresi, *il dm 77/2022 sull'assistenza sanitaria territoriale* in *Welfare* ebook n. 77/2022.

²⁵⁶ Punto 5 dell'Allegato 1 del DM 77/2022.

²⁵⁷ Punto 11 dell'Allegato 1 del DM 77/2022.

²⁵⁸ Punto 12 dell'Allegato 1 del DM 77/2022.

²⁵⁹ Punto 13 dell'Allegato 1 del DM 77/2022.

²⁶⁰ Punto 14 dell'Allegato 1 del DM 77/2022.

²⁶¹ Punto 2 dell'Allegato 1 del DM 77/2022.

²⁶² Punto 9 dell'Allegato 1 del DM 77/2022.

²⁶³ Punto 10 dell'Allegato 1 del DM 77/2022.

²⁶⁴ Punto 15 e 16 dell'Allegato 1 del DM 77/2022.

strutturale e tecnologica trova, infine, il suo presupposto necessario nel fattore umano e clinico, tramite la multidisciplinarietà dei team, avvalendosi di Equipe multiprofessionali²⁶⁵ e della nascita di figure come l’Infermiere di Famiglia e Comunità, inteso come collante professionale tra il paziente e il sistema dei servizi²⁶⁶.

Infine, in situazioni di particolare criticità territoriale o emergenziale, il modello prevede l’intervento di Unità di Continuità assistenziale (UCA)²⁶⁷, al fine di garantire la proattività dell’assistenza anche in condizioni complesse, assicurando che la componente sanitaria e quella sociale convergano in una reale presa in carico globale della persona.

2.3.1. Le strutture: standard fisici e organizzativi del territorio

2.3.1.1. Case di comunità

Le Case di Comunità rappresentano una delle principali innovazioni introdotte dal DM n. 77/2022, qualificate come strutture pubbliche del Sistema Sanitario Nazionale, sono il luogo di coordinamento della rete di assistenza sanitaria territoriale, in raccordo con i servizi sanitari sociali degli enti locali²⁶⁸. Esse costituiscono “il luogo fisico e di facile individuazione al quale i cittadini possono accedere per bisogni di assistenza, sociosanitaria a valenza sanitaria e il modello organizzativo dell’assistenza di prossimità per la popolazione di riferimento”²⁶⁹. All’interno delle Case della comunità opera un sistema multidisciplinare strutturato attraverso modalità operative di equipe multiprofessionali territoriali, composte da personale medico – Medici di Medicina Generale, Pediatri di libera scelta, specialisti di ambulatori interni, infermieri di famiglia

²⁶⁵ All’interno dell’Allegato 1 si parla spesso di equipe multiprofessionali, intese come aggregazioni di Medici di Medicina Generale, Pediatri di Libera Scelta, Continuità Assistenziale, Specialisti Ambulatoriali Interni (SAI) e dipendenti, Infermieri e altre figure sanitarie e sociosanitarie.

²⁶⁶ Punto 6 dell’Allegato 1 del DM n. 77/2022.

²⁶⁷ Punto 7 dell’Allegato 1 del DM n. 77/2022.

²⁶⁸ F. Pesaresi, *il dm 77/2022 sull’assistenza sanitaria territoriale* in Welfare ebook n. 77/2022 p. 51-52 e D. Caldirola, *Welfare comunitario e Casa della Comunità: dal PNRR alla riforma dell’assistenza sanitaria territoriale* in JusOnline 5/2022, pp. 177.

²⁶⁹ Punto 5 dell’Allegato 1 del DM n. 77/2022; il riferimento a “casa” e “comunità” evidenzia l’immagine di un luogo fisico accogliente, un punto di riferimento facilmente riconoscibile dalla cittadinanza, F. Pizzolato, *Le Case della Comunità e il rapporto tra città e salute* in Dirittifondamentali.it 1/2022, pp. 428.

o comunità, ostetriche e altri professionisti della salute – e socioassistenziali – come gli assistenti sociali. In questo contesto le Case della Comunità promuovono un approccio centrato sulla persona e sui bisogni della collettività, favorendo in questo modo la collaborazione tra professionisti ed il coinvolgimento attivo dei cittadini. Inoltre, all'interno viene svolta una funzione di raccordo e coordinamento delle risorse disponibili, anche attraverso *budget* di comunità²⁷⁰, e di lettura integrata dei bisogni locali mediante l'utilizzo congiunto dei dati provenienti dai sistemi informativi istituzionali e delle informazioni espresse dalle reti sociali; si contribuisce così ad orientare in maniera più efficace la programmazione e l'erogazione degli interventi, in coerenza con le specificità del territorio²⁷¹.

Il DM n. 77/2022 fornisce nell'allegato 1, una serie di indicazioni di carattere descrittivo relative alla struttura e all'organizzazione delle stessa, mentre definisce all'allegato 2 i profili di natura prescrittiva, in coerenza con quanto già previsto dal PNRR.

Per quanto riguarda la distribuzione sul territorio, le Case della Comunità si articolano secondo un modello organizzativo di tipo *hub* e *spoke*²⁷²; le Regioni devono prevedere una comunità *hub* ogni 40000-50000 abitanti²⁷³, mentre non vengono fissati standard di riferimento per gli *spoke* – così come gli ambulatori dei MMG e PLS –, che devono, però, tenere conto delle caratteristiche orografiche e demografiche del territorio in modo da favorire la maggiore capillarità dei servizi ed una maggiore equità di accesso, in particolare nelle aree che presentano una struttura più complessa, garantendo equità di accesso²⁷⁴. Si prevede l'attivazione di minimo 1350 Case della Comunità – una ogni 44000 abitanti – restando alle Regioni la possibilità di prevederne ulteriori; spetterà

²⁷⁰ O “*budget salute*” è l'insieme delle risorse necessarie – economiche, professionali, umane e relazionali – necessarie per promuovere la realizzazione dei percorsi di cura nell'ambito dei progetti sanitari penalizzati; F. Pesaresi, *Il Budget di salute negli indirizzi nazionali*, in Osservatorio nazionale sulle politiche sociali <https://www.welforum.it/il-budget-di-salute-negli-indirizzi-nazionali/>, 2022.

²⁷¹ F. Pesaresi, *Il dm 77/2022 sull'assistenza sanitaria territoriale* in Welfare ebook n. 77/2022 pp. 51-52.

²⁷² La differenza tra i due modelli non viene specificata all'interno del DM, ma si può desumere dallo stesso che il modello *hub* sia la struttura di riferimento, dotata di tutti i servizi previsti dalla tabella degli standard organizzativi nel secondo Allegato; mentre le *spoke* saranno definite dalle Regioni, con servizi ridotti.

²⁷³ Allegato 2 del DM 77/2022.

²⁷⁴ F. Pesaresi7n. 77/2022 p. 57.

inoltre alle Regioni la possibilità di realizzare le nuove Case della Comunità nelle preesistenti Case della Salute.

All'interno le CdC devono garantire l'assistenza medica 12 ore al giorno per sei giorni su sette, attraverso la presenza di Medici di Medicina Generale afferenti alle AFT del Distretto di riferimento²⁷⁵ che dovranno prestare il servizio, in aggiunta alle attività svolte nei confronti degli assistiti nelle attività tradizionali in studio. Secondo l'AGENAS²⁷⁶ dovrebbe coinvolgere circa 30-35 MMG che garantiscono la loro presenza per 2 ore la settimana ognuno, per ogni CdC *hub*²⁷⁷. Tutte le forme di aggregazione dei Medici di medicina generale e dei Pediatri di libera scelta sono ricomprese nell'ambito delle Case della Comunità, presso le quali possono avere una sede fisica o risultare funzionalmente collegate; alle CdC potranno accedere anche gli specialisti ambulatoriali²⁷⁸. In questo quadro la Casa della comunità non si configura come un contenitore di studi professionisti isolati, ma un presidio capace di assorbire i bisogni di bassa e media complessità; operando in sinergia con il servizio di continuità assistenziale, la struttura si prefigura una copertura assistenziale di 24 ore, diventando così il primo punto di accesso al servizio sanitario²⁷⁹.

Vengono fissati all'interno del DM gli standard che devono caratterizzare le Case della Comunità, sia nella configurazione *hub* sia in quella *spoke*.

| SERVIZI | MODELLO ORGANIZZATIVO | |
|---|-----------------------|-------|
| | HUB | SPOKE |
| Servizi di cure primarie erogati attraverso équipe multiprofessionali (MMG, PLS, SAI, IFoC, ecc.) | OBBLIGATORIO | |
| Punto Unico d'Accesso | OBBLIGATORIO | |

²⁷⁵ Il rapporto tra Case della Comunità e Medici di Medicina Generale è un *nervo scoperto del progetto*, cit. F. Pizzolato, *Le Case della Comunità e il rapporto tra città e salute* in *Dirittifondamentali.it* 1/2022, pp. 431.

²⁷⁶ Linee guida AGENAS 10 giugno 2024.

²⁷⁷ Punto 5, pagina 30, dell'Allegato 1 del DM 77/2022.

²⁷⁸ Punto 5 dell'Allegato 1 del DM 77/2022.

²⁷⁹ D. Caldirola, *Welfare comunitario e Casa della Comunità: dal PNRR alla riforma dell'assistenza sanitaria territoriale* in *JusOnline* 5/2022, pp. 179

| | | |
|---|---|-----------------------------|
| Servizio di assistenza domiciliare | OBBLIGATORIO | |
| Servizi di specialistica ambulatoriale per le patologie ad elevata prevalenza | OBBLIGATORIO | |
| Servizi infermieristici | OBBLIGATORIO | |
| Sistema integrato di prenotazione collegato al CUP aziendale | OBBLIGATORIO | |
| Integrazione con i Servizi Sociali | OBBLIGATORIO | |
| Partecipazione della Comunità e valorizzazione della co-produzione | OBBLIGATORIO | |
| Collegamento con la Casa della Comunità hub di riferimento | - | OBBLIGATORIO |
| Presenza medica | H12, 7/7 gg OBBLIGATORIA | H12, 6/7 gg OBBLIGATORIO |
| Presenza infermieristica | H12, 7/7 gg OBBLIGATORIA H 24, 7/7 gg FORTEMENTE RACCOMANDATA | H12, 6/7 gg OBBLIGATORIO |
| Servizi diagnostici di base | OBBLIGATORIO | FACOLTATIVO |
| Continuità Assistenziale | OBBLIGATORIO | FACOLTATIVO |
| Punto prelievi | OBBLIGATORIO | FACOLTATIVO |
| Attività Consultoriali e attività rivolta ai minori | FACOLTATIVO | FACOLTATIVO |
| Interventi di Salute pubblica (incluse le vaccinazioni per la fascia 0-18) | FACOLTATIVO | FACOLTATIVO |
| Programmi di screening | FACOLTATIVO | FACOLTATIVO |
| Servizi per la salute mentale, le dipendenze patologiche e la neuropsichiatria infantile e dell'adolescenza | RACCOMANDATO | |
| Medicina dello sport | RACCOMANDATO | |

Tabella sugli standard organizzativi previsti dall'Allegato 2 del DM n. 77/2022

All'interno della Casa della Comunità è quindi prevista la presenza di una pluralità di professionisti finalizzati a garantire l'assistenza primaria secondo un approccio di medicina d'iniziativa e di presa in carico della unità di riferimento; in particolare sono

previsti, da, 7 ad 11 infermieri²⁸⁰, un assistente sociale e 5-8 unità di Personale di Supporto (sociosanitario e amministrativi²⁸¹)²⁸². Queste figure operano integrandosi con i servizi h12 svolti dal Medico di Medicina Generale e si inseriscono all'interno del servizio di continuità assistenziale h24²⁸³; la presenza continuativa di servizi medici e infermieristiche garantisce una risposta ad un bisogno di bassa e media complessità, andando così ad alleggerire il carico dei presidi ospedalieri.

Le Case della Comunità sono chiamate ad erogare un significativo numero di prestazioni eterogenee tra di loro, che spaziano dalle cure primarie e della diagnostica di base fino ai servizi di prenotazione, attraverso il collegamento al Centro Unico di Prenotazione (CUP), nonché alle attività di assistenza al pubblico e di supporto amministrativo-organizzativo ai pazienti²⁸⁴. Quest'ultima è il Punto Unico di Accesso (PUA)²⁸⁵, uno dei punti di accesso ai servizi sociali e sociosanitari, rivolto principalmente alle persone più anziane o in condizioni di non autosufficienza. All'interno del PUA operano *equipe* integrate composte da personale del SSN e delle Aziende sanitarie locali, con la finalità di garantire lo svolgimento della valutazione multidimensionale dei bisogni e al fine di individuare il livello assistenziale necessario; questo al fine di favorire la permanenza della persona nel proprio contesto domiciliare e sociale, assicurando una presa in carico appropriata e continuativa²⁸⁶.

Le Case della Comunità non sono presidi nuovi ma sono uno sviluppo delle Case della Salute, sperimentate a partire dal 2007 e con pochissime strutture nel territorio. Il regolamento del 2022 cerca di ridare vita a questi strumenti nella logica della sanità

²⁸⁰ Divisi in, 1 coordinatore Infermieristico, 2-3 IFoC per le attività ambulatoriali, 1-2 IFoC per l'attività di triage e valutazione dei bisogni della salute e 4-6 IFoC per l'assistenza domiciliare di base, le attività di prevenzione e teleassistenza.

²⁸¹ Secondo la documentazione allegata al PNRR, 5 persone dell'unità di supporto dovrebbero essere amministrativi.

²⁸² Punto 5, pagina 30, dell'Allegato 1 del DM n. 77/2022.

²⁸³ F. Pesaresi, *Il DM 77/2022 sull'assistenza sanitaria territoriale* in Welfare ebook n. 7/2022 pp. 63-64

²⁸⁴ Cfr. V. Buratti, *La riforma della sanità territoriale: luci e ombre dei nuovi modelli organizzativi e assistenziali* in CERIDAP 2/2025, pp. 46.

²⁸⁵ Art 1 comma 163 della L. di Bilancio del 2022, nell'Allegato 2.

²⁸⁶ Punto 7 dell'Allegato 1 del DM n. 77/2022 e D. Caldirola, *Welfare comunitario e Casa della Comunità: dal PNRR alla riforma dell'assistenza sanitaria territoriale* in JusOnline 5/2022, p. 179.

territoriale, con un approccio *One Health*, adoperando tre criteri principali²⁸⁷. Un primo criterio localizzativo, che evidenzia la prossimità e accessibilità delle CdC sul territorio; un secondo criterio funzionale che individua le CdC come punti di accesso e di orientamento ai servizi sanitari; infine, quello organizzativo che le qualifica come il fulcro dell'integrazione tra sanità e servizi sociali²⁸⁸.

Il passaggio dalle Case della Salute a quelle della Comunità non si pone solo come una mera riorganizzazione funzionale dei servizi, ma punta ad un'integrazione più profonda tra ambito sociale e sanitario, superando la frammentazione degli interventi, creando un presidio unico di prossimità in cui la presa in carico sia unitaria e continua della persona.

2.3.1.2. Gli Ospedali di Comunità

L'Ospedale di Comunità, già presente sul territorio da diversi anni²⁸⁹, è una struttura sanitaria di ricovero – pubblica o privata –, che svolge una funzione intermedia tra il domicilio e il ricovero ospedaliero, a gestione prevalentemente infermieristica²⁹⁰, al fine di evitare ricoveri impropri o favorire le dimissioni protette, provvedendo ai bisogni

²⁸⁷ V. Buratti, *La riforma della sanità territoriale: luci e ombre dei nuovi modelli organizzativi e assistenziali* in CERIDAP 2/2025, pp. 46.

²⁸⁸ V. Buratti, *La riforma della sanità territoriale: luci e ombre dei nuovi modelli organizzativi e assistenziali* in CERIDAP 2/2025, pp. 46-47.

²⁸⁹ La prima volta che si parla di Ospedali di Comunità è però nel Patto Sanitario Nazionale 2006-2008, dove veniva definito come “una struttura dedicata all’attuazione delle cure domiciliari in ambiente protetto, al consolidamento delle condizioni fisiche e alla prosecuzione del processo di recupero”, uno strumento di raccordo tra il sistema delle cure primarie e quello delle cure ospedaliere, e come modalità di completamento dell’offerta dei servizi di cure intermedie. Successivamente nel 2011, un articolo della rivista Monitor dell’AGENAS li individua come strutture di cure intermedie (SCI). Con il Patto per la salute 2014-2016, si parla degli OdC come la soluzione per ridurre i ricoveri inappropriati e per i percorsi di deospedalizzazione, venendo poi previsti anche dal DM n. 70/2015 al punto 10. Il Piano Nazionale della Cronicità del 2016 li inserisce nei diversi setting assistenziali per la cronicità, come una struttura sanitaria territoriale gestita anche dai MMG e che consente l’assistenza alla persona e l’esecuzione di procedure clinico-assistenziali a basse/media intensità, confermandosi l’anello di congiunzione tra il territorio e l’ospedale. Solo nel 2020 però gli Ospedali di Comunità vengono definiti con requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi minimi dalla Conferenza Stato-Regione, trovando comunque pochissima attuazione nel territorio. F. Pesaresi, *Il DM 77/2022 sull’assistenza sanitaria territoriale* in Welfare ebook n. 77/2022 pp. 84-85

²⁹⁰ Come anche definito, dal Dottor Giuseppe Remuzzi (Direttore dell’Istituto di Ricerche farmacologiche Mario Negri IRCCS) “ospedale degli infermieri”, durante il congresso ANAAO ASSOMED *quale futuro per il servizio nazionale italiano?* Del 30 gennaio 2026.

sociosanitari, di stabilizzazione clinica, di recupero funzionale e dell'autonomia del paziente. Il PNRR prevede un investimento di un miliardo di euro²⁹¹ per la realizzazione di 381 nuovi Ospedali di Comunità, per un totale di 7.620 posti letto, successivamente elevato a 400 con il DM n. 71/2022²⁹².

La struttura interviene sulla bassa intensità clinica, potenzialmente erogabile a domicilio, ma che – viste le condizioni del soggetto, l'impossibilità dei *caregiver* o l'inidoneità del domicilio – necessita di assistenza o sorveglianza infermieristica continuativa, anche notturna. Pur avendo un'autonomia funzionale, l'Ospedale di Comunità si inserisce in un contesto integrato con i servizi sanitari territoriali; diventando necessario predisporre specifiche procedure operative idonee a garantire continuità assistenziale ed una tempestività degli interventi necessari, valorizzando così il ruolo di coordinamento e raccordo garantiti dalle Centrali Operative Territoriali e dei servizi di supporto diagnostico specialistico²⁹³.

Come per le Case della Comunità, anche per gli OdC è previsto un approccio multidisciplinare, multiprofessionale ed interprofessionale, basato sulla cooperazione di professionisti sanitari e sociali. La responsabilità igienico-sanitario della struttura è in capo al medico – dipende o convenzionato –, mentre quella organizzativa è affidata al personale infermieristico, che garantisce la sua presenza 24 ore 7 giorni su 7, con il supporto degli Operatori Sociosanitari (OSS). L'assistenza medica è invece assicurata 4,5 ore al giorno 6 giorni su 7 – su un turno diurno di 12 ore, dalle 8 alle 20 – mentre il turno notturno – dalle 20 alle 8 – è in forma di pronta-disponibilità²⁹⁴, che può essere

²⁹¹ Di cui ne riserva quasi il 40% alle regioni del Mezzogiorno.

²⁹² Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza <https://www.governo.it/sites/governo.it/files/PNRR.pdf>, n. 71/2022 Allegato 1, punto 11 e F. Pesaresi, *Il DM 77/2022 sull'assistenza sanitaria territoriale* in Welfare ebook n. 77/2022 p. 86. Molte regioni che già avevano implementato gli ospedali di comunità destineranno una parte delle risorse alla ristrutturazione dei posti letto già esistenti; risultando quindi i posti letto realizzati con il PNRR in misura minore in quanto confermati e non aggiunti, F. Pesaresi, *Il DM n. 77/2022 sull'assistenza sanitaria territoriale* in Welfare ebook n. 77/2022 p. 108.

²⁹³ Punto 11 dell'Allegato 1 del DM n. 77/2022.

²⁹⁴ Allegato 2 del DM n. 77/2022.

organizzata con più strutture dello stesso territorio, insieme ai Medici della Continuità assistenziale o da medici operanti nella struttura²⁹⁵.

Per quanto concerne i pazienti, possono accedervi soggetti con patologie acute minori, tali da non richiedere il ricovero ospedaliero, o pazienti con patologie croniche riacutizzate che devono completare il processo di stabilizzazione clinica, che richiedono un tempo di permanenza breve – di 30, massimo 60 giorni – e che necessitano di assistenza infermieristica continuativa e assistenza medica programmata o al bisogno. Il paziente può provenire dal domicilio, strutture residenziali, Pronto soccorso o da dimissioni ospedaliere per acuti, sempre su proposta del medico²⁹⁶. I pazienti eleggibili sono quindi i fragili o cronici con riacutizzazioni non gestibili a domicilio ma senza necessità di ricovero ospedaliero, i pazienti dimessi dall'ospedale ma ancora bisognosi di assistenza infermieristica continuativa, chi necessita di un supporto nella gestione di terapie e dispositivi, anche per l'educazione di paziente e *caregiver* e pazienti che richiedono interventi riabilitativi o di mantenimento delle capacità residue in vista del riporto a domicilio. In questo senso, tra gli obiettivi principali della struttura c'è il coinvolgimento attivo del paziente e dei *caregiver* al fine di aumentare la consapevolezza e l'auto-cura attraverso formazione e addestramento della gestione della situazione clinica e terapeutica²⁹⁷.

L'Ospedale di Comunità può essere realizzato in una struttura dedicata o inserirsi all'interno di altre strutture, quali le Casa della Comunità, strutture sanitarie polifunzionale, presso strutture residenziali sociosanitarie o in strutture ospedaliere. Al suo interno possono essere previsti ambienti protetti per i pazienti con demenza, con disturbi comportamentali²⁹⁸. Inoltre, è prevista la possibilità di istituire, in prossimità

²⁹⁵ In caso di emergenza dovranno essere attivate le procedure previste a livello regionale del Sistema di Emergenza Urgenza territoriale; salvo che l'OdC si trovi all'interno di presidio ospedaliero, in questo caso potranno essere attivate le procedure d'urgenza *ad hoc* di quel presidio. Punto 4 dell'allegato 1, del DM n. 77/2022.

²⁹⁶ Si tratta di Medici di Medicina generale, di continuità assistenziale, specialista ambulatoriale interno ed ospedaliero, del pronto soccorso, nonché il pediatra di libera scelta per i soggetti infra-quattordicenni. Misure così stringenti sono anche atte a fare in modo da evitare un utilizzo improprio della struttura, confondendola con la Lungodegenza post-acuzie e le RSA, F. Pesaresi, *Il DM 77/2022 sull'assistenza sanitaria* territoriale in Welfare ebook n. 7/2022 p. 104.

²⁹⁷ Punto 11 dell'Allegato 1 del DM n. 77/2022.

²⁹⁸ Piano Nazionale demenze del 2014.

delle strutture ospedaliere pediatriche, OdC apposite con responsabilità clinica del Pediatra e presenza di personale sanitario formato e competente nel target pediatrico²⁹⁹.

È prevista dall'Allegato 2 la presenza di un ospedale di Comunità, dotato di 20 posti letto, fino ad un massimo di 40, ogni 100 mila abitanti, con uno standard di personale composto da 7-9 infermieri (di cui 1 Coordinatore), 4-6 Operatori sociosanitari, 1-2 unità di alto personale sanitario con funzioni riabilitative e un Medico per 4,5 ore al giorno (6 giorni su 7). Inoltre, è previsto un sistema di raccolta di dati attraverso le cartelle clinico-assistenziali, inserita del processo di informatizzazione integrato con il Fascicolo sanitario elettronico, oltre a sistemi di monitoraggio dei pazienti anche attraverso servizi di telemedicina³⁰⁰.

Uno dei principali rischi per l'attuazione degli Ospedale di Comunità è rappresentato dalla sua collocazione intermedia tra la Lungodegenza post-acuzie³⁰¹ e le RSA³⁰². L'essenziale differenza tra queste tre strutture attiene in primo luogo alla diversa composizione del personale sociosanitario: nella Lungodegenza prevale la presenza del medico, supportata da infermieri e OSS; negli Ospedali di Comunità, invece, l'assistenza è prevalentemente data dal personale infermieristico, con la supervisione medica; mentre nelle RSA si registra una minore intensità dell'assistenza infermieristica a fronte di una maggiore presenza di operatori sociosanitari.

Ulteriore elemento distintivo riguarda la durata della degenza: mentre la lungodegenza e le RSA sono caratterizzate da ricoveri di medio-lungo periodo, gli Ospedali di Comunità si configurano come strutture a degenza breve, con criteri di accesso più stringenti, in quanto finalizzate a svolgere una funzione di transizione tra l'ospedale per acuti e il domicilio o, eventualmente, altre strutture residenziali. Gli Ospedali di comunità si

²⁹⁹ Punto 11 dell'Allegato 1 del DM n. 77/2022.

³⁰⁰ Punto 11 dell'Allegato 1 del DM 77/2022.

³⁰¹ Reparto ospedaliero per pazienti che provengono da reparti di acuti – come chirurgia o ortopedia – non autosufficienti che necessitano di un'assistenza continua medica o infermieristica, e di riabilitazione (<https://www.ospfe.it/reparti/lpa-delta-argenta-e-cento>).

³⁰² Residenze sanitarie per anziani, anche conosciute come case di riposo, sono strutture sociosanitarie che accolgono il soggetto anziano non autosufficiente con bisogni di assistenza continua.

collocano quindi in una posizione intermedia sia sotto il profilo funzionale che quello assistenziale³⁰³.

Gli OdC si collocano in una rete di servizi territoriali giù particolarmente affollata, rendendo necessaria una regolamentazione attenta e una corretta implementazione organizzativa³⁰⁴. Ad oggi poche Regioni hanno proposto sistemi strutturati di valutazione dei pazienti e adeguati sistemi informativi a supporto del funzionamento degli Ospedali di Comunità; eppure, l'appropriatezza può essere garantita solo se il ruolo, la tipologia di pazienti, gli obiettivi delle diverse unità operative e le differenze che caratterizzano l'una o l'altra struttura sono ben delineate. In mancanza di questi elementi il rischio è quello che i pazienti possano essere accolti in una o in un'altra indipendentemente dalle loro condizioni e necessità, vanificando il ruolo degli stessi.

2.3.1.3. Strumenti per la continuità assistenziale e il coordinamento territoriale

Accanto alle strutture territoriali, il nuovo modello organizzativo prevede una serie di strumenti finalizzati a garantire la continuità assistenziale e il coordinamento tra i diversi servizi; il DM n. 77/2022 attribuisce a questi strumenti un ruolo centrale nella gestione dei percorsi di cura, individuando nella loro integrazione il presupposto per un'effettiva presa in carico del paziente.

2.3.1.3.1. Centrali Operative Territoriali

Le Centrali Operative Territoriali sono il centro di smistamento e monitoraggio dei flussi dei pazienti, che garantiscono in modo fluido ed integrato il passaggio tra un setting di cura ad un altro.

Le COT si sono iniziate a sviluppare intorno al secondo decennio del 2000 in alcune regioni Italiane, ma in assenza di un quadro normativo nazionale in modo eterogeneo, sia

³⁰³ F. Pesaresi, *Il DM 77/2022 sull'assistenza sanitaria territoriale* in Welfare ebook n. 77/2022 p. 104-108

³⁰⁴ F. Pesaresi, *op. cit.*, p. 107-108

tra Regioni che tra le diverse Aziende sanitarie di una stessa Regione³⁰⁵. L'obiettivo comune era quello di gestire la continuità assistenziale dei pazienti in uscita dall'ospedale, spesso con specifici riferimenti alle dimissioni protette. Solo nel 2020, con il Decreto legge n. 34³⁰⁶, sono state introdotte formalmente nel SSN; l'articolo 1 comma 8 stabiliva che, al fine di garantire il coordinamento delle attività sanitarie e sociosanitarie, Regioni e province autonome dovevano provvedere all'attivazione di Centrali operative regionali che svolgessero funzioni di raccordo con tutti i servizi e con il sistema di emergenza-urgenza per far fronte all'emergenza da SARS-COVID-19, rafforzando l'offerta sanitaria e sociosanitaria territoriale³⁰⁷. Con il PNRR le COT vengono inserite tra i potenziamenti delle cure territoriali, prevedendo l'attuazione di 600 Centrali operative – una per ogni distretto – con la funzione di coordinare i servizi domiciliari con quelli sanitari, assicurando l'interfaccia con gli ospedali e la rete di emergenza urgenza e prevedendo una spesa di 280milioni di euro³⁰⁸. Col 2022 vengono inserite nel Decreto n. 77/2022, “Modelli e standard per lo sviluppo dell'Assistenza Territoriale nel Servizio Sanitario Nazionale”, che ne definisce gli standard e i requisiti.

Il DM definisce le COT come quel modello che svolge la funzione di coordinamento della presa in carico della persona, raccordandola con i vari servizi e professionisti dei *setting* assistenziali. È a valenza distrettuale e ha come obiettivo quello di assicurare la continuità, accessibilità ed integrazione dell'assistenza sanitaria e sociosanitaria. Lo standard fissato dall'Allegato 2 è di una Centrale ogni 100.000 abitanti (o più qualora il distretto abbia un bacino di utenza maggiore), e comprende 1 coordinatore infermieristico, 3-5 infermieri, 1 o 2 unità di Personale di Supporto³⁰⁹.

³⁰⁵ L. Ferrara, V. D. Tozzi, A. Zazzera, *Il management della transizione: COT e non solo COT* in Rapporto OASI 2021, p. 489.

³⁰⁶ *Misure urgenti in materia di salute, sostegno al lavoro e all'economia, nonché politiche sociali connesse all'emergenza epidemiologica da COVID-19*.

³⁰⁷ F. Pesaresi, *op. cit.*, p. 130.

³⁰⁸ Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza <https://www.governo.it/sites/governo.it/files/PNRR.pdf>; la maggior parte dei fondi destinata all'interconnessione tecnologica: mezzi tecnologici per garantire il controllo da remoto dei dispositivi di telemedicina forniti ai pazienti, sostenendo lo scambio di informazione tra operatori sanitari, F. Pesaresi, *op. cit.*, p. 131.

³⁰⁹ Art 1, comma 274, della legge 234/2021.

Nel suo ruolo di raccordo, la COT svolge una serie di funzioni. In primo luogo, quello di coordinamento della presa in carico della persona tra i diversi servizi e professionisti sanitari, garantendo la gestione delle transizioni tra i diversi modelli di cura; la centrale si mette quindi in comunicazione con tutti i professionisti e i servizi, come MMG, ospedali, ADI e segue il paziente quando passa da un *setting* ad un altro, dall'ammissione e dimissione nelle strutture ospedaliere, ai percorsi residenziali temporanei o definitivi, fino al ricovero in strutture intermedie o al rientro in domicilio. A questo si affianca una funzione di coordinamento e ottimizzazione degli interventi mediante l'attivazione di soggetti e risorse della rete assistenziale, nonché il tracciamento e il monitoraggio dei passaggi da un luogo di cura o di assistenza ad un altro. La COT svolge inoltre un ruolo di supporto informativo e logistico nei confronti dei professionisti della rete territoriale (come MMG, PLS, Medici di Continuità assistenziale o gli Infermieri di Famiglia o Comunità), con riferimento ad attività e servizi distrettuali, curando la raccolta, la gestione e il monitoraggio dei dati di salute, anche attraverso strumenti di telemedicina. In questo contesto, la COT, gestisce la piattaforma tecnologica di supporto della presa in carico al fine di raccogliere, decodificare e classificare i bisogni assistenziali³¹⁰.

Le COT si interfacciano quindi con una moltitudine di soggetti e servizi, sia territoriali che ospedalieri.

³¹⁰ Punto 8 dell'Allegato 1 del DM n. 77/2022

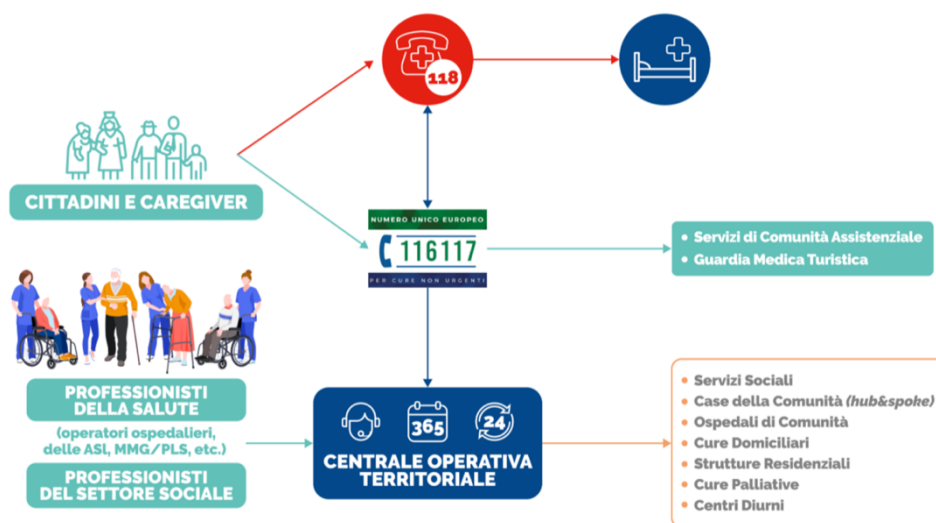


Figura 3 - funzionamento delle COT nell'Assistenza territoriale³¹¹

Con riguardo alle Case della Comunità, la COT rappresenta lo strumento operativo attraverso il quale si realizza il coordinamento tra i diversi nodi della rete territoriale, con lo scopo di facilitare la gestione integrata dei pazienti, in particolare quelli cronici. Questo si sviluppa tramite un sistema a rete in quattro direzioni, che adotta meccanismi di coordinamento strutturale su più livelli: una rete interna, che collega i professionisti che svolgono l'attività all'interno della CdC a quelli funzionalmente connessi; e una rete inter-CdC, funzionale a collegare le diverse CdC sul territorio *hub e spoke*, al fine di garantire servizi vicini ai cittadini – distribuiti sul territorio e facilmente raggiungibili – e servizi specialistici efficienti, adattandosi ai diversi contesti geografici con diversa densità abitativa e livelli di presenza dei MMG nelle strutture ambulatoriali delle Case della Comunità. Una terza rete territoriale, dove la CdC viene integrata con altri servizi territoriali – come l'assistenza domiciliare, ospedali di comunità, hospice, cure palliative e strutture residenziali –; infine, una rete territoriale integrata che assicuri il collegamento con l'attività ospedaliera, anche tramite l'utilizzo di piattaforme informatiche, favorendo percorsi bidirezionali di presa in carico³¹².

³¹¹ Immagine di ASST Valcamonica, 1.2.2 – Centrali operative territoriali (COT) in F. Pesaresi, *Il DM 77/2022 sull'assistenza sanitaria territoriale* in Welfare ebook n. 7/2022 p. 138

³¹² F. Pesaresi, *op. cit.*, pp. 135-137

La COT si interfaccia anche con il servizio di Assistenza domiciliare integrata, tramite piattaforme digitali che consentono la condivisione e l'aggiornamento dei dati clinici all'interno del Fascicolo Sanitario Elettronico, garantendo la continuità assistenziale e consentendo di governare efficacemente le transizioni degli assistiti tra i diversi *setting* di cura. Infine, collabora anche con la Rete Locale di Cure Palliative, operando in sinergia con i PUA, l'ADI e l'assistenza primaria e contribuendo al coordinamento degli interventi e alla presa in carico integrata dei pazienti con bisogni complessi³¹³.

La richiesta di attivazione della Centrale può provenire dal personale sia distrettuale che ospedaliero. Devono essere operative 7 giorni su 7 e dotate di infrastrutture tecnologiche ed informatiche, quali la piattaforma comune integrata con i principali applicativi di gestione aziendale, software con accesso al Fascicolo Sanitario Elettronico e ai principali database aziendali, software di registrazione delle chiamate³¹⁴. È inoltre fondamentale che la COT, a livello regionale, utilizzi un sistema informativo condiviso e interconnesso con la Centrale Operativa Regionale 116117³¹⁵.

2.3.1.3.2. Assistenza domiciliare

L'Assistenza per le cure domiciliari si fonda sul principio che vede la casa come primo luogo di cura, orientando l'erogazione delle prestazioni sanitarie presso il domicilio del paziente³¹⁶.

Il processo di istituzionalizzazione a livello nazionale avviene nei primi anni del '90 dove viene inserito, all'interno del progetto tutela della salute degli anziani, fissando l'obiettivo di *attivare o potenziare*³¹⁷ i servizi di *attivare o potenziare i servizi di Assistenza domiciliare integrata (ADI)* assistendo entro il 1996 almeno il 2% della popolazione

³¹³ F. Pesaresi, *op. cit.*, pp. 138-139.

³¹⁴ Punto 8 dell'Allegato 1 del DM n. 77/2022.

³¹⁵ Allegato 2 del DM n. 77/2022.

³¹⁶ Punto 10 dell'Allegato 1 del DM n. 77/2022.

³¹⁷ Si parla di potenziare perché a livello locale esistevano già alcune sperimentazioni locali, sull'argomento *l'assistenza domiciliare integrata esperienze, problemi e prospettive atti del webinar del 18 ottobre 2020* a cura di M. A. Sandulli, i report del CeSDirSan, 2020, pp. 7-25

ultrasessantacinquenne³¹⁸ non autosufficiente o a rischio di invalidità, offrendo un'alternativa al ricovero in RSA³¹⁹. Nel 2001 il servizio di ADI viene esteso a tutti i cittadini con il DPCM del 29 novembre, che inserisce ufficialmente l'assistenza domiciliare nei LEA, rendendola un diritto esigibile su tutto il territorio. Col DPCM 12 gennaio 2017 si confermano i principi del 2001: il Servizio sanitario nazionale garantisce, infatti, l'accesso ai percorsi assistenziali domiciliari multidisciplinari ai soggetti in condizioni di fragilità o affetti da patologie croniche e complesse un accesso; le cure domiciliari vengono classificate in quattro livelli definiti in base alla complessità clinica, alla durata del piano assistenziale e all'intensità dell'intervento professionale richiesto, potendo essere integrate, nei casi di particolare fragilità economica, da prestazioni di assistenza sociale³²⁰. La continuità assistenziale nel passaggio dalla fase ospedaliera a quella territoriale è assicurata dalle Aziende Sanitarie Locali, che si assumono la presa in carico³²¹.

Durante il periodo dell'emergenza da Coronavirus l'assistenza domiciliare ha visto una nuova luce sull'importanza e i benefici del prendersi cura del paziente nel suo domicilio: grazie all'assistenza domiciliare si poteva garantire al paziente una maggiore sicurezza e qualità del servizio con un minore rischio di contagio. L'articolo 1 del decreto 34/2020 prevedeva specifiche disposizioni per il potenziamento e valorizzazione dell'assistenza territoriale mediante la realizzazione da parte di Regioni e province autonome, di piani di assistenza territoriale, al fine di monitorare i casi di contagio a tutela delle persone fragili o non autosufficienti incrementando ed indirizzando le azioni terapeutiche prima di tutto al livello domiciliare³²².

³¹⁸ Si estendeva poi anche favore di minori, donne, famiglia, anziani, disabili, pazienti psichiatrici, persone con dipendenza da alcool, droghe e farmaci, malati terminali, persone con patologie da HIV nel punto 1.C area integrazione sociosanitaria.

³¹⁹ Prospettive assistenziali, n. 108, ottobre-dicembre 1994, Piano Sanitario Nazionale e progetto obiettivo anziani, 5.B la tutela della salute degli anziani, punto 1.

³²⁰ A. Pioggia *la sanità nel Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR)* in *Giornale di diritto amministrativo* 2/2022, pp. 165.

³²¹ Art 22 comma 1 del DPCM 12 gennaio 2017.

³²² *l'assistenza domiciliare integrata esperienze, problemi e prospettive atti del webinar del 18 ottobre 2020* a cura di M. A. Sandulli, i report del CeSDirSan, 2020, pp. 7-25

Con il PNRR la Missione 6 si pone l'obiettivo di aumentare il numero di ultrasessantenni assistiti nel domicilio al 10%³²³. Al fine di raggiungere questo obiettivo, viene disposta una riorganizzazione delle modalità di fornitura dei servizi sanitari a domicilio attraverso lo sviluppo di soluzioni digitali innovative tramite la telemedicina, prevenendo anche sistemi informativi e un dialogo con le COT al fine di coordinare i servizi domiciliari con gli altri servizi territoriali e ospedalieri.

Il DM n. 77/2022 inquadra l'assistenza domiciliare come un servizio distrettuale finalizzato all'erogazione di interventi a complessità ed intensità variabile nel domicilio³²⁴ del paziente, nell'ambito di specifici percorsi di cura e di un piano personalizzato di assistenza. Le cure domiciliari – articolate in un livello Base e in Cure Domiciliari Integrate – consistono in trattamenti medici, infermieristici, riabilitativi e diagnostici prestati da personale sanitario e sociosanitario qualificato; questi soggetti devono disporre di requisiti strutturali, tecnologici e organizzativi e di una sede organizzativa ed operativa per garantire l'accessibilità delle cure, il coordinamento con le *equipe* assistenziali, l'integrazione³²⁵ tra professionisti e servizi, assicurando la continuità dell'assistenza – in particolare in sede di dimissioni protette – e la continuità assistenziale 24 ore su 7 giorni.

Le diverse risposte assistenziali devono essere programmate a seguito della Valutazione Multidimensionale e della conseguente formulazione di un progetto di assistenza individuale integrato (PAI) che può ricomprendere, quando necessario, anche il Piano di Riabilitazione Individuale (PRI). La valutazione deve essere effettuata dall'unità valutativa, garantendo rivalutazioni periodiche, e definendo i criteri di dimissione o passaggio ad altri *setting* assistenziali; inoltre, periodicamente deve essere effettuata la

³²³ Dal Monitoraggio del Ministero della Salute del 2024 si rileva una percentuale di popolazione over 65 presa in carico con una o più prestazioni pari al 10,9%, <https://app.powerbi.com/view?r=eyJrIjoiZDU4MDE4NDZlOTQ0ZmUzLWlyOTQ0NGFmOGUyZTAzYTZhIiwidCI6IjY2ODc0Y2QwLWIwOTEtNDliYS1hMTUwLTQwNzI3OTdhNTM5NyIsImMiOiJ9>

³²⁴ Si individua infatti la casa come *setting privilegiato dell'assistenza territoriale*, punto 10 dell'Allegato 1 del DM n. 77/2022.

³²⁵ Che deve avvenire tramite il Distretto.

rivalutazione PAI e PRI. Il responsabile clinico del paziente è il Medico di Medicina Generale, o il Pediatra di Libera Scelta, nei casi di pazienti pediatrici³²⁶.

Spetta alle Regioni e Province autonome garantire che le persone accedano ai servizi sanitari, vengano prese in carico, venga fatta una valutazione multidimensionale dei bisogni – funzionale e sociale – e che vengano definiti percorsi assistenziali integrati tra professionisti e servizi; questo utilizzando strumenti di valutazione validati a livello scientifico e di assicurare uniformità all'interno della Regione stessa, evitando l'eterogeneità nelle diverse aree. Al fine di garantire, a livello nazionale, l'omogeneità è infatti necessario definire gli standard assistenziali comuni, monitorare lo sviluppo dell'assistenza domiciliare a livello qualitativo e quantitativo e misurare le fragilità dei pazienti con indicatori specifici³²⁷.

2.3.2. Le professioni: ruoli e modelli di equipe multiprofessionali

La riforma promuove una revisione anche delle dinamiche professionali, superando la gestione frammentata in favore di modelli di equipe multiprofessionali. All'interno di questo nuovo paradigma si conferma la figura del Medico di Medicina Generale, che mantiene il suo ruolo di riferimento per l'assistito, e si inserisce la figura dell'Infermiere di Famiglia o Comunità, che diventa la figura professionale chiave nella proattività dell'assistenza e nel monitoraggio domiciliare. L'integrazione di queste due figure, unitariamente a specialisti medici e professionisti dell'aria sociale, ridefinisce l'assetto assistenziale in un quadro orientato alla multidisciplinarietà, garantendo una presa in carico globale e personalizzata del soggetto, coerentemente con il nuovo approccio della sanità di prossimità.

³²⁶ Punto 10 dell'Allegato 1 del DM n. 77/2022.

³²⁷ Punto 10 dell'Allegato 1 del DM n. 77/2022.

2.3.2.1. L'infermiere di famiglia e di comunità: una figura a duplice funzione

L'infermiere di Famiglia o Comunità (IFoC) è il professionista responsabile dei processi infermieristici nell'ambito familiare o comunitario che ha l'obiettivo di rafforzare il sistema di assistenza territoriale, promuovendone una maggiore omogeneità e accessibilità, attraverso la presenza continuativa e proattiva dell'area di riferimento, in collaborazione con tutti i professionisti presenti nella comunità.

L'IFoC³²⁸, in Italia, nasce da un progetto sperimentale del Friuli-Venezia Giulia nel 1999, incentrato su servizi territoriali vicini alle esigenze e ai bisogni della popolazione, che si basava sulla creazione di una rete di operatori sanitari e sociali stabilmente presenti in nei contesti ad elevata concentrazione di nuclei famigliari in condizioni di indigenza, prevedendo la suddivisione del territorio di microaree, con una portata compresa tra le 500 e le 2500 persone. L'Infermiere di comunità – uno per ogni microarea – assumeva un ruolo centrale nella promozione della continuità assistenziale e dell'integrazione sociosanitaria, operando in collaborazione con altri professionisti ed operatorio presenti sul territorio, seguendo nel tempo i nuclei famigliari e promuovendo comportamenti orientati alla prevenzione e al supporto medico-infermieristico, permettendo ai soggetti non autosufficienti la permanenza nel proprio domicilio³²⁹.

³²⁸ A livello mondiale viene previsto dall'OMS nel 2000, come componente del team multidisciplinare di operatori sanitari per il raggiungimento dei 21 obiettivi per il ventunesimo secolo stabiliti da OMS Europa nel 1998; dal documento – the family health nurse – Context, conceptual framework and curriculum – l'Infermiere di famiglia era colui che aiuta gli individui ad adattarsi alla malattia e alla disabilità cronica, trascorrendo buona parte del suo tempo a lavorare al domicilio della persona, anche a supporto del nucleo familiare del paziente. F. Pesaresi, *Il DM 77/2022 sull'assistenza sanitaria territoriale* in Welfare ebook n. 77/2022 p. 168 e S. Neri, *Gli infermieri di famiglia e di comunità in Italia tra ambiguità e opportunità di sviluppo*, la Rivista delle Politiche Sociali / Italian Journal of Social Policy, 1/2025, pp. 51-53.

³²⁹ S. Neri, *Gli infermieri di famiglia e di comunità in Italia tra ambiguità e opportunità di sviluppo*, la Rivista delle Politiche Sociali / Italian Journal of Social Policy, 1/2025, pp. 53 e G. Romigi e L. Fabriani, *l'infermiere di comunità, il Telenursing e il Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza: punti di convergenza* in *Diritto sanitario e Moderno*, 2021; 69; pp. 257-258. Nel 2003, in Piemonte viene attivato a Torino il primo Master universitario in Infermieristica di Famiglia e di Comunità, al fine di acquisire competenze specialistiche e avanzate finalizzate ad assolvere le funzioni essenziali per la riorganizzazione dei processi di cura e assistenza sul territorio e a domicilio, in supporto ai Medici di Medicina Generale. Nel 2017³²⁹, a fronte degli ottimi risultati ottenuti dalla sperimentazione, la figura dell'IFeC viene prevista per tutto il Piemonte (G. Romigi e L. Fabriani, *l'infermiere di comunità, il Telenursing e il Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza: punti di convergenza* in *Diritto sanitario e Moderno*, 2021; 69; p. 258, per

Sono state numerose le regioni che hanno avviato delle sperimentazioni per implementare questa nuova figura, tra queste la Regione Toscana che con la Delibera n. 597/2018, “indirizzi sullo sviluppo del modello assistenziale Infermiere di famiglia e Comunità”, ha definito un quadro di riferimento organico, delineando una definizione, le caratteristiche del modello e gli ambiti di intervento; l’obiettivo era quello di istituzionalizzare la nuova figura come espressione dell’evoluzione dei percorsi assistenziali orientati in particolar modo alla presa in carico della cronicità³³⁰.

L’Infermiere di Famiglia e Comunità entra a far parte dei pilastri dell’assistenza territoriale³³¹ col patto della salute per il 2019-2021, dove al punto 8 sull’assistenza territoriale³³² il Patto prevedeva la valorizzazione della professione infermieristica, finalizzata alla copertura e all’incremento dei bisogni di continuità assistenziale, di aderenza terapeutica, con particolare attenzione ai bisogni dei soggetti fragili e in un’ottica di integrazione con i servizi sociali. Successivamente, con il decreto di rilancio (DL n. 34/2020), sulla base dell’esperienza positiva di Friuli Piemonte e Toscana, si è estesa la figura dell’IFoC³³³ su tutto il territorio nazionale; si è in particolare prevista

approfondimenti Stefano Neri, *Gli infermieri di famiglia e di comunità in Italia tra ambiguità e opportunità di sviluppo*, la Rivista delle Politiche Sociali / Italian Journal of Social Policy, 1/2025, pp. 54-55).

Nel 2009, sempre a Torino, si forma l’Associazione degli Infermieri di Famiglia e Comunità con l’obiettivo di supportare le cure primarie, infermieristiche territoriali e a domicilio, ad oggi collabora con Ministero della Salute come comunità scientifica che effettua studi, ricerche ed indagini per promuovere la figura dell’IFeC (G. Romigi e L. Fabriani, *l’infermiere di comunità, il Telenursing e il Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza: punti di convergenza in Diritto sanitario e Moderno*, 2021; 69, pp. 257-258).

³²⁹ G. Romigi e L. Fabriani, *op. cit.*, 2021; 69; p. 257-259).

³³⁰ G. Romigi e L. Fabriani, *op. cit.*, 2021; 69; p. 257-259).

³³¹ Secondo la FNOPI – federazione nazionale ordini professioni infermieristiche – in S. Neri, *Gli infermieri di famiglia e di comunità in Italia tra ambiguità e opportunità di sviluppo*, la Rivista delle Politiche Sociali/Italian Journal of Social Policy, 1/2025, pp. 56.

³³² *Scheda 8 Sviluppo dei servizi di prevenzione e tutela della salute. Sviluppo delle reti territoriali. Riordino della medicina generale.*

³³³ Che da questo momento non sarà più Infermiere di famiglia e comunità ma *o*; secondo le interviste effettuate da S. Neri, in *Gli infermieri di famiglia e di comunità in Italia tra ambiguità e opportunità di sviluppo*, la Rivista delle Politiche Sociali/Italian Journal of Social Policy, 1/2025, la scelta deriva dal Ministero della Salute, che ha ritenuto che in questo modo si tutelasse meglio l’affiliazione strutturale dei nuovi infermieri ai distretti e alle strutture territoriali. Secondo alcuni, vi era inoltre il timore che utilizzando la *e* si potesse aprire la strada per alcune Regioni alla privatizzazione della figura; per altri invece sostengono che la *o* consenta di dare maggiore enfasi alle funzioni afferenti all’ambito domiciliare e familiare, o alternativamente a quello della salute comunitaria, a seconda delle esigenze contingenti delle Regioni e ASL (*cf. cit.*, p. 58).

l'assunzione da parte delle Aziende Sanitarie e altri enti del SSN di 9.600 IFoC con una percentuale di 8 Unità ogni 50.000 abitanti. Nei provvedimenti del DL n. 34/2020 e nella legge di conversione n. 77/2020 emerge però un orientamento più improntato alla cura e alla riabilitazione piuttosto che alla promozione della salute e alla prevenzione – con un approccio retroattivo e non proattivo –; i professionisti sono infatti chiamati ad agire al fine di rafforzare i servizi e a potenziare la presa in carico sul territorio per i soggetti infetti da Sars-CoV-12, in particolare per i soggetti bisognosi di Assistenza domiciliare integrata³³⁴. In questa fase le interazioni con i MMG e i Distretti sono lasciate alle Regioni.

Tra luglio e settembre del 2020 la FNOPI rilascia un documento – *Statement paper* – che valorizza il ruolo dell'IFoC, riconoscendo e definendo chiaramente le sue competenze, distinguendole dagli altri infermieri: l'IFoC non è infatti solo l'infermiere “clinico” ma ha anche un ruolo di collegamento e attivazione sul territorio; deve quindi mettere in rete diversi soggetti che operano all'interno della comunità (come i servizi sociali o altri enti locali), non limitandosi alla cura sanitaria ma contribuendo anche ad interventi sociali. Il 10 settembre 2020 la conferenza delle Regioni e Province autonome approva un documento di indirizzo sugli IFoC che in buona parte riprende quello presentato dalla FNOPI, diventando non solo un punto di riferimento per tante Regioni ma anche per la successiva elaborazione del DM 77/2022 e delle linee guida di AGENAS³³⁵.

Il DM 77/2022 delinea l'Infermiere di Famiglia e di Comunità come la figura chiave delle nuove cure primarie, con **un forte orientamento proattivo** perseguendo l'integrazione interdisciplinare³³⁶. Lo standard, al punto 6 dell'allegato 1, prevede un IFoC ogni 3.000 abitanti, da intendersi come numero complessivo di un determinato territorio in qualsiasi *setting* assistenziale – per le Case della Comunità *hub* vengono previsti un numero minimo di IFoC per struttura, che va da 7 a 11, secondo un modello di divisione dei ruoli.

³³⁴ S. Neri, *Gli infermieri di famiglia e di comunità in Italia tra ambiguità e opportunità di sviluppo*, la Rivista delle Politiche Sociali/Italian Journal of Social Policy, 1/2025, pp. 57.

³³⁵ S. Neri, *Gli infermieri di famiglia e di comunità in Italia tra ambiguità e opportunità di sviluppo*, la Rivista delle Politiche Sociali/Italian Journal of Social Policy, 1/2025, p. 58.

³³⁶ Punto 6 dell'Allegato 1 del DM n. 77/2022.

La figura dell'IFoC viene inserita nelle strutture e servizi del distretto sanitario, collaborando con i Medici di Medicina Generale, i Pediatri di Libera Scelta e altri professionisti sanitari e sociali, operando anche nei luoghi di vita e socialità locale, al fine di promuovere interventi educativi, preventivi, di cura ed assistenza³³⁷. In questo contesto multiprofessionale, l'infermiere di Famiglia o Comunità svolge un ruolo centrale nell'intercettazione del bisogno della salute, agendo sulla promozione, prevenzione e gestione della salute in tutte le fasce d'età; contribuendo alla programmazione delle attività, anche attraverso gli strumenti propri della gestione degli assistiti, finalizzati a mantenere la popolazione in condizioni di buona salute, rispondendo ai bisogni del singolo paziente sia in termini di prevenzione sia in termini di cura delle condizioni croniche. L'IFoC favorisce altresì l'accessibilità e l'orientamento ai servizi, garantendo un'effettiva presa in carico della persona assistita, e promuovendo il coinvolgimento attivo e consapevole della comunità mediante attività di educazione sanitaria, informazione e comunicazione rivolte sia ai singoli sia alla collettività. A ciò si aggiungono le attività di *counseling* infermieristico e di supporto motivazionale, finalizzate alla diffusione di corretti comportamenti e alla responsabilizzazione individuale e collettiva. L'infermiere valorizza inoltre il coinvolgimento attivo della persona assistita e del *caregiver*, utilizza strumenti digitali e di telemedicina e opera in stretta integrazione con le reti sociosanitarie e con le risorse della comunità, collaborando con MMG, PLS e altri professionisti sanitari per favorire il monitoraggio delle patologie croniche, la prevenzione delle complicanze e della disabilità e il mantenimento dell'autonomia della persona assistita³³⁸.

Si può da qui dedurre come l'intervento dell'IFoC si esprima a livello, da un lato, individuale o familiare e dall'altro comunitario. A livello individuale e familiare avviene attraverso azioni dirette e finalizzate alla promozione e al mantenimento della salute della persona; il ruolo non si limita quindi alla gestione della malattia già diagnosticata, ma si estende alla prevenzione e al supporto continuativo, con un'offerta assistenziale in grado di erogare prestazioni complesse e di intercettare preventivamente e precocemente i

³³⁷ S. Neri, *Gli infermieri di famiglia e di comunità in Italia tra ambiguità e opportunità di sviluppo*, la Rivista delle Politiche Sociali / Italian Journal of Social Policy, 1/2025, p. 59.

³³⁸ Cfr. F. Pesaresi, *Il DM 77/2022 sull'assistenza sanitaria territoriale* in Welfare ebook n. 77/2022 p. 173.

bisogni non ancora insorti: l'Infermiere lavora quindi anche in un'ottica proattiva, con l'obiettivo di individuare fragilità o rischi prima ancora che si manifestino o si aggravino. Viene quindi favorito il rafforzamento dell'autonomia decisionale della persona e della famiglia, aiutandoli a comprendere la propria situazione di salute e partecipare attivamente alle scelte cliniche ed assistenziali; il cittadino viene accompagnato nel suo percorso di gestione della salute e della vita quotidiana come protagonista del proprio percorso di cura, con una valorizzazione delle risorse, competenze e potenziali di assistenza presenti sia nel singolo che nel nucleo familiare. Dall'altra parte a livello comunitario, l'azione dell'IFoC si rivolge all'intera rete di relazioni informali e formali in cui la persona è inserita; l'idea di questo approccio trova le sue fondamenta nel fatto che molte condizioni di fragilità o bisogno sanitario non dipendano solo dall'insorgenza della malattia ma anche da fattori sociali, relazionali e ambientali: la soluzione al problema viene quindi ricercata intervenendo anche sulle dinamiche relazionali e sul contesto che hanno generato la situazione di bisogno. In questa prospettiva, l'Infermiere collabora con tutte le risorse disponibili del territorio – come volontariato, associazioni, parrocchie, reti di vicinato e famiglia – cercando di costruire una rete di supporto attorno alla persona, rafforzando il welfare di comunità. Inoltre, l'IFoC svolge una funzione trasversale di integrazione e coordinamento tra operatori sanitari, servizi sociali e risorse territoriali con l'obiettivo di garantire una risposta più efficace, continuativa e globale dei bisogni di salute della popolazione³³⁹.

³³⁹ Per il paragrafo, F. Pesaresi, *Il DM 77/2022 sull'assistenza sanitaria territoriale* in Welfare ebook n. 7/2022 pp. 174-175, T. Andreani, *Il Servizio sanitario nazionale, tra storia e attualità: riflessioni intorno alla gestazione e alle prospettive di attuazione della riforma della sanità territoriale* in BioLaw Journal - Rivista di BioDiritto, 1/2023, p. 356 e *position Statement, l'infermiere di famiglia e comunità*, gli E-book FNOPI 2021.

2.3.2.2. Equipe multiprofessionali: la centralità della continuità assistenziale

Nel DM n. 77/2022 l'*equipe* multiprofessionali emerge come cardine funzionale dell'impianto della nuova assistenza territoriale: si supera la frammentazione precedente in favore di una collaborazione interdisciplinare come strumento necessario per rispondere ai bisogni della popolazione. L'*equipe* multiprofessionale non ha solo un compito clinico ma anche quello di semplificare il percorso di cura, rispondendo al passaggio dalla sanità di attesa a quella di iniziativa: si vuole districare il labirintico sistema burocratico e organizzativo del sistema sanitario attuale, facendo sì che sia il sistema stesso – tramite in particolar modo le Centrali Operative Territoriali e le Case della Comunità – a farsi carico del coordinamento.

Il nuovo approccio clinico-assistenziale complesso, si identifica come dinamico e meglio adattabile ai bisogni di cura ed assistenza del paziente, individuando nella condivisione delle conoscenze e delle risorse una “doverosità complessa dell'organizzazione sanitaria”³⁴⁰. La multi-professionalità si estende su due livelli: da una parte un livello verticale e sistematico, in una necessaria collaborazione tra sanitario, sociosanitario e sociale; si tratta di un coordinamento che garantisce sia l'efficacia operativa della *equipe* che l'assistenza territoriale in un'accezione globale, capace di rispondere non solo ai bisogni clinici ma anche sociali e assistenziali del paziente. Dall'altra parte si delinea un'integrazione orizzontale, che riguarda il personale e che vede il Medico di Medicina Generale e il Pediatra di Libera Scelta non più come singole entità ma un team multidisciplinare che coinvolge infermieri, medici specialisti – geriatri, cardiologi, pneumologi – e assistenti speciali. Si supera quindi il lavoro per Silos, adottando una visione di sistema sostitutiva della logica della competizione tra parti con quella del lavoro in team, finalizzati a garantire servizi universalmente accessibili, integrati e centrati sulla persona – e i *caregiver* – nel proprio contesto di vita³⁴¹.

³⁴⁰ M. D'Arienzo, *La sanità in trasformazione: dalla legge n. 833 del 1978 al DM 77/2022*, in *Persona e amministrazione* 1/2023, p. 395 e 402.

³⁴¹ E. Ceccotti, *Il Servizio sanitario nazionale e le sue criticità*, in *www.astrid-online.it*, n. 9/2024 pp. 13-14 e T. Andreani, *Il Servizio sanitario nazionale, tra storia e attualità: riflessioni intorno alla gestazione e alle prospettive di attuazione della riforma della sanità territoriale* in *BioLaw Journal - Rivista di BioDiritto*, 1/2023, pp. 356.

La trattazione del Decreto ministeriale 77/2022 in più punti sottolinea l'importanza di questo nuovo sistema e ne disciplina il funzionamento: il modello si inserisce nelle strutture territoriali della comunità – ospedali e case – nel quale è prevista una collaborazione integrata e multidisciplinare tra i professionisti sanitari e sociali, con l'obiettivo di garantire una maggiore integrazione dell'assistenza e della presa in carico della persona. All'interno delle Case della Comunità³⁴² l'attività ruota intorno al lavoro di *equipe* tra Medici di Medicina Generale, Pediatri, Specialisti, Infermieri di Famiglia e altre figure come Psicologi e Assistenti Sociale. Questo approccio viene ripreso per gli Ospedali di Comunità³⁴³, dove la gestione è basata su una collaborazione interprofessionale che assicura l'integrazione delle diverse competenze. Il coordinamento è affidato al Distretto³⁴⁴, che assicura l'integrazione tra i servizi e garantisce la continuità assistenziale sia all'interno delle strutture del SSN che al domicilio della persona, contribuendo al rafforzamento dell'assistenza territoriale e ad una presa in carico olistica della persona assistita³⁴⁵. In questo contesto, il Progetto Salute³⁴⁶, elaborato a partire dall'identificazione dei bisogni socioassistenziali della persona, determina un'equipe minima composta da medico, specialista ed infermiere, suscettibile di ampliamento in base alla complessità clinica e alla fragilità espressa dalla persona. L'impianto organizzativo delineato viene supportato dallo scambio digitale di dati e informazioni³⁴⁷ per facilitare la collaborazione multiprofessionale sui singoli casi clinici e il monitoraggio costante delle cure.

2.3.3. Integrazioni alla riforma

Oltre ai modelli organizzativi disciplinati nel capitolo precedente, l'attuazione del DM n. 77 prevede il coinvolgimento di una serie di attori, in particolare i Medici di medicina generale, i servizi sociosanitari e le farmacie, che, pur mantenendo pur conservando la propria autonomia organizzativa, concorrono all'interno della riforma in modo funzionale

³⁴² Punto 5 dell'Allegato 1 del DM n. 77/2022.

³⁴³ Punto 11 dell'Allegato 1 del DM n. 77/2022.

³⁴⁴ Punto 4 dell'Allegato 1 del DM n. 77/2022.

³⁴⁵ Punto 2 dell'Allegato 1 del DM n. 77/2022.

³⁴⁶ Punto 3 dell'Allegato 1 del DM n. 77/2022.

³⁴⁷ Punto 15 dell'Allegato 1 del DM n. 77/2022.

e complementare, svolgendo un ruolo di connettori tra la rete istituzionale e il tessuto sociale. In questo contesto, il Medico di Medicina Generale si conferma perno della continuità delle cure e raccordo con le nuove strutture; in secondo luogo, i servizi sociosanitari garantiscono una risposta multidimensionale ai bisogni complessi della popolazione agendo non solo sul problema clinico ma anche sociale. Infine, le farmacie, già profondamente riformate nell'arco degli ultimi decenni, diventano presidi di prossimità fondamentali per *screening* e prevenzione, oltre ad essere un contatto vicino e di fiducia per la cittadinanza. Questa integrazione trasforma soggetti operanti su binari normativi distinti in pilastri della presa in carico globale, spostando il baricentro dell'assistenza dall'ospedale alla comunità.

2.3.3.1. Medici di medicina generale

Il Medico di Medicina Generale, conosciuto anche come medico “di base” o medico “di famiglia”³⁴⁸, si sviluppa nella figura del medico condotto³⁴⁹ introno alla metà dell'Ottocento, in particolare con la riforma n. 5849 del 1888 si sviluppò una prima organizzazione sanitaria pubblica centralizzata che si basava su una presenza capillare dei medici sul territorio; il sistema rimaneva comunque limitato, garantendo l'assistenza solo ai soggetti più poveri e in modo non continuativo. Durante gli anni del fascismo si tentò di costruire una tutela sanitaria previdenziale, che però non trovò attuazione in quanto sovrastato dall'incontrollabile – da punto di vista della diffusione – sistema mutualistico, che diede vita ad una serie di frammentati enti difficili da integrare e gestire, soprattutto in termini di costi³⁵⁰. Questo quadro cambia con la nascita del Sistema Sanitario Nazionale nel 1978, dove si affermano i principi di universalità delle cure e continuità assistenziale. La scelta non fu comunque semplice, trovandosi davanti ad un dibattito che si chiedeva se mantenere i MMG come liberi professionisti convenzionati con il SSN o dipendenti pubblici; la soluzione fu di compromesso, prevedendo entrambe le

³⁴⁸ Espressioni che esprimono al meglio il ruolo di questa figura professionale.

³⁴⁹ Dipendente comunale incaricato di assistere soprattutto gli indigenti, assunto dai comuni con incarico triennale per una tutela occasionale della salute dei meno abbienti.

³⁵⁰ A. Pioggia, *Diritto sanitario e dei servizi sociali*, Torino, Giappichelli, IV edizione, 2024, pp. 84 ss. in I. Ciolli, *I medici di medicina generale e il servizio sanitario nazionale. Una prospettiva costituzionale* in *Istituzioni del Federalismo* 4/2024, p. 852, nota.

possibilità³⁵¹. L'articolo 25 della legge n. 833/1999 prevedeva una distinzione tra l'assistenza medico-generica e pediatrica, che poteva essere svolta da personale dipendente del SSN o da medici convenzionati; la norma si basava su due principi fondamentali: la libertà di scegliere il proprio medico e il rapporto di fiducia tra medico e paziente, permettendo ad entrambi di interrompere il rapporto³⁵².

Gli accordi collettivi nazionali dei successivi anni, di fatto, portarono al mantenimento della libera professione, diventando la convenzione tra SSN e MMG il principale strumento di organizzazione del lavoro e definizione delle funzioni; con i primi accordi nazionali vennero delineate le principali funzioni del Medico di base, che rappresentava il primo punto di contatto tra il cittadino e il Servizio nazionale. Il Medico doveva valutare tutti i problemi di salute del paziente – quindi un'assistenza non specialistica ma generica –, garantire la continuità assistenziale nel tempo, e registrare e monitorare le condizioni di salute degli assistiti³⁵³. Il Medico di base, così come il Pediatra, si trova quindi ad assumere un ruolo fondamentale per le cure primarie³⁵⁴. Uno dei problemi del sistema era però rappresentato dall'organizzazione poco coordinata tra i Medici privati convenzionati e i distretti sanitari pubblici, responsabili della prevenzione e dell'assistenza sociosanitaria: gli unici legami erano date dalle convenzioni individuali, condizionate dagli accordi nazionali e dalle convenzioni regionali e dalla funzione del MMG di *filtro* per l'accesso alle viste specialistiche nei distretti³⁵⁵.

Con le riforme del '90 anche il ruolo del medico di base, seppur trasversalmente, viene modificato: nel 1992, con il d.lgs. n. 52, il Medico di Medicina Generale viene inserito all'interno dei Distretti sanitari, prevedendo un coordinamento tra Medico di base,

³⁵¹ Articolo 25, comma 3 della legge 833/1978.

³⁵² Nonostante le modifiche, ad oggi il sistema del Medico di Medicina Generale si basa ancora su questi due principi. M. Conticelli, *I medici di medicina generale nel servizio sanitario nazionale. Le funzioni, il ruolo e le prospettive* in Istituzioni del Federalismo, 4/2024, pp. 834-835.

³⁵³ F. Giglioni *I medici di medicina generale nella riscrittura dell'assistenza sanitaria territoriale* in Istituzioni del Federalismo 4/2024, pp. 876-879.

³⁵⁴ inoltre, il testo del SSN originario prevedeva una rete territoriale più ampia di quella attuale, coprendo anche i servizi di medicina scolastica, presidi sanitari nelle fabbriche, consultori e servizi di prevenzione. I. Ciolli, *I medici di medicina generale e il servizio sanitario nazionale. Una prospettiva costituzionale* in Istituzioni del Federalismo 4/2024, p. 853.

³⁵⁵ F. Giglioni *I medici di medicina generale nella riscrittura dell'assistenza sanitaria territoriale* in Istituzioni del Federalismo 4/2024, pp. 876-879.

Pediatra di libera scelta, guardia medica e specialisti ospedalieri, integrandoli tra territorio e ospedale, ampliando così la continuità assistenziale. La collaborazione non ha però trovato attuazione nella realtà, infatti mancando gli strumenti comuni, una comunicazione efficace ed una riorganizzazione condivisa, il Medico di base rimane isolato, con collegamenti deboli con le altre strutture e specialisti³⁵⁶.

Anche la riforma n. 299/1999 lavorò sull'assistenza territoriale, attribuendo un'autonomia gestionale ed economica ai Distretti, con il compito di garantire assistenza primaria, servizi sociosanitari e attività di prevenzione integrata, prevenendo delle forme di integrazione multidisciplinare nell'assistenza primaria e tra MMG, servizi territoriali e ospedali; inoltre, veniva delineata una collaborazione tra sanità e comuni per l'assistenza sociosanitaria e il coinvolgimento dei MMG nella *governance* distrettuale; anche questa riforma trovò tuttavia scarsa applicazione³⁵⁷.

Il tentativo più importante di riforma arrivò nel 2012 con il DL n. 158 che in parte modifica l'articolo 8 del d.lgs. 502/1992, indicando sulla disciplina dei Medici di medicina generale e indicando alcuni indirizzi che le Regioni avrebbero dovuto seguire. In particolare, vennero introdotte le aggregazioni funzionali territoriali (AFT), composte da Medici di base, e le Unità complesse di cure primarie (UCCP)³⁵⁸ composte da *team* multidisciplinari e interdisciplinari, al fine di superare il modello silos del singolo medico privato creando una rete integrata di professionisti e servizi territoriali. Inoltre, venivano previsti obblighi di continuità assistenziale, *budget* per le unità professionali e la partecipazione obbligatoria dei Medici di base ai sistemi informativi regionali e alla digitalizzazione sanitaria. Per la prima volta, quindi, la regolazione dei profili organizzativi raggiungeva il livello di fonte primaria, con l'obiettivo di invertire la tendenza seguita fino ad allora di rimettere alle sole Regioni questi aspetti della sanità. Ciò non si è tuttavia rivelato sufficiente: solo una minoranza delle Regioni ha infatti dato attuazione a quanto stabilito e, anche nei casi di attuazione, le Regioni hanno operato in

³⁵⁶ I. Ciolli, *I medici di medicina generale e il servizio sanitario nazionale. Una prospettiva costituzionale* in Istituzioni del Federalismo 4/2024, pp. 846-852.

³⁵⁷ F. Giglioni *I medici di medicina generale nella riscrittura dell'assistenza sanitaria territoriale* in Istituzioni del Federalismo 4/2024, pp. 879-883.

³⁵⁸ Non rappresentando però una novità assoluta in quando già alcune Regioni avevano adottato questi tipi di servizi.

assenza di standard uniformi, senza riuscire a garantirne una diffusione capillare sul territorio regionale³⁵⁹.

Durante l'emergenza da Sars-CoVD19 il ruolo dei Medici di Medicina Generale è stato fondamentale per la gestione dei malati, facendo tuttavia emergere i lati critici del sistema. Laddove la presenza dei medici di base era scarsa o poco coordinata il sistema di assistenza domiciliare ha riportato significative vulnerabilità: regioni come la Lombardia, storicamente concentrata sul potenziamento dell'eccellenza ospedaliera e di altissima specializzazione, si sono ritrovate in condizioni nettamente più critiche rispetto ad altre che, negli anni, hanno dimostrato una maggiore attenzione all'assistenza territoriale capillare, limitando l'accesso agli strutture ospedaliere e limitando i contagi³⁶⁰. Questa situazione ha spinto il legislatore ad intervenire, inizialmente rendendo, tramite il DM n. 34/2020, obbligatorio per tutto il territorio le Unità Speciali di Continuità Assistenziale (USCA) e l'integrazione degli infermieri di famiglia; successivamente il PNRR con la Missione 6 e il DM n. 77/2022 hanno confermato questo cambio di rotta verso una maggiore attenzione dell'assistenza territoriale – seppur non modificando direttamente la disciplina del MMG.

Oggi il Medico di base è chiamato ad assumere un ruolo di referente principale del nuovo modello assistenziale – superando la vecchia concezione “burocratica” del medico di famiglia, con una visione più dinamica inserita in contesti di *equipe* – gli viene infatti affidato il Progetto Salute, un nuovo strumento di programmazione che si basa sulle esigenze cliniche e sociali dell'assistito³⁶¹ eventualmente in collaborazione con altri

³⁵⁹ F. Giglioni *I medici di medicina generale nella riscrittura dell'assistenza sanitaria territoriale* in Istituzioni del Federalismo 4/2024, pp. 879-883 e M. Conticelli, *I medici di medicina generale nel servizio sanitario nazionale. Le funzioni, il ruolo e le prospettive* in Istituzioni del Federalismo, 4/2024, pp. 843-859.

³⁶⁰ I. Ciolli, *I medici di medicina generale e il servizio sanitario nazionale. Una prospettiva costituzionale* in Istituzioni del Federalismo 4/2024, p. 856 e F. Giglioni *I medici di medicina generale nella riscrittura dell'assistenza sanitaria territoriale* in Istituzioni del Federalismo 4/2024, pp. 884.

³⁶¹ Punto 2 dell'Allegato 1 del DM n. 77/2022 e F. Giglioni *I medici di medicina generale nella riscrittura dell'assistenza sanitaria territoriale* in Istituzioni del Federalismo 4/2024, pp. 885, che sottolinea come anche grazie al Progetto Salute, che trova fondamento sul rapporto di fiducia e esposizione al primo contatto con l'assistito, il MMG diventa il «curatore di un vero e proprio piano di assistenza personale», recuperando così la dimensione sociale originaria del medico di base, in una logica non più in una dimensione isolata ma in collaborazione con altri specialisti.

professionisti. L'integrazione con le altre figure professionali avviene nei luoghi della sanità territoriale, in particolare nelle Case della Comunità dove è chiamato a contribuire ad una copertura del servizio di 12 ore giornaliere in 6 giorni su 7³⁶².

In realtà, ad oggi, l'integrazione del Medico di base all'interno delle CdC rappresenta un nodo critico, con forti margini di incertezza, in particolare nelle Case di Comunità *spoke* dove il servizio del MMG viene prefigurato come aggiuntivo rispetto a quello esercitato negli ambulatori privati del medico, creando una sovrapposizione che crea dei dubbi sul coordinamento. Il rischio è quello di trasformare il rapporto medico-distretto in un vincolo puramente formale e non in una collaborazione strutturale, come auspicato dal legislatore. In assenza di standard obbligatori sul numero minimo di Medici di medicina generale per unità di servizio rischia di far rimanere immutato questo assetto in molte delle aree del paese³⁶³. In questo quadro si alimenta un'incertezza – unita alla poca presenza di personale – che le Case della Comunità possano ridursi a dei contenitori vuoti o poliambulatori, fallendo nell'obiettivo di superare la struttura a silos creando una presa in carico globale³⁶⁴.

Questo passaggio solleva però alcuni interrogativi sulla natura stessa del rapporto di lavoro: un punto centrale del dibattito è infatti sulla possibilità di trasformare i Medici di Medicina generale da liberi professionisti convenzionati in dipendenti pubblici del Sistema Sanitario Nazionale. La scelta di integrare i MMG nel Sistema Sanitario, fortemente sostenuta dal Ministro Schillaci³⁶⁵ e da una parte dei medici – soprattutto più giovani –, mira a garantire un maggior controllo organizzativo, una presenza del MMG più stabile all'interno delle strutture e una riduzione del rischio di privatizzazione del sistema; d'altro lato invece, i medici più anziani e le organizzazioni sindacali difendono

³⁶² Punto 5 dell'Allegato 1 del DM n. 77/2022 e F. Giglioni *I medici di medicina generale nella riscrittura dell'assistenza sanitaria territoriale* in Istituzioni del Federalismo 4/2024, pp. 886.

³⁶³ F. Giglioni *I medici di medicina generale nella riscrittura dell'assistenza sanitaria territoriale* in Istituzioni del Federalismo 4/2024, pp. 886.

³⁶⁴ E. Ceccotti, *Il Servizio sanitario nazionale e le sue criticità*, in www.astrid-online.it, n. 9/2024, p. 39.

³⁶⁵ E. Ceccotti, *op. cit.*, p. 41 e F. Giglioni, *Una ricerca sui medici di medicina generale dal punto di vista giuridico* in Istituzioni del Federalismo 4/2024, pp. 825-826.

il sistema convenzionato, sostenendo che il rapporto fiduciario e l'autonomia professionale siano elementi insostituibili della medicina generale Italiana³⁶⁶.

2.3.3.2. Sociosanitaria

L'integrazione sociosanitaria nella riforma della medicina del territorio può essere definita come un sistema di servizi e interventi volti a fornire una risposta congiunta sia ai bisogni di salute che ad un bisogno assistenziale³⁶⁷, in un intreccio che si consolida progressivamente anche su un piano organizzativo e strutturale. In questa prospettiva si pone al centro la persona nella sua dimensione globale, assumendo che la salute intesa come assenza di malattia non rappresenti più l'unico elemento da tenere in considerazione³⁶⁸; si afferma infatti la necessità di supportare l'individuo anche nei suoi bisogni sociali, economici ed ambientali; contesti in cui il soggetto può sviluppare fragilità psico-fisiche³⁶⁹.

L'assistenza territoriale in Italia è stata però inattuata per quasi cinquant'anni, rimanendo incorporata ad una logica corporativa e settoriale di stampo fascista, con interventi rivolti in particolar modo a specifici interventi – come i mutilati di guerra e gli invalidi civili, gli orfani, ciechi e sordomuti – attraverso una frammentazione di enti assistenziali privi di

³⁶⁶ F. Giglioni *I medici di medicina generale nella riscrittura dell'assistenza sanitaria territoriale* in Istituzioni del Federalismo 4/2024, pp. 895. Il dibattito nel maggio 2026 si articola con la proposta di un provvedimento d'urgenza basato sull'obbligo di attività dei MMG e PLS nelle Case della Comunità, con vincolo non più solo contrattuale ma normativo per un impegno minimo orario di circa 6 ore settimanali e la possibilità di assunzione come dipendenti in alcuni casi specifici, permettendo alle Regioni in difficoltà di assumere anche specialisti in medicina interna e geriatria. Tra i tanti articoli, <https://www.quotidianosanita.it/governo-e-parlamento/medici-di-famiglia-schillaci-non-smantelliamo-la-figura-ma-modello-va-cambiato-riforma-sara-discussa-con-regioni-e-sindacati-di-categoria/>.

³⁶⁷ R. Balduzzi, *Il diritto alla salute durante e dopo la pandemia. Milestones per un confronto*, in BioLaw Journal – Rivista di BioDiritto, n. 4/2021, p. 50 in F. Pizzolato, *Le Case della Comunità e il rapporto tra città e salute* in Dirittifondamentali.it 1/2022, p. 417.

³⁶⁸ L'OMS ha definito il concetto di salute come “una condizione di completo benessere fisico, mentale e sociale e non esclusivamente l'assenza di malattia o infermità Preambolo alla costituzione dell'organizzazione Mondiale della Sanità come adottato dalla Conferenza Internazionale della Sanità, New York, 19-22 giugno 1946; sottoscritto il 22 luglio 1946 dai rappresentanti di 61 stati (Official Records of the World Health Organization, no. 2, p. 100) ed entrato in vigore il 7 aprile 1948”.

³⁶⁹ D. Caldirola, *Welfare comunitario e Casa della Comunità: dal PNRR alla riforma dell'assistenza sanitaria territoriale* in JusOnline 5/2022, p. 164.

coordinamento³⁷⁰. Un primo cambiamento si ebbe nel 1977, con il DPR n. 616, che separò la beneficenza pubblica dalla dimensione caritativa ed occasionale, introducendo per la prima volta la nozione di servizi sociali³⁷¹ e demandando le funzioni amministrative agli enti locali. Con la successiva legge del 1983 n. 730, si attribuiva ai comuni la possibilità di avvalersi delle USL, a carico però dei Comuni stessi, in quanto non potevano gravare sul fondo sanitario; successivamente il DPCM 8 agosto 1995 prevedeva che le attività di rilievo sanitario fossero connesse a quelle socioassistenziali. Negli anni Novanta, con il d.lgs. 502/1992 si andò ad affidare l'integrazione sociosanitaria alle ASL, determinando sia un cambio di prospettiva rispetto alla normativa precedente, che una sorta di frattura con i Comuni. Frattura che si cercò di ricomporre nel 1999 attraverso dei criteri finalizzati all'individuazione delle prestazioni integrate – sociali e sanitarie –, cercando di garantire una continuità tra azione di cura e riabilitativa³⁷².

A rappresentare il cambiamento decisivo del settore fu la legge 328 del 2000, istitutiva di un sistema integrato di interventi e dei servizi sociali e riorganizzativa del sistema in una logica di integrazione degli interventi e soggetti pubblici e privati coinvolti, con una visione unitaria e sistematica della materia. Se però da una parte si supera il precedente approccio frammentato e categorizzante, dall'altro l'universalismo viene ristretto ad un accesso selettivo dei servizi, regolato dall'intensità del bisogno: i soggetti in condizioni di povertà o con redditi limitati hanno infatti un accesso prioritario all'assistenza sociale.

Il sistema è definito come un modello a rete basato sulla partecipazione delle autonomie territoriali, in un'ottica di leale collaborazione, assegnando agli enti locali il compito di incentivare gli interventi dei soggetti privati – singoli o associati – nel sistema integrato dei servizi per l'assistenza sociale³⁷³. L'art 1 della legge n. 328/2000 stabilisce che la

³⁷⁰ In questi anni l'assistenza era intesa come beneficenza pubblica, non un servizio universale basato sui bisogni della persona, ma di stampo discrezionale. P. Torretta, *la legge n. 328/2000 e i livelli essenziali di assistenza sociale: dall'avvento del sistema integrato dei servizi sociali alla sua difficile attuazione* in *Federalismi* 23/2021, p. 196

³⁷¹ Solo nel 1981 si supererà completamente la contrapposizione tra assistenza sociale e beneficenza pubblica con la sentenza n. 174 del 1981 della Corte costituzionale

³⁷² F. Pizzolato, *Le Case della Comunità e il rapporto tra città e salute* in *Dirittifondamentali.it* 1/2022, p. 416-418.

³⁷³ P. Torretta, *la legge n. 328/2000 e i livelli essenziali di assistenza sociale: dall'avvento del sistema integrato dei servizi sociali alla sua difficile attuazione* in *Federalismi* 23/2021, pp. 201-203.

finalità è quella di creare un sistema integrato di interventi e servizi sociali per persone e famiglie fragili, promuovendo interventi volti a garantire una migliore qualità della vita, pari opportunità, non discriminazione e diritti di cittadinanza, prevenendo, eliminando o riducendo tutte quelle condizioni di disabilità, bisogno e disagio individuale e familiare che derivano dall'inadeguatezza di reddito, difficoltà sociali e condizioni di non autonomia – in coerenza con gli articoli 2, 3 e 38 della Costituzione. La portata innovativa di tale norma risiede nel progettare un sistema di assistenza sociale che mette al centro la persona considerata nel suo complesso, con un approccio globale – e non più settoriale – dei disagi sociali e delle fragilità umane, introducendo percorsi di promozione dell'individuo attraverso la valorizzazione delle capacità dell'individuo stesso e delle risorse individuali e di rete (familiare, parentale, di comunità...) che possano essere attivate e messe a sistema³⁷⁴.

Con il DPCM 14 febbraio 2001, “Atto di indirizzo e coordinamento in materia di prestazioni sociosanitarie”, si entra maggiormente nello specifico della materia sociosanitaria, dove vengono individuate, sulla base dello stato di bisogno, quali prestazioni competono ai comuni e quali alle ASL, con i relativi oneri. Si concretizza così, a livello normativo, il legame tra salute, territorio ed enti locali, caratteristico dell'integrazione sociosanitaria. Infatti, se l'integrazione sociosanitaria si fonda sulla necessità di coordinare competenze sanitarie e sociali a livello territoriale — soprattutto in risposta ai bisogni complessi derivanti dall'invecchiamento della popolazione — il DPCM 14 febbraio 2001 traduce questo principio in un modello organizzativo concreto, che rafforza la collaborazione tra Comuni e ASL, definendo la ripartizione degli oneri economici e promuovendo una collaborazione istituzionale stabile tra enti locali e sistema sanitario. In questo modo il territorio diventa il luogo privilegiato dell'integrazione tra assistenza sanitaria e sociale, attraverso una presa in carico della persona considerata nella sua globalità: l'integrazione non è solo tra prestazioni, ma anche di tipo istituzionale³⁷⁵.

Anche nell'assistenza sociosanitaria il periodo della pandemia ha accentuato i problemi di scarsa realizzazione sul territorio dei servizi; in particolare l'esigenza di un sistema

³⁷⁴ F. Pizzolato, *Le Case della Comunità e il rapporto tra città e salute* in *Dirittifondamentali.it* 1/2022, p. 416-418.

³⁷⁵ *Ibidem*.

sociosanitario integrato e territoriale, capace di rispondere in modo coordinato e vicino ai bisogni delle persone fragili.

Con il DL 34 del 2020, gli articoli 4 e 4bis hanno iniziato una nuova sperimentazione delle strutture di prossimità, con l'obiettivo di assicurare il massimo livello di assistenza a favore dei soggetti contagiati e alle persone fragili con situazioni aggravate dall'emergenza sanitaria; la sperimentazione, in coordinazione col Ministero della Salute si ispirava ad un principio di piena integrazione sociosanitaria, con il coinvolgimento delle istituzioni presenti nel territorio, del volontariato e del terzo settore senza scopo di lucro³⁷⁶. La struttura di prossimità a cui fa riferimento il Decreto-legge non è necessariamente un luogo fisico, ma un modello organizzativo di aggregazione funzionale diretto ad assicurare l'assistenza primaria, la continuità assistenziale, le cure domiciliari e in ambienti protetti, la promozione e la prevenzione, grazie al coinvolgimento attivo di differenti professionalità.³⁷⁷

Con il PNRR viene nuovamente messa in luce la necessità di creare maggiore integrazione tra i servizi ospedalieri, territoriali e sociali. La Missione 6 fa riferimento ad una nuova strategia unitaria che allinei sempre di più il Sistema Sanitario Nazionale come parte di un più ampio sistema di *welfare* comunitario³⁷⁸, cioè un aspetto politico-istituzionale che vede lo Stato farsi promotore e realizzatore di tutti quei rapporti collaborativi con i cittadini nel perseguimento di un interesse generale, coinvolgendo le famiglie, i singoli e le associazioni del terzo settore. L'obiettivo è quello di dislocare le funzioni il più vicino possibile al cittadino. Nonostante l'espresso richiamo all'interno del PNRR, manca un assetto organizzativo che si basi sull'alleanza tra risorse pubbliche e

³⁷⁶ R. BALDUZZI, *Il diritto alla salute durante e dopo la pandemia. Milestones per un confronto*, in

BioLaw Journal – Rivista di BioDiritto, n. 4/2021, p. 50 e F. Pizzolato, *Le Case della Comunità e il rapporto tra città e salute* in Dirittifondamentali.it 1/2022, p. 416-418.

³⁷⁷ Cfr. D. Caldirola, *Welfare comunitario e Casa della Comunità: dal PNRR alla riforma dell'assistenza sanitaria territoriale* in JusOnline 5/2022, pp. 167-168.

³⁷⁸ Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza, <https://www.governo.it/sites/governo.it/files/PNRR.pdf>

risorse del Terzo settore, in particolare in un'ottica di integrazione tra sociale e sanitario³⁷⁹.

Se l'obiettivo del PNRR è quella di porre la persona nella sua dimensione sociale al centro del sistema sanitario, è necessario adottare una prospettiva integrata che consideri tutti i fattori secondo la logica *One Health*; considerando i mutamenti demografici che vedono un continuo aumento della popolazione anziana non autosufficiente, la quale necessita di assistenza a domicilio, strutture residenziali e semiresidenziali, i cui i servizi assistenziali di carattere sociale acquistano un ruolo fondamentale. È dunque sempre maggiore la necessità di un'integrazione all'interno delle strutture combinando competenze ed interventi di tipo sanitario con quelle tipo sociale, nella consapevolezza – però – che l'insufficienza di uno dei due ambiti porti ad offrire un sistema inadeguato alla domanda della persona, inserita all'interno di un *welfare* orientato al raggiungimento del suo benessere³⁸⁰.

Al contrario, il DM n. 77 del 2022 integra maggiormente l'assistenza sociosanitaria all'interno della medicina territoriale – sebbene ciò avvenga più sul piano descrittivo che prescrittivo – prevedendo un modello il cui filo conduttore è l'integrazione tra profili professionali, servizi e prestazioni, anche attraverso un potenziamento delle cure a domicilio e la medicina preventiva. Il primo luogo di questo coordinamento è il Distretto, che gestisce e coordina la rete dei servizi sanitari e sociosanitari territoriali, anche tramite l'integrazione delle diverse strutture sanitarie³⁸¹.

All'interno del Distretto, le Case della Comunità vengono disegnati come quei luoghi fisici di produzione dei servizi territoriali e di prossimità, all'interno dei quali si svolgono processi di integrazione organizzativa e professionale. L'Allegato 2 prevede che all'interno di ogni CdC debba essere presente il coordinamento con i servizi sociali: in questo senso, l'elemento significativo è l'obbligo di presenza del PUA alle reti dei servizi. Il Piano Nazionale 2021-2023 confermava i Puniti Unici di Accesso come LEPS (livelli

³⁷⁹ D. Caldirola, *Welfare comunitario e Casa della Comunità: dal PNRR alla riforma dell'assistenza sanitaria territoriale* in JusOnline 5/2022, pp. 161-163.

³⁸⁰ D. Caldirola, *Welfare comunitario e Casa della Comunità: dal PNRR alla riforma dell'assistenza sanitaria territoriale* in JusOnline 5/2022, pp. 163-168.

³⁸¹ fin dalle sue origini il Distretto è il luogo strategico per il raccordo dei diversi livelli di assistenza, D. Caldirola, *op. cit.*, pp. 176-178.

essenziali delle prestazioni sociali), definendone compiti e funzioni³⁸² e concentrandosi in particolare sull'assistenza alle persone anziane in condizioni di non autosufficienza; è inoltre prevista la loro presenza all'interno delle *equipe* multiprofessionali integrate, composte da personale appartenente alle ASL e SSN, con l'obiettivo di garantire alla persona la possibilità di continuare a vivere nel proprio contesto domiciliare e sociale attraverso interventi coordinati.

Una delle funzioni principali delle Case della Comunità è quindi quella di raccordare l'assistenza sanitaria con quella sociale; è tuttavia importante precisare che non tutti i servizi sociosanitari sono obbligatori all'interno delle strutture: i servizi rivolti alla salute mentale, alle dipendenze patologiche, alla neuropsichiatria infantile e dell'adolescenza, nonché le attività consultoriali per famiglie e minori, sono infatti previsti solo dall'Allegato 1, che ha natura prevalentemente descrittiva. Spetterà dunque alla programmazione regionale e alla progettazione territoriale del Distretto, d'intesa tra ASL e Comuni, stabilire se tali servizi siano effettivamente attivati o meno, sulla base delle risorse disponibili e delle specifiche esigenze della popolazione locale³⁸³. Dall'Allegato 2 sembrerebbe emergere infatti che la CdC sia stata concepita principalmente come luogo di infrastruttura sanitaria e non anche dei servizi sociali. Tuttavia, per realizzare un servizio sanitario che sia effettivamente parte di un *welfare comunitario* è necessario garantire anche l'inclusione sociale nel rispetto di ogni persona: le persone fragili ed emarginate sono quelle che più si trovano in difficoltà nel rivolgersi al SSN, ricorrendovi solitamente solo nella fase più acuta ed emergenziale della malattia. In questa prospettiva, una maggiore attenzione all'inserimento dell'assistenza sociale potrebbe rivelarsi fondamentale per questo tipo di situazioni³⁸⁴.

³⁸² Piano Nazionale degli interventi sociali per il 2021-2023, art 1 comma 163, stabiliva che *il Punto unico di accesso costituisce il primo luogo dell'accoglienza sanitaria e sociosanitaria: porta di accesso alla rete dei servizi e delle risorse territoriali e modalità organizzativa dei servizi di accoglienza e orientamento tra Comune/ATS e Distretto (ASL), istituita per garantire le pari opportunità d'accesso alle informazioni e ai servizi sociali e sociosanitari a coloro che ne abbiano necessità.*

³⁸³ Punto 4 dell'Allegato 1, del DM n. 77/2022.

³⁸⁴ D. Caldirola, *Welfare comunitario e Casa della Comunità: dal PNRR alla riforma dell'assistenza sanitaria territoriale* in JusOnline 5/2022, pp. 176-184.

2.3.3.3. Farmacie del territorio

La terza importante integrazione con il DM a supporto della medicina del territorio sono le farmacie: lo stesso decreto ministeriale n. 77 del 2022 stabilisce come le farmacie convenzionate con il SSN costituiscano uno snodo necessario nei presidi di prossimità, rappresentandone un elemento fondamentale ed integrante del Servizio sanitario nazionale³⁸⁵. Grazie alla rete capillare delle farmacie convenzionate è possibile assicurare quotidianamente le prestazioni dei servizi sanitari a presidio della salute della cittadinanza tramite dispensazione di farmaci, la farmacovigilanza e le varie attività riservate alle farmacie della normativa sulle farmacie di servizio (D.lgs. n. 153/2009); inoltre, l'emergenza pandemica ha portato ad un'espansione delle prestazioni svolte dalle farmacie, integrando test diagnostici di primo livello e vaccinazioni, rivelandosi in molti casi un supporto concreto al Sistema sanitario.

Tradizionalmente la farmacia veniva concepita come il luogo adibito alla dispensazione di farmaci, dagli anni Novanta, e con un maggiore sviluppo nei primi decenni del 2000, si afferma l'idea di una farmacia maggiormente integrata con il territorio, in coerenza con lo sviluppo della territorializzazione del Sistema sanitario nazionale e da una necessità sempre più forte di deospedalizzazione, aspetti che si inseriscono in un quadro di invecchiamento della popolazione e un conseguente aumento delle cronicità. L'evoluzione a presidio sociosanitario si è avuta a partire dal decreto legislativo del 3 ottobre 2009, n. 153³⁸⁶, che ha trasformato la precedente farmacia tradizionale – limitata alla distribuzione di medicinali – in un centro polifunzionale di erogazione delle prestazioni assistenziali e sanitarie³⁸⁷; il D.lgs., adottato sulla base della legge delega n. 96 del 6 agosto 2009 all'articolo 11 prevedeva l'attuazione, da parte del Governo, di una serie di principi e criteri finalizzati a definire nuovi servizi e funzioni delle farmacie

³⁸⁵ Punto 2 dell'Allegato 1 del DM n. 77/2022.

³⁸⁶ “Individuazione di nuovi servizi erogati dalle farmacie nell'ambito del Servizio sanitario nazionale, nonché disposizioni in materia di indennità di residenza per i titolari di farmacie rurali” a norma dell'articolo 11 della legge 18 giugno 2009, n. 69

³⁸⁷ Patto per la Cronicità 2016, p. 87: “Negli ultimi anni la farmacia sta assumendo in Italia una nuova identità, trasformandosi da farmacia in senso tradizionale in “Centro polifunzionale” improntato alla *Pharmaceutical Care*, nonché in un luogo di promozione e produzione della salute” https://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_2584_allegato.pdf.

pubbliche e private nell'ambito del Sistema sanitario nazionale, integrati ad attività di prevenzione, gestione delle attività connesse alla prenotazione tramite CUP – dal 2011³⁸⁸ – e al ritiro dei referiti di visite e esami³⁸⁹. L'obiettivo del d.lgs. era quello di assicurare la partecipazione delle farmacie al servizio di assistenza domiciliare integrato a favore di pazienti residenti nel territorio della sede di pertinenza, supportando il MMG e il PLS, aiutando il paziente ad un miglior utilizzo del medicinare e dando supporto nel relativo monitoraggio, questo collaborando a programmi di educazione sanitaria della popolazione, nel rispetto dei piani regionali sociosanitari. Inoltre, era prevista la realizzazione di campagne di prevenzione sulle principali patologie a forte impatto sociale, anche tramite l'effettuazione di analisi di laboratorio di prima istanza, nei limiti e nelle condizioni garantite dal Ministero della Salute. Infine, si consentiva la prenotazione di visite ed esami specialistici in strutture pubbliche o private convenzionate in farmacia, con possibilità di pagamento del *ticket* e il ritiro dei relativi referti³⁹⁰. Tali prestazioni potevano essere remunerate dal Servizio Sanitario Nazionale per i nuovi servizi svolti dalle farmacie, ma nei limiti delle risorse risparmiate e senza nuovi o ulteriori oneri per la finanza pubblica.

Tra il 2010 e 2011³⁹¹ vennero emanati una serie di decreti regolamentari al fine di dare una concreta attuazione al d.lgs. 153/2009, disciplinando le prestazioni di supporto clinico, diagnostico e interprofessionali, svolte dalle farmacie pubbliche e private, organizzate secondo un modello di *governance* regionale. Le Regioni definivano l'organizzazione del servizio, vigilando sulle attività diagnostiche e stabilendo le linee

³⁸⁸ Decreto ministeriale 8 luglio 2011.

³⁸⁹ M. La Rocca *la farmacia dei servizi* in https://www.giustamm.it/private/new_2014/LaRocca_Farmaceutico_7_14.pdf 2014, p. 5.

³⁹⁰ B. R. Nicoloso, *La rivoluzione copernicana del sistema farmacia recepita nel P.N.R.R. (prima parte)* in *Rassegna di diritto farmaceutico e della salute* 5/2023, pp. 1017-1018.

³⁹¹ In particolare, a titolo esemplificativo: il DM 16 dicembre 2010 prevedeva un supporto diagnostico in attuazione del comma 2 lettera *d)* ed *e)* dell'articolo 1 del d.lgs. 153/2009, riguardante l'erogazione delle prestazioni di prima e seconda istanza mediante l'utilizzo di dispositivi per test "auto-diagnostici" da parte dell'utente o tramite supporto di un operatore sanitario presente nella farmacia, con esclusione dell'attività di prescrizione e diagnosi, e del prelievo di sangue o plasma tramite siringhe o equivalenti; inoltre, in attuazione della lettera *a)* punto *4)*, si prevedeva che le prestazioni di infermieri e fisioterapisti iscritti all'Albo all'interno delle farmacie potessero essere svolte solo su prestazione del medico e in aree apposite; mentre il DM 8 luglio 2010 prevedeva l'accesso al CUP in applicazione del comma 2 lettera *f)* dell'articolo 1 del d.lgs. 153/2009.

guida per l'integrazione tra professionisti sanitari; restava invece alla competenza dei titolari delle farmacie, secondo la disciplina statale, la gestione degli aspetti strutturali e organizzativi interni, quali la logistica, l'amministrazione e la gestione del personale. Tali decreti hanno dato concreta attuazione al modello della farmacia dei servizi già delineato dal d.lgs. n. 153/2009, consolidando il ruolo della farmacia nell'ambito dell'assistenza territoriale e rafforzando la funzione di presidio di prossimità e della rete dei servizi sanitari³⁹². Con il successivo DM 11 dicembre 2012, si fissarono i criteri a cui le farmacie comunali dovevano attenersi per l'attuazione dei servizi complementari previsti dal d.lgs. 153/2009³⁹³, contribuendo a uniformare le modalità organizzative e operative sul territorio nazionale.

Negli anni successivi il Patto per la salute 2014-2016³⁹⁴, stipulato in Conferenza per i rapporti Stato e Regione, all'art. 5, prevedeva che le Regioni provvedessero, mediante specifici atti di indirizzo, alla promozione della medicina di iniziativa e della farmacia dei servizi. Il modello assistenziale della farmacia doveva essere orientato "alla promozione attiva della salute, anche tramite l'educazione della popolazione ai corretti stili di vita, nonché alla assunzione del bisogno di salute prima dell'insorgere della malattia o prima che essa si manifesti o si aggravi, anche tramite una gestione attiva della cronicità"³⁹⁵. In continuità di tale impostazione, il Patto Nazionale della Cronicità del 2016³⁹⁶ definì gli indirizzi generali per la gestione delle patologie croniche, evidenziando il ruolo delle farmacie territoriali nelle attività di educazione sanitaria, prevenzione primaria e secondaria, secondo i protocolli del medico di medicina generale, lo specialista o il pediatra di libera scelta, soprattutto nei trattamenti di lunga durata.

³⁹² Tuttavia, con l'articolo 8 del DL 78/2010 si assiste ad un ridimensionamento del monopolio farmacie. La disposizione prevedeva che, al fine di garantire la continuità assistenziale, i farmaci del primo ciclo terapeutico sarebbero stati forniti dalla struttura ospedaliera o ASL tramite distribuzione diretta, creando così un sistema misto o a "doppio canale". M. La Rocca *la farmacia dei servizi* in https://www.giustamm.it/private/new_2014/LaRocca_Farmaceutico_7_14.pdf 2014, p. 5.

³⁹³ B. R. Nicoloso *La "farmacia dei servizi" nell'area della salute e nell'area del salutare (prima parte)* in *Rassegna di diritto farmaceutico e della salute* 4/2020, p. 780.

³⁹⁴ <https://www.anci.it/wp-content/uploads/Patto-per-la-salute-2014-16.pdf>.

³⁹⁵ Art 5 del Patto della Salute 2014-2016, <https://www.anci.it/wp-content/uploads/Patto-per-la-salute-2014-16.pdf>.

³⁹⁶ https://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_2584_allegato.pdf.

La farmacia dei servizi ha progressivamente assunto un ruolo di presidio di riferimento per la persona affetta da cronicità e per la sua famiglia³⁹⁷, in quanto punto di accesso più vicino; inoltre, il rapporto fiduciario instaurato tra farmacista ed assistito, favorito dalla continuità e abitudine della relazione, consente alla farmacia di svolgere una funzione attiva di educazione, informazione e assistenza, evidenziando la progressiva evoluzione del suo ruolo sul territorio³⁹⁸.

Nel 2018, allo scopo di rimediare all'eterogeneità dell'attuazione dei servizi farmaceutici sul territorio, dovuto a una scarsa chiarezza e complessità della normativa, la Legge di bilancio stanziava dei fondi – 36 milioni di euro – per una sperimentazione triennale dei nuovi servizi in nove regioni – Piemonte, Lombardia, Veneto, Emilia-Romagna, Umbria, Lazio, Campania, Puglia, Sicilia – per un periodo di due anni, dal 2018 al 2020. Questo, istituendo un gruppo di lavoro presso il Ministero della Salute per definirne i criteri uniformi, sviluppando delle linee guida³⁹⁹ recepite in Conferenza Stato-Regioni nell'ottobre del 2019⁴⁰⁰.

³⁹⁷ L. Corradetti, *La farmacia dei servizi: un presidio sociosanitario di prossimità in divenire* in *federalismi.it* 24/2024, pp. 256-278 e *Patto per la Cronicità* 2016, p. 87 https://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_2584_allegato.pdf.

³⁹⁸ B. R. Nicoloso *La "farmacia dei servizi" nell'area della salute e nell'area del salutare (prima parte)* in *Rassegna di diritto farmaceutico e della salute* 4/2020, p. 782.

³⁹⁹ *Linee di indirizzo per la sperimentazione dei nuovi servizi nella farmacia di comunità*, gruppo di lavoro istituito con Decreto del Direttore Generale della Programmazione Sanitaria 30 novembre 2018, https://www.sifoweb.it/images/pdf/spazio_cittadini/Linee_indirizzo_sperimentazione_farmacia_servizi.pdf.

⁴⁰⁰ A. Agnello, P. Betto, M. Buonomo, B. Foresti, M. Lanzilotto, S. Martello, E. Pietrobono, P. Prezioso, *Evoluzione della farmacia dei servizi – Prevenzione attiva e gestione delle cronicità* a cura di Prezioso Consulting S.r.l., 2022 pp. 88-89.

| AMBITO DI RIFERIMENTO | SERVIZI IN SPERIMENTAZIONE | PATOLOGIE/ATTIVITÀ DI SPERIMENTAZIONE PER LO SPECIFICO SERVIZIO | |
|-------------------------------------|---|--|------------|
| Servizi cognitivi | Riconciliazione della terapia farmacologica | Ricognizione terapia farmacologica | |
| | | Iperensione | |
| | Monitoraggio dell'aderenza | BPCO | |
| | | Diabete | |
| Servizi di front-office (sportello) | Servizio FSE | Attivazione FSE | |
| | | Arricchimento FSE | |
| | | Consultazione FSE | |
| Analisi di prima istanza | Servizi di Telemedicina | Holter pressorio | |
| | | Holter cardiaco | |
| | | Spirometria | |
| | | ECCG | |
| | Supporto allo screening del sangue occulto nelle feci per la prevenzione del tumore del colon retto | Coinvolgimento del paziente e consegna del kit e materiale informativo | Ritiro kit |

Figura 4 - Servizi in farmacia oggetto della sperimentazione⁴⁰¹

Il periodo di sperimentazione è stato poi prorogato⁴⁰² al biennio 2021-2022 ed esteso a tutte le regioni a statuto ordinario; il comma 462, art. 1, della legge 160 del 2019 ha ampliato i servizi previsti dall'articolo 1, comma 2 del d.lgs. 153/2009, favorendo la presa in carico dei pazienti cronici, rafforzando la rete territoriale dei servizi sanitari e migliorando l'aderenza terapeutica⁴⁰³.

La disciplina delle farmacie dei servizi trova una sintesi nel Patto per la salute degli anni 2019-2020 dell'Intesa Stato-Regioni del 18 dicembre 2019, n. 19/207, nel quale si definiscono le linee di indirizzo volte a rendere l'assistenza sanitaria e sociosanitaria più omogenea ed accessibile su tutto il territorio nazionale, garantendo l'integrazione tra servizi sociali e sanitari e favorendo la presa in carico del paziente, anche alla luce delle sperimentazioni regionali già avviate. Viene così ulteriormente valorizzato il rapporto tra farmacia e territorio, nella presa in carico unitaria della persona nelle diverse fasi della

⁴⁰¹ A. Agnello, P. Betto, M. Buonomo, B. Foresti, M. Lanzilotto, S. Martello, E. Pietrobono, P. Prezioso, *Evoluzione della farmacia dei servizi – Prevenzione attiva e gestione delle cronicità* a cura di Prezioso Consulting S.r.l., 2022 p. 89.

⁴⁰² Con la legge 169/2019, art 1 comma 462 recante l'integrazione dell'art 1, comma 406bis della legge 205/2017.

⁴⁰³ B. R. Nicoloso *La "farmacia dei servizi" nell'area della salute e nell'area del salutare (prima parte)* in *Rassegna di diritto farmaceutico e della salute* 4/2020, p. 783.

vita, nel supporto ai pazienti cronici e nell'aderenza terapeutica, in un'ottica di necessario rafforzamento della continuità assistenziale e consolidando il ruolo delle farmacie di comunità quali presidi sanitari territoriali integrati nel *welfare* sanitario, grazie anche alla loro diffusione capillare sul territorio.

Il periodo della pandemia da Sars-Covid19 ha dato un ulteriore impulso al processo di transizione delle farmacie a farmacie dei servizi, in ragione della necessità di ampliare i punti di accesso al sistema sanitario sul territorio, garantendo *screening* rapidi e campagne vaccinali in un contesto di forte pressione sull'assistenza ospedaliera, con una logica emergenziale e solidaristica. Si è quindi assistito ad un'estensione dei servizi all'interno delle farmacie, con esecuzione di test antigenici per la rivelazione dell'antigene da Coronavirus e la possibilità di somministrare vaccini antiCovid-19⁴⁰⁴, prima riservati alle sole strutture ospedaliere e professionisti specifici. Ciò ha comportato una lettura più flessibile alle competenze professionali, valorizzando il diritto alla salute e il principio solidaristico.

In particolare, le farmacie iniziano, dapprima, ad effettuare test antigenici rapidi⁴⁰⁵, diventando un presidio di *screening* territoriale ed il vero primo punto di accesso sanitario di prossimità per il cittadino, che si rivolge prima al farmacista e poi al MMG. In secondo luogo, si abilitano le farmacie anche alla somministrazione dei vaccini anticovid, dapprima con la presenza di un medico e poi, col DL n. 41 del 22 marzo 2021⁴⁰⁶, direttamente da parte dei farmacisti senza la supervisione, su pazienti con età non inferiore ai 18 anni⁴⁰⁷. Questo doveva essere previsto in via sperimentale per il solo

⁴⁰⁴ Destando non poche perplessità circa la legittimazione del farmacista a svolgere prestazioni sanitarie estranee alle tradizionali prestazioni farmaceutiche, si tratta infatti di prestazioni sanitarie invasive, fino a quel momento escluse dalle mansioni del professionista. Si è cercato di superar tali perplessità valorizzando la qualifica del farmacista quale operatore sanitario, unitamente alla frequentazione del Corso ministeriale telematico finalizzato all'apprendimento delle relative tecniche: il farmacista vaccina come operatore sanitario specificamente formato.

⁴⁰⁵ A seguito della legge 178/2020 – legge di bilancio 2021 – e l'accordo regionale nel quadro del Protocollo d'intesa Stato-Regioni del 29 marzo 2021, tra il Governo e gli Enti esponenziali dei titolari di farmacie.

⁴⁰⁶ Art 2 lettera h) del DL 41/2021.

⁴⁰⁷ B. R. Nicoloso Bruno Riccardo Nicoloso *La semplificazione "de iure condendo" della sperimentazione della farmacia dei servizi* in Rassegna di diritto farmaceutico e della salute, 6/2024, pp. 1223-1227.

periodo del 2021, in quanto la deroga ai principi generali trovava la sua giustificazione nella situazione di emergenza sanitaria in atto. A questo fine l'Accordo Quadro tra Governo, Regioni e Federfarma e Assofarm delineava le modalità per il coinvolgimento su base volontaria dei farmacisti, inserendo tale attività nell'ambito delle funzioni assistenziali delle farmacie previste dal d.lgs. n. 153/2009.

Nel periodo successivo alla pandemia il legislatore stabilizza la sperimentazione vaccinale nelle farmacie, il Decreto legge n. 24/2022 (poi convertito nella L. 52/2022) aggiunge con all'articolo 2 comma 8bis una nuova previsione all'art 1, comma 2, del d.lgs. 153/2009: la nuova lettera *e-quater*) prevede la possibilità di effettuare in farmacia vaccinazioni, oltre a quelle anticovid-19, anche antinfluenzali, e la possibilità di eseguire test diagnostici con prelievo di campioni biologici, su pazienti con età non inferiore ai 18 anni e con oneri a carico dell'assistito; l'attività rimane prevista su base volontaria e con la necessità del farmacista che le esegue di aver conferito con successo l'apposito coso previsto dal Ministero della Salute, con successivi aggiornamenti.

Successivamente, con il Protocollo d'intesa del 28 luglio 2022, Governo, Regioni e le rappresentanze delle farmacie ha definito a livello nazionale le modalità operative, i requisiti di sicurezza e le condizioni di erogazione in farmacia delle vaccinazioni e dei test diagnostici che prevedono il prelevamento del campione biologico a livello nasale, salivare o orofaringeo di cui all'art. 1, comma 2, lett. *e-quater*), del d.lgs. n. 153/2009. La disciplina è stata poi ulteriormente sistematizzata tramite l'Accordo Collettivo Nazionale del marzo 2025 che ha regolato in modo uniforme i rapporti tra le farmacie e il SSN sull'intero territorio nazionale; infine, la legge n. 182/2025 ha ampliato il novero delle vaccinazioni eseguibili in farmaci, estendendole a tutti i vaccini previsti dal Piano nazionale di prevenzione, a soggetti di età superiore ai 12 anni⁴⁰⁸.

Il processo di modernizzazione del sistema farmaceutico italiano delineato finora si inserisce bene nella riorganizzazione dell'assistenza territoriale: la capillarità geografica delle farmacie convenzionate permette un accesso equo e immediato alle prestazioni

⁴⁰⁸ B. R. Nicoloso *Bruno Riccardo Nicoloso La semplificazione "de iure condendo" della sperimentazione della farmacia dei servizi* in *Rassegna di diritto farmaceutico e della salute*, 6/2024, pp. 1230-1233 e <https://diritto-farmaceutico.it/la-somministrazione-dei-vaccini-anti-covid-19-da-parte-dei-farmacisti-e-lobbigo-di-vaccinazione/>.

sanitarie e assistenziale⁴⁰⁹. In questo senso il PNRR e il DM n. 77/2022 inquadrano la farmacia dei servizi un nodo fondamentale ed integrante del SSN⁴¹⁰; il Decreto ministeriale definisce esplicitamente le farmacie convenzionate come dei presidi sanitari di prossimità e come parte integrante della salute pubblica, anche grazie alla continua vicinanza con il cittadino, che oggi si estende oltre alla tradizionale distribuzione di farmaci per includere stabilmente attività come vaccinazione ed esecuzione di test diagnostici⁴¹¹. Questa valorizzazione emerge però solo nell'Allegato 1 del DM 77/2022, con una valenza meramente descrittiva in quanto non segue alcuna previsione nell'Allegato 2 – con contenuto precettivo⁴¹².

Il “sistema farmacia” si trova quindi in una fase di profonda transizione: le recenti forme, sostenute anche dagli investimenti del PNRR e dai più recenti interventi normativi in materia di semplificazione, mirano a valorizzare e rafforzare il ruolo delle farmacie quali presidi sanitari di prossimità e come primi punti di accesso ai servizi sanitari territoriali, soprattutto nei piccoli centri rurali. Parallelamente però rimane l'esigenza di definire in modo più stabile e organico il quadro giuridico e organizzativo di queste funzioni evitando che la farmacia venga valorizzata solo come struttura logicamente diffusa sul territorio, riconoscendone invece l'effettivo ruolo all'interno della rete assistenziale del SSN⁴¹³. L'obiettivo deve essere quindi quello di rendere strutturali i nuovi servizi introdotti negli ultimi anni, garantendo allo stesso tempo un equilibrio normativo idoneo ad assicurare uniformità e sicurezza alle prestazioni erogate alla collettività.

⁴⁰⁹ Questo anche grazie alla Missione 5 del PNRR che prevede dei sostegni economici per le farmacie rurali dei Comuni con meno di 3000 abitanti.

⁴¹⁰ L. Corradetti, *La farmacia dei servizi: un presidio sociosanitario di prossimità in divenire* in *federalismi.it* 24/2024, pp. 256-261 e B. R. Nicoloso, *La semplificazione "de iure condendo" della sperimentazione della farmacia dei servizi* in *Rassegna di diritto farmaceutico e della salute*, 6/2024, pp. 1227-1228.

⁴¹¹ L. Corradetti, *La farmacia dei servizi: un presidio sociosanitario di prossimità in divenire* in *federalismi.it* 24/2024, pp. 256-261.

⁴¹² *Ibidem*.

⁴¹³ L. Corradetti, *La farmacia dei servizi: un presidio sociosanitario di prossimità in divenire* in *federalismi.it* 24/2024, pp. 256-261 e B. R. Nicoloso, *La semplificazione "de iure condendo" della sperimentazione della farmacia dei servizi* in *Rassegna di diritto farmaceutico e della salute*, 6/2024, pp. 1227-1228.

3. Case di comunità e infermieri di famiglia e comunità: una mappatura nel territorio italiano

3.1. Dal modello legale all'effettività: la sfida dell'omogeneità territoriale

La logica del PNRR si fonda su un approccio *top-down* nel quale le Regioni si trovano non più libere di definire autonomamente la rete dei presidi territoriali, ma vincolate a standard stabiliti a livello nazionale: lo Stato, tramite il D.M. n. 77/2022, individua una serie di parametri obbligatori per l'implementazione delle strutture intermedie, sulla base di criteri definiti a livello centrale. Si assiste così ad un cambiamento di direzione rispetto al modello precedente che, pur muovendosi entro certi indirizzi statali, lasciava un ampio margine di adesione discrezionale alle Regioni¹. Sebbene questo sia l'intento del PNRR, il DM n. 77/2022 sembra non riuscire a realizzare pienamente questo scopo, aprendo, al contrario, la strada al rischio di alimentare le disomogeneità già presenti nelle varie regioni: la previsione di standard numerici particolarmente rigidi potrebbe, infatti, determinare un evidente divario tra «quanto predicato e quanto realizzato, o comunque realizzabile»².

L'assetto organizzativo del Decreto possiede, infatti, un carattere poco flessibile, che vincola l'architettura dei servizi a rigidi parametri demografici, che, se da un lato potrebbe permettere una costruzione omogenea degli spazi, dall'altro si dimostra incapace di rispondere alle reali esigenze di un territorio come l'Italia caratterizzato da asimmetrie morfologiche e demografiche³. Le criticità risultano particolarmente evidenti nelle aree montane⁴, interne o a bassa densità abitativa, dove l'applicazione degli standard nazionali

¹ V. Buratti, *La riforma della sanità territoriale: luci e ombre dei nuovi modelli organizzativi e assistenziali*, in CERIDAP, 2/2025, p. 41.

² Ivi, p. 38.

³ Ivi, p. 43.

⁴ M. Ingrosso, *“Normalizzazione” o riorientamento del SSN? Le Case della Comunità al bivio*, Sistema Salute 67, 1, 2023, p. 8.

La Valle d'Aosta, ad esempio, presenta una composizione abbastanza difforme dal dato nazionale, caratterizzata dalla presenza di c.d. “Comuni polvere” delle valli laterali, in questi contesti montani dove la viabilità si presenta spesso complessa replicare modelli standardizzati di altre regioni risulta difficilmente realizzabile: la complessità delle zone Alpine si caratterizza anche da un elevato costo delle strutture, e la complessità di organizzare servizi in ciascun Comune, rendendo necessaria una rimodulazione dell'organizzazione con modelli maggiormente corrispondenti alle realtà locali, C. Bertolino, *I servizi*

incontra maggiori difficoltà operative⁵. Un ulteriore elemento critico riguarda il capitale umano: il D.M. n. 77/2022 individua, infatti, un fabbisogno teorico di professionisti da collocare all'interno delle nuove strutture, senza introdurre standard organizzativi dotati di effettiva coerenza, né adeguati strumenti finanziari volti a garantirne il reclutamento⁶. Il regolamento ministeriale non ha capacità di modificare lo *status* giuridico e contrattuale dei Medici di Medicina Generale, il cui rapporto resta ancora legato al regime di convenzione nazionale, limitandone di fatto l'assoggettabilità alle disposizioni dei Distretti⁷. Ne deriva un'asimmetria regolatoria: mentre il Decreto definisce in modo dettagliato gli standard strutturali e quantitativi delle nuove infrastrutture, si lasciano però ampi margini di discrezionalità alle Regioni nella definizione degli assetti organizzativi e delle modalità di integrazione tra professionisti coinvolti⁸. Significativo in questo senso è la pubblicazione da parte di AGENAS nel 2022 del “Documento di indirizzo per il metaprogetto della Casa della Comunità”, in collaborazione con il Dipartimento di Architettura, ambiente costruito e ingegneria delle costruzioni (ABC), e il Design & Health Lab del Politecnico di Milano, con l'obiettivo di realizzare delle indicazioni

socioassistenziali in Valle d'Aosta: un modello “alpino” a garanzia dell'eguaglianza sostanziale?, in *Le Regioni* 2-3/2023, pp. 516-518.

⁵ La Liguria sconta invece di una netta contrapposizione tra aree metropolitane molto dense e zone, costiere o montane, con bassa intensità demografica che varia a seconda dei periodi dell'anno, inoltre la Regione sconta il primato di popolazione più anziana (A. Pitino, *La nuova sanità territoriale: la Regione Liguria*, in *Corti Supreme e Salute*, 2/2023, pp. 9-10); la Basilicata soffre, invece, di una popolazione distribuita su piccoli centri – ad eccezione del capoluogo – spesso non collegati tra loro e raggiungibili non agevolmente (F. F. Tuccari, M. Benvenuto, *La situazione della Regione Basilicata*, in *Corti Supreme e Salute*, 3/2023, pp. 653-534). La Puglia invece, presenta una marcata estensione longitudinale, che vede concentrata la popolazione ultrasessantacinquenne – circa il 30% – nelle zone metropolitane baresi, a fronte di uno spopolamento nel foggiano (F.F. Tuccari, M. Benvenuto, *La situazione della Regione Puglia*, in *Corti Supreme e Salute*, 3/2023, p. 414).

⁶ R. Balduzzi, *Gli “standard” (e il modello) dell'assistenza sanitaria territoriale: prime considerazioni*, in *Corti Supreme e Salute*, 2/2022, p. 467-468.

⁷ P. Bozzao, *Il medico di medicina generale: profili lavoristici*, in *Istituzioni del Federalismo*, 4/2024, pp. 909-916.

⁸ Questa spinta regolatoria solleva però dubbi di legalità formale sul piano dell'indeterminatezza e della variabilità degli oggetti demandati alla fonte secondaria: se con il comma 169 della legge n. 191/2009 gli standard ospedalieri si limitavano a “organizzativi, quantitativi, qualitativi, strutturali, tecnologici di processo e di esito, il comma 274 L. n. 178/2020, per il territorio, si è limitato alla formula per gli standard organizzativi, quantitativi, qualitativi e tecnologici. Limite che però è stato sorpassato dal D.M. n. 77/2022 che amplia la sua portata fino al sistema di prevenzione in ambito sanitario, ambientale e climatico, che seppur derivante dagli obiettivi della Missione 6 del PNRR, si trova senza un ancoraggio nella normativa primaria, ritenendo necessaria una norma primaria più ampia, capace di soddisfare il principio di legalità formale nel riparto delle competenze con le Regioni. R. Balduzzi, *op.cit.*, pp. 464-467.

architettoniche, tecnologiche e organizzative comuni a tutto il territorio nazionale, garantendo linee di intervento condivise e l'adozione di un linguaggio uniforme⁹. Tuttavia, la sua pubblicazione è avvenuta in ritardo rispetto alle decisioni delle Regioni, trovandosi in alcuni casi in situazioni molto lontane dagli standard indicativi¹⁰. Queste criticità strutturali si tradurranno inevitabilmente in difficoltà organizzative, configurando una situazione in cui le strutture che non saranno fisicamente in grado di contenere tutti i servizi necessari previsti dal D.M. n. 77/2022¹¹.

Il quadro emerso dal recepimento regionale conferma la persistente eterogeneità del sistema sanitario italiano nell'ambito dell'assistenza territoriale. La scelta del D.M. n. 77/2022 di non definire in modo dettagliato gli standard relativi all'architettura interna e alla gestione delle strutture, insieme alla mancata uniformità nella caratterizzazione dei distretti, ha lasciato ampio spazio a interpretazioni e soluzioni organizzative differenti a livello regionale, derivandone un assetto attuativo non omogeneo e non raggiungendo l'originario obiettivo di armonizzazione a livello nazionale.

3.2. Le Case di Comunità come indicatori di attuazione del D.M. n. 77/22

Il decreto delinea le CdC come il luogo fisico e di facile individuazione al quale i cittadini possono accedere per bisogni di assistenza sanitaria e sociosanitaria a valenza sanitaria, e come il modello organizzativo dell'assistenza di prossimità¹².

Le Case della comunità rappresentano il 28% dell'investimento infrastrutturale della Missione 6, Componente 1, del PNRR¹³. La distribuzione delle risorse nelle Regioni è

⁹ AGENAS, *Documento di indirizzo per il metaprogetto della Casa della Comunità*, p. 15.

¹⁰ Un esempio, le Marche, dove nove strutture si trovano fortemente al disotto delle metrature riportate da AGENAS. Le strutture, *Hub*, si trovano comprese tra i 110 e i 300, molte delle quali sono previste di nuova costruzione. F. Pesaresi, *Il dm 77/2022 sull'assistenza sanitaria territoriale*, in *Welfare ebook n. 7/22022*, pp. 78-80

¹¹ *Ibidem*.

¹² Punto 4, Allegato 1 del D.M. n. 77/2022.

¹³ A fronte del 14,29% (1 miliardo) per gli Ospedali di Comunità e il 4,00% (280 milioni) Centrali Operative Territoriali. La spesa maggiore è invece destinata all'Assistenza Domiciliare, su cui il PNRR investe circa 2.720.000.000 € (il 38, 86% della spesa totale della Missione 6, Componente 1). Camera dei deputati, *I presidi dell'assistenza territoriale nella Missione 6 Salute del PNRR*, Documentazione e ricerche n. 23, 20 marzo 2023, pp. 7-11.

stata organizzata tenendo conto delle quote regionali già utilizzate nel finanziamento del Servizio sanitario nazionale, con un correttivo finalizzato a garantire che il 45% dei fondi venga destinato alle regioni del Mezzogiorno, in linea con l'obiettivo del PNRR di ridurre i divari territoriali. Il Target finale concordato con l'Unione Europea prevede la realizzazione di 1.350 Case della Comunità entro il 2026.

L'ampio margine di discrezionalità sull'attuazione delle CdC si è tradotto in diversi livelli di elaborazione programmatica, influenzati anche dalle disparità storiche in termini di capitale istituzionale e capacità manageriali¹⁴. Emerge infatti che Lazio, Lombardia e Toscana hanno prodotto testi ad alto grado di rielaborazione, con un tasso di sovrapposizione letterale delle direttive centrali inferiore del 10%¹⁵, mentre altre Regioni, come Piemonte e Puglia, presentano percentuali superiori al 30%, evidenziando una maggiore adesione al dettato centrale¹⁶; inoltre, alcune Regioni hanno utilizzato il D.M. come cornice generale dentro cui valorizzare assetti già consolidati¹⁷, mentre altre hanno colto l'occasione per ridefinire in modo più organico il modello territoriale regionale¹⁸.

3.2.1. Stato di avanzamento delle CdC: tra realizzazione delle infrastrutture e operatività

Da un'analisi dei Contratti Istituzionali di Sviluppo emerge, in primo luogo, uno scostamento positivo tra la programmazione regionale e le stime iniziali. Diverse amministrazioni hanno infatti ampliato la platea dei presidi da realizzare, grazie a stanziamenti integrativi a carico dei bilanci regionali, prevedendo la realizzazione di 80 Case della Comunità sul territorio nazionale in più rispetto a quelle programmate dal PNRR. Se Emilia-Romagna e Toscana registrano incrementi più consistenti rispetto ai

¹⁴ M. Bobini, G. Cinelli, M. Del Vecchio, F. Longo, F. Meda, N. Oprea, V. Tozzi, A. Zazzera, *Il PNRR e i sistemi sanitari regionali: modelli di governance e processi di change management*, in Rapporto OASI 2022, pp. 350-353.

¹⁵ G. Cinelli, F. Dalponte, L. Ferrara, V. Tozzi, A. Zazzera, *L'implementazione del DM77 nelle regioni italiane e il ruolo delle aziende sanitarie*, in Rapporto OASI 2023, p. 412.

¹⁶ *Ibidem*.

¹⁷ C. Tubertini, *Dalle Case della salute alle Case della comunità: la nuova sanità territoriale in Emilia-Romagna*, in Corti Supreme e Salute, 3/2023, pp. 646-649.

¹⁸ Come il caso della Sicilia, A. Patanè, *La nuova sanità territoriale: la situazione della Regione Siciliana*, in Corti Supreme e Salute, 1/2024, pp. 103-105.

target dei CIS, altre Regioni hanno optato per aumenti marginali¹⁹; una specificità è rappresentata dalla Sicilia, la quale ha motivato l'ampiamiento della programmazione con la necessità di incrementare un maggior numero di strutture di tipo *Spoke*, così da garantire una maggiore copertura delle aree a minore densità abitativa e morfologicamente isolate²⁰.

Sotto il profilo della *governance* attuativa, la gestione dei bandi di gara per gli interventi infrastrutturali previsti dal CIS è stata affidata a Invitalia, che, per accelerare la cantierizzazione, ha sviluppato un modello basato su procedure aggregate e flessibili, in particolar modo attraverso l'Accordo Quadro. Tramite una ripartizione per Lotti Geografici, le singole Aziende Sanitarie Locali hanno potuto attingere a graduatorie di operatori economici predefiniti, procedendo all'affidamento dei lavori in via diretta o tramite "mini-bandì" ²¹. La responsabilità nella gestione del cantiere è in capo al Responsabile Unico del Progetto²², sotto la diretta vigilanza dell'ASL committente²³.

Sul piano strutturale invece, la strategia nazionale si orienta verso la riconversione e ristrutturazione del patrimonio edilizio esistente (con 1.121 unità complessive), a fronte di un numero più contenuto di nuove edificazioni (309). La ripartizione tra modelli organizzativi della programmazione complessiva mostra una prevalenza di strutture *Hub*, a questa imposizione si allineano in modo coerente quasi tutte le Regioni, con due eccezioni speculari: da un lato Lombardia, Piemonte, Umbria, Valle d'Aosta e Veneto mostrano una totale assenza di programmazione di presidi *Spoke*, mentre dall'altro, Calabria e Sicilia evidenziano un netto sbilanciamento a favore di questi ultimi²⁴.

¹⁹ Camera dei deputati, *I presidi dell'assistenza territoriale nella Missione 6 Salute del PNRR*, Documentazione e ricerche n. 23, 20 marzo 2023, p. 43.

²⁰ Dai documenti pubblicati emerge una previsione finale di 3,25 CdC ogni 100.000 abitanti nelle aree più popolate della Regione, mentre 4,80 CdC ogni 100.000 abitanti nelle aree meno dense, nell'obiettivo di risultare più vicini al cittadino. A. Patanè, *La nuova sanità territoriale: la situazione della Regione Siciliana*, in Corti Supreme e Salute, 1/2024, p. 106.

²¹ A. Patanè, *op. cit.*, p. 105 e <https://www.invitalia.it/incentivi-e-strumenti/cis-salute>.

²² Art. 15 del D.Lgs. n. 36/2023.

²³ A. Patanè, *op. cit.*, p. 105 e <https://www.invitalia.it/incentivi-e-strumenti/cis-salute>.

²⁴ Camera dei deputati, *I presidi dell'assistenza territoriale nella Missione 6 Salute del PNRR*, Documentazione e ricerche n. 23, 20 marzo 2023, p. 43.

Fondamentale nello sviluppo e nel monitoraggio dal passaggio dalla fase programmatica a quella operativa sono i “Report nazionale di sintesi dei risultati del monitoraggio D.M. n. 77/2022” (i cui dati coprono il secondo semestre del 2024 e l’intero anno 2025), mostrando una fotografia dello stato di attuazione della riforma, sia sotto il profilo edilizio che quello dell’effettiva attuazione dei servizi e della presenza di personale medico e infermieristico.

Tramite i rapporti è possibile un confronto tra i differenti semestri dal 2023, dai quali emerge un significativo avanzamento nell’attuazione delle Case della Comunità. Risulta infatti che le strutture con almeno un servizio attivo sono passate da 337 nel 2024 a 575 nel secondo semestre 2025, registrando un incremento di circa il 70%. Così come è in crescita il numero di Case della Comunità che dichiarano la presenza di tutti i servizi obbligatori previsti dal D.M. n. 77/2022, compresa la presenza di personale medico e infermieristico, passando da 44 a 66 unità (+50%)²⁵; pur trattandosi di dati incoraggianti, il numero delle strutture pienamente conformi agli standard nazionali rimane ancora molto indietro rispetto agli obiettivi complessivi della riforma. Inoltre, nonostante la crescita, rimane una profonda eterogeneità territoriale, potendosi individuare velocità attuative e modelli molto diversi tra le Regioni del Nord e del Sud Italia.

Un primo orientamento è quello guidato dalla continuità assistenziale, di cui l’Emilia-Romagna e la Toscana rappresentano esempi significativi; in questi territori l’attuazione della riforma ha potuto infatti contare su fondamenta già solide, basandosi sulla precedente rete delle Case della Salute. L’Emilia-Romagna, ad esempio, ha pianificato un’offerta complessiva di 187 CdC (di cui 84 finanziate tramite CIS e 103 con risorse regionali extra-CIS), registrandone già 143 attive con almeno un servizio²⁶; tra queste, 43 garantiscono almeno cinque servizi attivi con la presenza medica e infermieristica, mentre 41 risultano con tutti i servizi attivi, salvo la presenza medica e infermieristica. Seppur non ancora allineata con gli standard del D.M. n. 77/2022, l’Emilia-Romagna mostra un andamento molto positivo. Allo stesso modo la Toscana che, a fronte di 159 strutture programmate, vede saliti i servizi attivi sul territorio da 42 (2024) a 79 (2025), con un

²⁵ Tabella 11, *Report nazionale di sintesi dei risultati del monitoraggio DM n. 77/2022, II semestre 2025*, p. 15.

²⁶ *Ibidem*.

buon risultato anche sul piano dell'attuazione. In entrambe le realtà la già sperimentata collaborazione tra *equipe* professionali, unita ad una tradizionale partecipazione comunitaria²⁷, sta portando ad una lineare transizione del nuovo assetto organizzativo; a questo modello si allinea anche il Veneto, che ad oggi registra 64 CdC attive su 95 strutture programmate, con una crescita rispetto al 2024 di due Case della comunità, ma con un incremento complessivo del 36% sul consolidamento delle strutture obbligatorie, con un rafforzamento della componente medica ed infermieristica²⁸.

La Lombardia registra invece una dinamica differente, se da un lato la Regione ha il numero più alto di strutture attive a livello nazionale – 150 nel 2025 –, dall'altro risente di un'impostazione storicamente “ospedalocentrica”, che riduce la capillarità sul territorio in rapporto al bacino d'utenza, con una Casa della Comunità ogni 66.748 abitanti. Il punto di forza lombardo è rappresentato dalla qualificazione dei singoli presidi, che registra 97 strutture con almeno cinque servizi obbligatori e una presenza medica e infermieristica strutturata – su 150 attive –, registrando un tasso di conformità agli standard nazionali nettamente superiore alla media.

La situazione risulta invece più complessa nel monitoraggio del Centro-Sud e delle Isole, risentendo sia della minore densità delle reti assistenziali territoriali sia delle criticità legate alla disponibilità di personale sanitario²⁹. In Campania, l'attivazione concreta dei presidi territoriali ha preso avvio solo a partire dal secondo semestre del 2025, raggiungendo un totale di 39 CdC attive, in cui si rileva però una scarsa integrazione del personale, con una limitata valorizzazione alla coproduzione con l'utenza (attiva solo in due strutture)³⁰. Rallentamenti e difficoltà di attuazione si registrano anche in Abruzzo,

²⁷ C. Tubertini, *Dalle Case della salute alle Case della comunità: la nuova sanità territoriale in Emilia-Romagna*, in Corti Supreme e Salute, 3/2023, pp. 641-651 e G. Gotti, *L'attuazione del DM 77/2022 nella Regione Toscana. La valorizzazione del “modello toscano” di assistenza territoriale*, in Corti Supreme e Salute, 2/2023, pp. 363-369.

²⁸ Tabella 8, *Report nazionale di sintesi dei risultati del monitoraggio DM n. 77/2022, II semestre 2024*, p. 11. E Tabella 11, *Report nazionale di sintesi dei risultati del monitoraggio DM n. 77/2022, II semestre 2025*, p. 15.

²⁹ *Medicina territoriale al sud Italia: un disastro* in ACOOP Italia (<https://acopnazionale.it/news/medicina-territoriale-al-sud-italia-un-disastro/>).

³⁰ Tabella 8, *Report nazionale di sintesi dei risultati del monitoraggio DM n. 77/2022, II semestre 2024*, p. 11. E Tabella 11, *Report nazionale di sintesi dei risultati del monitoraggio DM n. 77/2022, II semestre 2025*, p. 15.

Marche e Sardegna; le criticità peggiori, infine, si concentrano in Puglia: con sole 3 strutture attive su 121 previste, solo 12 risultano operative e di queste sono 5 le strutture in grado di garantire la presenza stabile di un'équipe multiprofessionale³¹.

3.2.1.1. Disomogeneità territoriali e modelli regionali di attuazione delle Case della Comunità

Da un confronto sul funzionamento delle CdC, dal Report di AGENAS, in tutte le regioni emerge un fortissimo divario tra Nord-centro Italia e sud Italia, in particolare per quanto riguarda l'applicazione la presenza di strutture da programmazione regionale assimilabili alle CdC con tutti i servizi dichiarati attivi compresa la presenza medica ed infermieristica dove su 66 CdC attive solo 5 risultano essere attive nel sud Italia e 12 con almeno 5 specifici servizi obbligatori e forme di presenza medica ed infermieristica.

Figura 2. Strutture da programmazione regionale assimilabili a CdC con tutti i servizi obbligatori dichiarati attivi incluso presenza medica e infermieristica secondo DM77/2022 (% rispetto alla programmazione regionale)

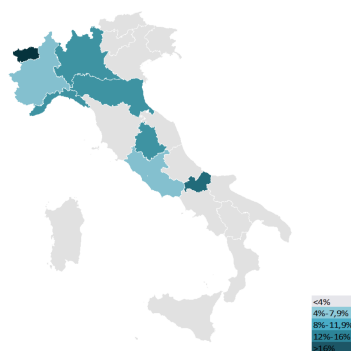


Figura 5- Strutture da programmazione regionale assimilabili a Case della Comunità (Cis ed extra Cis)³²

Un altro nodo critico è la presenza medica ed infermieristica dove solo il 26,1% delle Case della Comunità può vantare la presenza medica dichiarata attiva secondo lo standard del D.M. n. 77/2022, cioè con la presenza medica pari a 24 ore al giorno per 7 giorni a settimana nelle CdC *hub* e almeno 12 ore al giorno nelle *Spoke*. Parallelamente, la presenza infermieristica secondo lo standard (presenza infermieristica per almeno 12 ore

³¹ Tabella 8, *Report nazionale di sintesi dei risultati del monitoraggio DM n. 77/2022, II semestre 2024*, p. 11. e Tabella 11, *Report nazionale di sintesi dei risultati del monitoraggio DM n. 77/2022, II semestre 2025*, p. 15.

³² Figura 2, *Report nazionale di sintesi dei risultati del monitoraggio DM n. 77/2022, II semestre 2025*, p. 16.

al giorno per 7 giorni a settimana nelle CdC *Hub* e almeno 12 ore al giorno per 6 giorni a settimana per le CdC *Spoke*) ha una percentuale di applicazione del 27,65%; un valore più alto si registra però nella presenza del servizio infermieristico non conforme allo standard, attivo in quasi tutte le Case della Comunità sul territorio. In questo caso le differenze maggiori tra CdC attive e presenza infermieristica si hanno in Veneto, dove 13 CdC non presentano il servizio, Lazio e Sardegna con 10 scoperte insieme all'Emilia-Romagna.

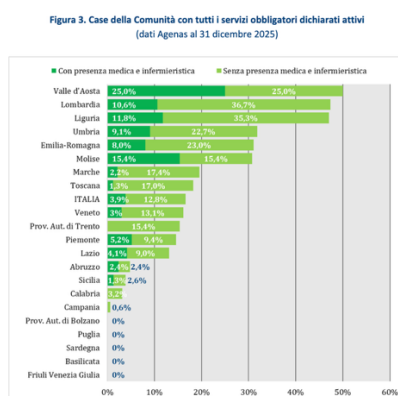


Figura 6 - Case della Comunità con tutti i servizi obbligatori dichiarati attivi³³

La tabella dei servizi obbligatori presenti permette di individuare all'interno delle Regioni la presenza di questi nelle CdC dichiarate attive, suggerendo così un quadro sull'attivazione – burocratica – delle Case della Comunità sul territorio italiano, soprattutto a fronte delle poche CdC presenti con tutti i servizi attivati.

³³ *Comunicato stampa PNRR: riforma della sanità territoriale al palo. Case della comunità: a regime solo 66 su 1.715. Ospedali di comunità: nessuno ha tutti i servizi attivi. Fascicolo sanitario elettronico: incompleto in tutte le regioni e solo il 46% dei cittadini ha dato il consenso. A rischio obiettivi PNRR al prossimo 30 giugno, 31 marzo 2026 - Fondazione GIMBE, Bologna, p. 8*

Tabella 12. Servizi obbligatori presenti nelle strutture assimilabili a Case di Comunità (programmazione Cis / Extra Cis) per Regione/ P.A.

| Regione / P.A. | Strutture da programmazione regionale assimilabili a Case della Comunità (CdC) con almeno un servizio attivo | Servizi di cure primarie erogate attraverso equipe multi professionali | PUA | Servizi di assistenza domiciliare | Servizi di specialistica ambulatoriale per le patologie ad elevata prevalenza | Servizi infermieristici | Sistema integrato di prenotazione collegato al cup aziendale | Integrazione con i servizi sociali | Partecipazione della comunità e valorizzazione della coproduzione | Servizi diagnostici di base* | Continuità assistenziale* | Punto prelievi* |
|-----------------------|--|--|------------|-----------------------------------|---|-------------------------|--|------------------------------------|---|------------------------------|---------------------------|-----------------|
| ABRUZZO | 2 | 2 | 1 | 1 | 2 | 1 | 2 | 1 | 1 | 1 | 2 | 1 |
| BASILICATA | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| CALABRIA | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 |
| CAMPANIA | 39 | 28 | 35 | 34 | 36 | 36 | 36 | 33 | 2 | 28 | 34 | 24 |
| EMILIA-ROMAGNA | 143 | 142 | 83 | 137 | 116 | 134 | 125 | 135 | 136 | 82 | 56 | 126 |
| FRIULI-VENEZIA GIULIA | 30 | 12 | 23 | 27 | 24 | 27 | 27 | 26 | 19 | 11 | 24 | 24 |
| LAZIO | 96 | 49 | 59 | 52 | 86 | 81 | 89 | 66 | 47 | 76 | 48 | 80 |
| LIGURIA | 22 | 21 | 22 | 22 | 22 | 22 | 22 | 22 | 14 | 21 | 15 | 22 |
| LOMBARDIA | 150 | 146 | 149 | 147 | 119 | 143 | 131 | 146 | 141 | 122 | 107 | 109 |
| MARCHE | 43 | 27 | 21 | 41 | 38 | 42 | 41 | 36 | 28 | 38 | 39 | 37 |
| MOLISE | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 |
| P.A. BOLZANO | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| P.A. TRENTO | 5 | 5 | 4 | 5 | 5 | 5 | 5 | 4 | 4 | 5 | 2 | 4 |
| PIEMONTE | 36 | 27 | 16 | 25 | 32 | 35 | 32 | 35 | 21 | 25 | 22 | 33 |
| PUGLIA | 3 | 3 | 2 | 3 | 3 | 2 | 3 | 3 | 0 | 3 | 3 | 3 |
| SARDEGNA | 41 | 3 | 15 | 24 | 38 | 30 | 39 | 31 | 12 | 31 | 30 | 33 |
| SICILIA | 12 | 10 | 12 | 12 | 12 | 12 | 12 | 11 | 7 | 12 | 10 | 11 |
| TOSCANA | 79 | 73 | 46 | 76 | 65 | 77 | 79 | 79 | 63 | 52 | 42 | 75 |
| UMBRIA | 8 | 8 | 8 | 8 | 8 | 8 | 7 | 8 | 5 | 7 | 7 | 8 |
| VALLE D'AOSTA | 4 | 4 | 3 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 2 | 4 | 3 | 4 |
| VENETO | 64 | 45 | 36 | 54 | 53 | 51 | 57 | 53 | 38 | 51 | 50 | 53 |
| Italia | 781 | 609 | 539 | 676 | 667 | 714 | 715 | 697 | 544 | 573 | 498 | 651 |

*Servizi obbligatori solo per le CdC hub

La tabella rappresenta il numero complessivo di servizi obbligatori dichiarati attivi in strutture assimilabili a CdC programmazione riconducibile sia a Cis che a Extra Cis.

Il modello di lavoro della Casa della Comunità è un quello di *equipe* multidisciplinare, che permette l'azione tra i professionisti sanitari e sociali, trovando però attuazione solo nel 77,97% delle CdC attive; il servizio di cure primarie erogato attraverso *equipe* multiprofessionali collocandosi sotto la media il Friuli-Venezia Giulia (40%), il Lazio (51%), Marche (62%) e Veneto (70%), la Sardegna ha l'*equipe* in sole tre regioni su 41, trovandosi in una situazione di limitata implementazione – con un miglioramento nel versante del PUA con 15 CdC con servizio attivo. Oltre ai Medici e gli Infermieri, all'interno delle *equipe* sono presenti anche gli assistenti sociali; l'integrazione con la rete dei servizi sociali viene realizzata nelle CdC per l'89,24% delle strutture con una distribuzione omogenea sul territorio³⁴. I servizi erogati dal SSN – e dagli Ambiti Territoriali sociali – all'interno delle CdC devono essere erogati mediante il Punto Unico di Accesso, tramite funzioni di assistenza al pubblico e di supporto amministrativo e organizzativo per i pazienti³⁵; il servizio è integrato in 536 CdC sulle 781 strutture da programmazione regionale assimilabili alle CdC con almeno a servizio attivo, con una limitata attuazione nelle Regioni di Emilia-Romagna e Toscana³⁶.

³⁴ Tabella 12, *Report nazionale di sintesi dei risultati del monitoraggio DM n. 77/2022, II semestre 2025*, p. 16.

³⁵ Punto 5 Allegato 1 del DM n. 77/2022, p. 27.

³⁶ Tabella 12, *Report nazionale di sintesi dei risultati del monitoraggio DM n. 77/2022, II semestre 2025*, p. 16.

Il servizio di Assistenza domiciliare trova, invece, un'ampia integrazione sul territorio, pari all'85,4%, con una minore integrazione in Veneto (54/64) e Piemonte (25/36); in Lazio e in Sardegna il servizio di assistenza domiciliare viene integrato in circa nella metà delle CdC³⁷.

Per quanto riguarda i servizi ambulatoriali e diagnostici interni ai presidi, il monitoraggio rileva che i servizi di specialistica ambulatoriale per le patologie ad elevata prevalenza sono attivi nel 85,40% delle Case della Comunità, i servizi di diagnostica di base risultano presenti nel 73,36% delle strutture e il punto prelievi registra una diffusione del 83,35%. Mentre il sistema integrato di prenotazione collegato al CUP aziendale risulta attivo in 715 CdC su 781 strutture da programmazione regionale assimilabili alle CdC con almeno un servizio attivo; in molte regioni – tra cui Toscana e Liguria – raggiunge il 100% di implementazione, a differenza di Regioni come Emilia-Romagna e Lombardia che presentano una differenza del circa 13%³⁸.

Infine, il punto di “partecipazione alla Comunità e valorizzazione della coproduzione è presente sul 69,65% delle Case della Comunità attive, con una forte presenza in Lombardia ed Emilia-Romagna, mentre risulta particolarmente basso nel Lazio, dove è attivo nella metà delle CdC laziali. Il valore permette di capire la valorizzazione della comunità all'interno delle Case delle Comunità, per nuove soluzioni di servizio, contribuendo ad individuare la CdC più vicina alla popolazione³⁹.

In sintesi, i dati del monitoraggio evidenziano un'attuazione ancora disomogenea sul territorio nazionale. Da una parte, infatti, alcuni standard registrano percentuali elevate, fino al 79% – come nel caso dell'integrazione dell'assistenza domiciliare, dei servizi sociali e della digitalizzazione dei sistemi di prenotazione (CUP) – mentre in altri si riscontrano valori più bassi; in particolare si evidenziano criticità rispetto agli standard di presenza oraria del personale medico (26,1%) e infermieristico (27,65%) definiti dal D.M. n. 77/2022. Considerando la rilevanza di ogni servizio, la presenza parziale

³⁷ *Ibidem.*

³⁸ *Ibidem.*

³⁹ Punto 5 Allegato 1 del DM n. 77/2022, p. 26.

all'interno della struttura la rende poco attrattiva per il cittadino che, non trovando tutte le risposte in un unico luogo, si rivolge altrove⁴⁰.

Inoltre, le differenze regionali nell'operatività delle *equipe* multidisciplinare e la maggiore concentrazione delle strutture attive nelle regioni del Centro-Nord Italia suggeriscono come il raggiungimento degli obiettivi della Missione 6 del PNRR siano ancora incompleti

3.2.1. Profili problematici di implementazione

La sfida nell'attuazione delle Case di Comunità non è soltanto infrastrutturale, ma anche politica e organizzativa⁴¹. L'analisi di tre Regioni con *background* e approcci alla sanità molto diversi possono aiutare a individuare come lo stesso modello normativo possa portare a differenti recepimenti.

Le tre Regioni scelte sono Lombardia, Veneto e Sicilia in quanto mostrano tre scenari preesistenti alla Riforma molto differenti tra loro: se il modello lombardo ha storicamente consolidato un assetto “ospedalocentrico” basato sulla netta separazione tra la programmazione delle ATS e l'erogazione delle ASST, il Veneto aveva già sviluppato un'architettura capillare fondata sulle Aziende ULSS e sulla forte integrazione sociosanitaria⁴²; la Sicilia, infine, penalizzata dal Piano di Rientro economico dal 2007, operava attraverso le sole Aziende Sanitarie Provinciali senza alcun impianto organico rivolto alla medicina di prossimità.

La Regione Lombardia ha recepito il D.M. 77/2022 con la D.R.G del 25 luglio 2022⁴³, concentrandosi sul modello organizzativo delle Case della Comunità, Ospedali di

⁴⁰ N. Cartabellotta, 8° *Rapporto GIMBE sul Servizio Sanitario Nazionale 2026*, p. 2.

⁴¹ A. Calignano e N. di Blasio, *Case della comunità: le parole chiave del DM 77*, Care 2026, <https://careonline.it/salute-pubblica/2026/01/case-della-comunita-le-parole-chiave-del-dm-77/>.

⁴² Articolazione in Aziende ULSS (Unità Locali Sociosanitarie), caratterizzazione del sistema integrato sanitario e sociosanitario e garantito grazie dalla presenza – all'interno del Comitato dei Direttori Generali – del Direttore dei servizi sociosanitari, che assicura un dialogo con gli Enti Locali e una risposta coordinata ai bisogni dei cittadini.

⁴³ Approvando 3 documenti allegati distinti, il modello organizzativo di CdC, OdC e COT (Allegato 1), i requisiti organizzativi strutturali e tecnologici delle CdC (Allegato 2) e i requisiti organizzativi strutturali e

Comunità e Centrali Operative Territoriali⁴⁴; il Veneto ha invece approvato la propria declinazione con la D.G.R. n. 721/2023⁴⁵ (con una deliberazione di programmazione iniziata con D.G.R. n. 2/CR del 10 gennaio 2023), circa un anno dopo rispetto alla Lombardia⁴⁶. La Sicilia, invece, lo recepisce tramite il Decreto Assessoriale⁴⁷ n. 1294 del 2022, approvando il “Piano della rete territoriale di assistenza della Regione Siciliana”, nominando un Responsabile dell’attuazione del Piano⁴⁸; il documento si inserisce nel quadro delle azioni per l’implementazione del PNRR, del D.M. n. 77/2022 e del Programma Operativo di Consolidamento e Sviluppo per la riqualificazione del SSR⁴⁹ – cornice assente negli atti di Veneto e Lombardia.

L’assetto lombardo si pone in una parziale discontinuità con il proprio modello organizzativo tradizionale, proponendo un’alternativa a quello ospedaliero: il D.G.R. del 25 luglio 2022 introduce infatti elementi orientati al rafforzamento dell’assistenza territoriale e della dimensione comunitaria dei servizi. Il modello lombardo prevede la centralità del Distretto nell’organizzazione territoriale, con compiti di produzione, committenza e garanzia dei servizi; a sua volta il Distretto opera sotto la direzione sociosanitaria dell’ASST⁵⁰. Nel Veneto invece la *governance* rimane in capo alle Aziende ULSS; la Medicina Generale garantisce i LEA attraverso le Aggregazioni Funzionali Territoriali, che afferiscono alla forma organizzativa multiprofessionale (UCCP) invidiata per ogni CdC *hub*, operando in ogni forma integrata dei *setting* del territorio⁵¹.

tecnologici degli OdC (Allegato 3), con una focalizzazione delle strutture e dei requisiti e non sulla programmazione territoriale.

⁴⁴ M. Noli, *Prima attuazione del DM n.77/22 in Lombardia – Prima parte*, in lombardiasociale.it, 2022.

⁴⁵ Atto di programmazione regionale che si struttura in quattro sezioni: analisi di contesto sociodemografico ed epidemiologico; riorganizzazione della rete territoriale; fabbisogni di personale e piani di formazione; modalità di governo e monitoraggio; aggiungendo dunque una dimensione epidemiologica e di contesto assente nell’atto lombardo.

⁴⁶ DGR n. 721 approvata in data 22/6/2023 avente ad oggetto “Programmazione dell’assetto organizzativo ed operativo della rete assistenziale territoriale in attuazione a quanto previsto ex Piano Nazionale per la Ripresa e la Resilienza (PNRR) e D.M. 23/05/2022, n. 77. D.G.R. n. 2/CR del 10/01/2023”.

⁴⁷ *Piano della rete territoriale di assistenza Sicilia*, pp. 98-102.

⁴⁸ *Ivi*, p. 5.

⁴⁹ *Ivi*, p. 5-9.

⁵⁰ F. Lonati, Il nuovo Distretto lombardo in <https://www.saluteinternazionale.info/2022/09/il-nuovo-distretto-lombardo/> 2022. Le ASST gestiscono gli OdC e le CdC direttamente o mediante accordi con enti erogatori, validati dall’ATS; M. Noli, *op. cit.*, 2022.

⁵¹ Allegato A del D.G.R. Veneto n. 721 del 22 giugno 2023, p. 8.

Il Piano siciliano evidenzia come una quota significativa dei distretti presenti sul territorio non raggiunga la soglia delineata dal D.M. n. 77/2022⁵², per ragioni principalmente legate agli aspetti oro-geografici, vi è infatti un gran numero di Distretti sanitari con meno di 60.000 abitanti, e meno di un quarto dei distretti ha più di 100.000 abitanti indicati nel D.M. 77, riconoscendo esplicitamente nell'atto di recepimento che la propria struttura non è interamente compatibile con gli standard nazionali⁵³.

La Regione Lombardia ha proceduto ad una rapida attivazione formale delle CdC, che però fa sorgere il dubbio che possa essere sintomo di una situazione più formale che sostanziale, con attivazione minimale dei cambiamenti compatibili con il nuovo sistema assistenziale, procedendo con la trasformazione del nome di preesistenti poliambulatori con la targa "Case della Comunità"⁵⁴. Precedenti atti regionali lombardi prevedevano che le CdC potessero essere gestite anche solo da Medici di Medicina Generale e Pediatri di Libera Scelta riuniti in associazioni o cooperative, in collaborazione con le farmacie convenzionate⁵⁵. In modo simile, in Sicilia molti dei servizi previsti nelle CdC risultano già attivati nei Presidi Territoriali di Assistenza istituiti in Regione⁵⁶: i Punti Unici di Accesso, gli ambulatori, i punti prelievo e i Punti di Primo Intervento, dove operano i Medici di continuità assistenziale che garantiscono il servizio medico h12 diurno⁵⁷, riconoscendo quindi una preesistente struttura funzionalmente assimilabile alle CdC.

Tutte e tre le regioni recepiscono il modello *hub/spoke*, articolandone diversamente i contenuti. Lombardia e Sicilia condividono l'impianto delle macroaree funzionali, raggruppando le attività per ambito e descrivendo, per ciascuna area, sia i servizi erogati sia le figure professionali che li presiedono – come MMG/PLS, IFoC, specialisti, assistenti sociali). La differenza tra le due risiede nel raggruppamento delle aree stesse:

⁵² "L'articolazione in distretti delle Aziende Sanitarie territoriali è disciplinata da legge regionale, garantendo una popolazione minima di almeno sessantamila abitanti salvo che la regione/provincia autonoma, in considerazione delle caratteristiche geomorfologiche del territorio o della bassa densità della popolazione residente, disponga diversamente." *Piano della rete territoriale di assistenza Sicilia*, p. 23.

⁵³ Nello specifico: 12 su 55 distretti (22%) hanno più di 100.000 abitanti (previsti dal DM 77/22); 31 su 55 distretti (56%) hanno più di 60.000 abitanti (previsti dal D.Lgs. n. 229/99); *ibidem*.

⁵⁴ F Lonati, *op. cit.*, pp. 8-9.

⁵⁵ M. Noli, *op. cit.*, 2022.

⁵⁶ In ottemperanza della Legge 5/2009 e del DA 723/2010.

⁵⁷ *Piano della rete territoriale di assistenza Sicilia*, p. 5.

la Lombardia individua quattro macroaree principali – accesso e servizi amministrativi, assistenza primaria, specialistica ambulatoriale e diagnostica di base, prevenzione, integrazione con i servizi sociali e la comunità –, procedendo con una trattazione particolarmente dettagliata delle figure professionali e dei loro rapporti organizzativi⁵⁸; la Sicilia individua quattro macroaree – specialistica, cure primarie, assistenza di prossimità, servizi generali e logistici – suddividendo ciascuna in aree funzionali obbligatorie o facoltative a seconda del livello della struttura (*hub/spoke*) e del bacino di utenza⁵⁹. Il Veneto adotta invece una logistica diversa: anziché partire dalle macroaree, fissa per ogni CdC *hub* un nucleo minimo di livelli assistenziali obbligatori – assistenza di base e cure primarie, specialistica ambulatoriale, diagnostica di laboratorio e per immagini, con l'assistenza pediatrica come opzione – affidando la flessibilità organizzativa al c.d. modulo funzionale, che adatta l'offerta alla collocazione della struttura⁶⁰.

Sebbene il D.M. preveda l'apertura oraria h 24 su 7 giorni, la Lombardia assicura la Continuità Assistenziale nelle CdC alle 08:00 alle 20:00 (lunedì-venerdì) con la Continuità Assistenziale, per uno standard di 12h/die per prestazioni non differibili, rinviando la copertura h24 al numero 116117, tramite coordinamento dell'orario di apertura degli studi dei MMG o il supporto di altri medici delle AFT che afferiscono alla CdC⁶¹. In Veneto la presenza dei Medici del ruolo unico di assistenza primaria opera in continuativa per le 24 ore, organizzati esclusivamente nelle forme associative previste dagli Accordi Collettivi Nazionali⁶². In Sicilia risultano attivi oltre 400 presidi di Continuità Assistenziale con più medici di quelli teoricamente necessari secondo gli standard nazionali; il ruolo unico dell'assistenza primaria – accordi collettivi nazionali – inseriscono l'attività della Continuità assistenziale tra quelle dei AFT e dei team multiprofessionali. Questo aspetto cerca di risolvere la precedente situazione per cui MMG

⁵⁸ D.R.G Lombardia del 25 luglio 2022, pp. 6-16.

⁵⁹ *Piano della rete territoriale di assistenza Sicilia*, p. 62.

⁶⁰ Allegato A del D.G.R. Veneto n. 721 del 22 giugno 2023, p. 10.

⁶¹ D.R.G Lombardia del 25 luglio 2022, p. 11.

⁶² È previsto un accesso diretto per le prestazioni “non differibili”, dove la regione individua una serie di disturbi che devono essere presi in carico (c.d. codici Bianchi). Allegato A del D.G.R. Veneto n. 721 del 22 giugno 2023, p. 10.

e Guardia Medica sono due diversi professionisti che non collaborano tra loro: in questo modo vengono invece considerati parte dello stesso sistema⁶³.

La presenza dei MMG in Lombardia è incentivata tramite le Aggregazioni Funzionali Territoriali, rimandando però agli accordi collettivi e agli accordi regionali la loro collocazione organizzativa stabile; i medici afferenti alla CdC vengono distinti in medici con studio primario nella CdC e quelli collegati funzionalmente; in Veneto il D.G.R. integra esplicitamente le forme organizzative di assistenza primaria ai sensi dell'art 8 dell'ACN della Medicina Generale⁶⁴.

La Regione Sicilia presenta, ad oggi, un livello di implementazione delle Case della Comunità ancora limitato rispetto alla programmazione prevista, e rispetto alle altre due. Nel 2025 il monitoraggio AGENAS riportava la presenza di 12 strutture assimilabili alle Case della Comunità con almeno un servizio attivo, circa il 7,5% del totale programmato, mentre ulteriori 14 strutture risultano completate ma non ancora attive. Le 27 CdC attivate risultano essere quattro nell'ASP di Agrigento, due a Caltanissetta, due a Enna, quattro a Messina, cinque a Palermo, sette a Ragusa e tre a Trapani⁶⁵.

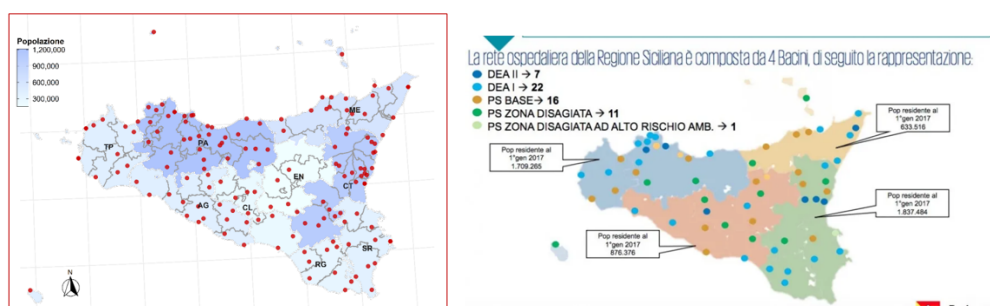


Figura 7 - rete territoriale e ospedaliera Regione Sicilia

La distribuzione territoriale evidenzia una maggiore concentrazione delle strutture nelle aree metropolitane di Palermo e Catania, mentre alcune delle zone interne della Regione, in particolare la provincia di Enna e parte dei territori di Trapani e Messina, presentano

⁶³ Piano della rete territoriale di assistenza Sicilia, p. 67.

⁶⁴ Allegato A del D.G.R. Veneto n. 721 del 22 giugno 2023, p. 8.

⁶⁵ Case e ospedali di comunità: già 57 strutture operative in Sicilia e spesa sopra la media nazionale, in Il giornale di Sicilia 2026, PalermoToday (<https://gds.it/articoli/politica/2026/04/15/case-e-ospedali-di-comunita-gia-57-strutture-operative-in-sicilia-e-spesa-sopra-la-media-nazionale-c4c8796f-79d0-41c2-b1f8-9191f107f5c2/>) e V. Buratti, La riforma della sanità territoriale: luci e ombre dei nuovi modelli organizzativi e assistenziali, in CERIDAP, 2/2025, p. 55.

una minore copertura, con un numero di strutture inferiore rispetto all'ampiezza del territorio servito. La sovrapposizione tra la distribuzione delle Case della Comunità e quella dei presidi ospedalieri mostra quindi una persistenza di squilibri territoriali nella localizzazione dell'offerta sanitaria, con una minore presenza di strutture nelle aree interne rispetto ai principali poli urbani.

L'analisi comparata delle tre Regioni mette in evidenza una possibile criticità trasversale nei processi di attuazione della Missione 6 del PNRR, riconducibile al disallineamento tra realizzazione delle strutture, attivazione dei servizi e disponibilità effettiva di risorse professionali, emergendo infatti come il progressivo avanzamento della componente infrastrutturale non sia sempre accompagnato da un equivalente livello di operatività delle Case della Comunità e degli altri presidi territoriali, con differenze significative sia nell'attivazione dei servizi sia nella dotazione di personale rispetto agli standard previsti dal D.M. n. 77/2022. La componente edilizia ed infrastrutturale è la più avanzata, condizionata dai vincoli e dalle scadenze del PNRR, mentre l'attivazione dei servizi base procede a velocità intermedia, con significative differenze tra Regioni. Se la Lombardia e il Veneto hanno raggiunto tassi di attivazione tra il 67% e il 72%, sui servizi più consolidati — come quello infermieristico, l'integrazione sociale o i servizi di specialistica — ma con gap rilevanti su altri, come il Punto Unico di Accesso in Veneto, la Sicilia è ancora in una fase iniziale della transizione.

Il processo di implementazione della riforma tende quindi a svilupparsi in modo non perfettamente uniforme, con livelli di avanzamento più marcati sul piano edilizio e organizzativo di base rispetto alla piena integrazione funzionale dei servizi territoriali⁶⁶.

Va segnalato che i dati attualmente disponibili consentono di misurare la presenza formale dei servizi dichiarati attivi, secondo dei questionari di monitoraggio somministrati da AGENAS e compilati dai referenti delle aziende sanitarie e validato da referenti regionali e provinciali con focus sulle funzionalità delle strutture e sui servizi erogati.

⁶⁶ A. Patanè, *La nuova sanità territoriale: la situazione della Regione Siciliana* in Corti Supreme e Salute, 1/2024, p. 108.

3.3. Infermieri di Famiglia e Comunità, indicatori di effettività e sostenibilità del modello territoriale

Il D.M. n. 77/2022 individua nell’Infermiere di Famiglia e Comunità (IFoC) una delle figure chiave del nuovo modello di assistenza territoriale, attribuendogli un ruolo centrale nell’organizzazione ed erogazione dei nuovi servizi di prossimità, prevedendo la sua figura nella maggior parte delle articolazioni assistenziali disciplinate dal Decreto e configurandolo come uno degli attori principali del processo di riorganizzazione della medicina territoriale⁶⁷.

3.3.1. Il modello previsto da AGENAS

All’interno della cornice del D.M. n. 77/2022, la figura dell’Infermiere di Famiglia o Comunità viene inserita in quasi tutti i contesti della rete territoriale, sfruttando la sua trasversalità: le modalità di impiego non sono fisse ma si declinano in ruoli differenti a seconda del *setting* in cui viene inserito, agendo sia come erogatore diretto di assistenza, che come *case manager* o come attivatore delle risorse della comunità. Inoltre, questo permette di operare in più modelli assistenziali, anche molto diversi tra loro, adattando la figura alla zona e al contesto territoriale di riferimento⁶⁸.

Nell’inserire l’Infermiere di Famiglia o Comunità all’interno della riforma, l’AGENAS ha pubblicato un documento tecnico che definisce le linee guida del nuovo modello Infermieristico, che in parte riprende le linee pubblicate da FNOPI nel 2020 a seguito del Decreto “Rilancio” n. 34/2020, e con la partecipazione di 10 Regioni, AIFEC e di alcune istituzioni universitarie⁶⁹. Il Documento definisce quindi i target di popolazione da

⁶⁷ Punto 10 dell’Allegato 1 del D.M. n. 77/2022.

⁶⁸ Position statement *l’infermiere di famiglia e di comunità*, in Gli E-book FNOPI – *Empowering nurse* 2020, p. 13.

⁶⁹ S. Neri, *Gli infermieri di famiglia e di comunità in Italia tra ambiguità e opportunità di sviluppo*, in la Rivista delle Politiche Sociali, 1/2025, p. 10.

intercettare, i livelli epidemiologici di intervento e il calcolo del personale necessario a garantire la sostenibilità del sistema.

Inserendosi in un contesto di forte modificazione a livello demografico con un aumento della cronicità e multimorbilità di una popolazione sempre più anziana, l'AGENAS definisce l'IFoC come il professionista in grado di garantire la continuità assistenziale dentro le mura domestiche (la casa come primo luogo di cura) e di presidiare le transazioni tra le diverse aree della rete territoriale ed ospedaliera, non essendo quindi solo esecutore delle prestazioni assistenziali infermieristiche –attività terapeutiche e riabilitative – ma anche il responsabile dell'orientamento del paziente all'interno del sistema dei servizi⁷⁰. Infatti, a differenza dell'infermiere domiciliare tradizionale, che ha un ruolo prestazionale intervenendo sul bisogno clinico manifesto su indicazione del medico⁷¹, l'IFoC interviene in una dimensione proattiva di iniziativa operando tramite la stratificazione della popolazione, al fine di identificare gruppi a diverso livello di rischio e bisogno e modulare l'intensità degli interventi, intercettando precocemente i bisogni ed i fattori di rischio per ridurre riacutizzazioni, complicanze e ricoveri evitabili⁷². Visto il vasto campo di intervento e le differenze tra territori, l'AGENAS individua la possibilità di individuare inizialmente alcune popolazioni prioritarie verso cui indirizzare con maggiore intensità gli interventi, senza però che questo incida sul resto della comunità⁷³.

L'intervento dell'IFoC viene individuato su tre livelli⁷⁴: ambulatoriale, domiciliare e comunitario, e una funzione trasversale di consulenza e monitoraggio nelle strutture residenziali e intermedie al fine di garantire continuità assistenziale nei passaggi di cura. Il livello ambulatoriale è rivolto all'orientamento e alla proattività, tramite una gestione ad accesso diretto, inserendosi nel quadro delle prestazioni di prevenzione ed assistenza di base del D.P.C.M. 2017: in questo campo la funzione dell'IFoC è quella di informare l'utente sulla rete distrettuale e di attivare la presa in carico proattiva di pazienti cronici stabili ma fragili; l'obiettivo è quello di rendere la persona più consapevole e autonoma

⁷⁰ Documento tecnico linee di indirizzo dell'Infermiere di Famiglia e Comunità, AGENAS 2022, pp. 7-9.

⁷¹ Le cure fondamentali nell'assistenza infermieristica domiciliare: protocollo di studio qualitativo, FNOPI in Scienze Infermieristiche n. 1, 2026, pp. 28-37.

⁷² Documento tecnico linee di indirizzo dell'Infermiere di Famiglia e Comunità, AGENAS 2022, p. 9.

⁷³ *Ibidem*.

⁷⁴ Ivi, pp. 9-11.

nella gestione della propria salute, instaurando una collaborazione attiva con i professionisti sanitari e valorizzando il supporto offerto dalle reti di auto-aiuto presenti sul territorio. Il secondo livello – presso il domicilio – permette di intercettare i bisogni inespresi tramite una visita nell’abitazione, concordando le azioni necessarie per il mantenimento della salute tramite un rafforzamento dell’autonomia del paziente, evitando così impropri ricoveri in struttura; nei casi di medio-alta intensità è possibile valutare l’attivazione dell’Assistenza domiciliare integrata. Inoltre, l’infermiere supporta e istruisce il *caregiver*, promuovendo l’autonomia del nucleo familiare, e seleziona gli strumenti più idonei di teleassistenza e monitoraggio a distanza. Infine, a livello comunitario l’IFoC adotta un approccio trasversale su tutta la rete della collettività, collaborando con gli enti locali e le scuole su progetti di promozione della salute, trasformando il lavoro di rete in un “modo d’essere degli operatori”⁷⁵. In questo senso, l’Infermiere di Famiglia o Comunità collabora inoltre con le altre figure professionali territoriali – come MMG ed assistenti sociali – mappando e valutando le risorse e le potenzialità dei servizi, ma anche del paziente, della sua famiglia e dell’intera collettività: ponendo la persona al centro e attivando una sinergia tra forze, mezzi e strategie per offrire risposte concrete e vicine ai bisogni reali⁷⁶.

Il modello organizzativo vede l’Infermiere di Famiglia e Comunità come dipendente del Sistema sanitario regionale e operante sotto il coordinamento del Distretto⁷⁷, inserendosi nella rete dell’organizzazione sanitaria territoriale. In particolare, l’IFoC si inquadra nell’ambito delle Centrali Operative Territoriali (COT), di cui costituisce l’articolazione operativa sul territorio, attivandosi nelle situazioni di presa in carico complessa e nell’intercettazione dei bisogni segnalati dalla rete sociale, assumendo inoltre il ruolo di coordinatore infermieristico aziendale per la gestione della COT e il coordinamento del personale⁷⁸.

⁷⁵ Ivi, p. 11.

⁷⁶ Ivi, pp. 9-11.

⁷⁷ Dove garantisce l’assistenza primaria e la continuità assistenziale a domicilio e in ambulatorio, tramite la collaborazione con gli altri professionisti; punto 4 dell’Allegato 1, D.M. n. 77/2022. Per l’analisi dei dati relativi alla consistenza numerica del personale previsto nel D.M. n. 77/2022 si veda il Capitolo 2.3.2.1.

⁷⁸ Punto 8 dell’Allegato 1, D.M. n. 77/2022.

Nelle Case della comunità e negli Ospedali di comunità la figura dell'IFoC non opera più solo in modalità itinerante sul territorio, ma viene inserita all'interno delle strutture come uno dei principali attori gestionali ed assistenziali delle due strutture. Nelle CdC, sia *hub* che *spoke*, l'Infermiere opera come presenza stabile nelle *equipe* multiprofessionali⁷⁹, facilitando l'accesso dei cittadini ai percorsi di prevenzione, presa in carico e continuità assistenziale; inoltre, muovendosi in una direzione proattiva sfrutta la stratificazione della popolazione e la valutazione multidimensionale per intercettare precocemente le situazioni di cronicità e fragilità, attivando quando necessario il Piano Assistenziale Individualizzato.

All'interno degli Ospedali di Comunità, l'IFoC opera in un *setting* di degenza a bassa-media intensità, garantendo l'assistenza infermieristica continuativa e una gestione clinico-assistenziale stabile e fortemente orientata alla stabilizzazione del paziente e alla riabilitazione breve, gestendo la cronicità e le riacutizzazioni minori attraverso l'applicazione dei protocolli idonei all'interno della struttura. L'intero percorso è completato dall'IFoC sul piano delle buone pratiche assistenziali, applicando la gestione del rischio clinico e il tracciamento degli indicatori di esito, come l'appropriatezza della durata della degenza e il tasso di riammissioni ospedaliere in trenta giorni. Una funzione cardine è quella di coordinatore multiprofessionale, dove l'IFoC si trova non solo a collaborare con il referente medico della struttura e gli altri operatori sanitari, ma mantiene anche una continuità informativa costante con le CdC e le Centrali operative territoriali⁸⁰.

⁷⁹ Nelle *equipe* multiprofessionali l'IFoC ha il "ruolo centrale all'interno dell'*équipe* multidisciplinare, funge da collegamento tra paziente, famiglia, comunità e i diversi servizi sanitari e sociali. Svolge un ruolo funzionale, di programmazione, di progettazione e assistenza infermieristica sia direttamente, che indirizzando ulteriori erogatori (processo multilivello), e contribuendo alla valutazione dei bisogni della persona nel contesto di vita, condividendo le informazioni con gli altri membri dell'*équipe*. Pianifica e attua gli interventi assistenziali, garantendo continuità delle cure e coordinando le attività sul territorio. Favorisce la comunicazione tra i membri dell'*équipe*, in quanto grazie alla sua visione globale della persona e allo stretto contatto con l'utenza, con la famiglia e con la comunità è in grado di monitorare l'andamento dei programmi di cura intrapresi dall'*équipe*." AGENAS, *Le équipe multiprofessionali e multidisciplinari nelle Case della Comunità, Linee di indirizzo tecniche* p. 11.

⁸⁰ Punto 11 dell'Allegato 1, DM n. 77/2022.

3.3.1. Diffusione e impiego dell'IFoC nell'attuazione regionale

La figura dell'Infermiere di Famiglia o Comunità si inserisce in linea con il cambio di paradigma delle politiche sociosanitarie territoriali, il cui obiettivo è spostare il *focus* dalla cura dell'acuto e dall'ospedalizzazione alla prevenzione, traferendo l'assistenza in questa dimensione⁸¹; in tal senso l'adozione di strumenti di *telenursing* si è rivelata fortemente d'aiuto⁸². Gli strumenti di telemedicina (teleassistenza, teleconsulto, telemonitoraggio e telerefertazione) da un lato agevolano l'educazione terapeutica di pazienti e *caregiver* nella gestione dell'assistenza quotidiana e, dall'altro, il monitoraggio da remoto dei parametri clinici – come glicemia, saturazione, frequenza cardiaca ed evoluzione delle lesioni – permette di intercettare precocemente tutti i fattori di rischio, riducendo così gli spostamenti dei pazienti – spesso anziani – nonché i costi assistenziali e le ospedalizzazioni inappropriate⁸³.

L'implementazione dell'IFoC, all'interno del servizio di assistenza sanitario territoriale, è rimessa alla *governance* delle singole regioni con modelli eterogenei tra loro: alcune regioni ne hanno infatti dato attuazione sulla base di modelli organizzativi e sperimentazioni preesistenti – spesso a seguito del Decreto “Rilancio” n. 34/2020 –, inserendo successivamente l'IFoC all'interno del nuovo modello delineato del D.M. n. 77/2022⁸⁴. Nel recepire il D.M. la figura dell'IFoC ha trovato collocazioni diverse, in

⁸¹ S. Neri, *Gli infermieri di famiglia e di comunità in Italia tra ambiguità e opportunità di sviluppo*, in *La rivista delle politiche sociali*, 1/2025, p. 1 e G. Romigi, L. Fabriani, *L'Infermiere di Comunità, il Telenursing e il PNRR: punti di convergenza*, in *Diritto sanitario e Moderno*, 69/2021, pp. 261-262.

⁸² S. Neri, *op. cit.*, p. 1.

⁸³ G. Romigi, L. Fabriani, *op. cit.*, pp. 261-262.

⁸⁴ Precedenti al Decreto n. 34/2020, la Regione Toscana con la delibera n. 597/2018; mentre i successivi sono, in Sicilia con il D.A. n.989 del 29/09/2021, che ha recepito il D.L. 19/05/2020, n. 34 sulle linee guida del documento sulle *Linee di indirizzo dell'Infermiere di Famiglia/comunità ex L.17 luglio 2020 n.77*, approvate in sede di Conferenza delle Regioni e delle Province Autonome del 10 settembre 2020. In Lombardia la cornice è stata definita per via normativa, l'art 10 della Legge Regionale n. 33/2009 dall'art. 14, comma 1, lett. e) della L.R. 14 dicembre 2021, n. 22 e successivamente modificato dall'art. 13, comma 1, lett g) della L.R. 20 maggio 2022, n. 8, recante “Nell'ambito del sistema delle cure primarie, governato dalle ASST territorialmente competenti, sono istituiti i servizi di infermiere di famiglia e di comunità, di ostetrica e delle professioni sanitarie, intesi come singoli o associati a disposizione del cittadino, dei medici di cure primarie e delle autonomie locali”.

alcuni casi nell'ambito di una sezione specifica ed autonoma, mentre in altri venendo assorbita direttamente all'interno dei *setting* assistenziali della CdC o della COT⁸⁵.

In assenza di standard nazionali uniformi⁸⁶, le Regioni hanno intrapreso percorsi attuativi differenti sull'Infermiere di Famiglia o Comunità, adattando modelli organizzativi e strumenti operativi alle proprie specificità e necessità territoriali. Alcune realtà, come il Veneto, hanno introdotto un modello nuovo costruendolo progressivamente con i territori e il coinvolgimento delle figure interessate. Il D.G.R. n. 1123 del 19 settembre 2023 indica i soggetti a cui l'IFoC si rivolge come le persone non eleggibili per l'ADI, la gestione in strutture intermedie-residenziali o *setting* specialistici o per acuti, evidenziando così la posizione intermedia del IFoC tra il MMG e l'ADI⁸⁷. Inoltre, il documento stabilisce che l'IFoC “prende in cura direttamente i casi più complessi corrispondenti a scarsa adesione ai trattamenti clinici ed elevati livelli di fragilità individuale e familiare, mentre gli Infermieri del Territorio prendono in carico i casi meno complessi, ricorrendo alla consulenza infermieristica del IFoC qualora diventi necessario il ricorso a competenze avanzate possedute dall'IFoC⁸⁸”.

In Toscana l'implementazione dell'IFeC è stata definita con la D.G.R. n. 597/2018 e successivamente recepiti dalle Aziende USL Toscana; l'Azienda USL Toscana Nord-Ovest nel 2020 ha avviato un progetto pilota esteso a tutte le zone del territorio, con un'iniziativa ancora oggi attiva⁸⁹. Il progetto toscano prevede che l'IFeC lavori all'interno del *Chronic Care Mode*⁹⁰, assegnando la gestione della cronicità ad un team multiprofessionale con integrazione sanitaria e sociosanitaria e costruendo una rete

⁸⁵ Tra i casi in cui non si dedica una sezione a parte, in Lombardia il “modello organizzativo di case di comunità, ospedali di comunità e centrali operative territoriale” prevede la figura dell'IFoC nella trattazione delle CdC; al contrario sia in Veneto (Allegato A del DGR n. 721 del 22 giugno 2023) che in Sicilia nel “Patto della rete territoriale di assistenza” viene dedicata all'Infermiere di Famiglia e Comunità una sezione specifica.

⁸⁶ I. Gabutti, A. di Pofi, L. Martini, R. Biaggi, L. Apuzzo, G. Menin, M. P. Fantini, *L'infermiere di comunità come modello organizzativo: l'esperienza di tre Regioni*, in Studi di teoria e ricerca sociale, 2/2024, p. 20.

⁸⁷ E. Fanton, G. Vanzetto, J. Longhini, E. Allegrini, C. Costa, *La definizione dell'ambito di attività dei Servizi di infermieristica di famiglia o comunità: l'esperienza della Regione del Veneto*, in Assistenza infermieristica e ricerca, vol. 45, 1/2026, pp. 14-23.

⁸⁸ Allegato A D.G.R. n. 1123 del 19 settembre 2023, p. 19.

⁸⁹ Azienda USL Toscana nord ovest - Infermieristica di famiglia e di comunità <https://www.uslnordovest.toscana.it/percorsi-assistenziali/ifec-infermieristica-di-famiglia-e-di-comunita>

⁹⁰ Allegato 1 *infermiere di famiglia e comunità*, Azienda USL Toscana nord ovest, p. 1.

articolata su più livelli (Unità operativa semplice e complessa, Dipartimento e Azienda) di infermieri ospedalieri o territoriali, attivabili su richiesta del Infermiere di Famiglia e Comunità, per garantire una risposta ad alta complessità⁹¹.

In Emilia-Romagna si sono avviate diverse sperimentazioni, tra cui il progetto sperimentale avviato dall'AUSL Romagna nel 2023⁹². Sebbene il progetto prevedesse, per il primo anno di attivazione, delle responsabilità dell'IFoC concentrate verso un approccio proattivo e di comunità, e quindi ad una lettura del contesto, stratificazione del rischio, promozione della salute e dei corretti stili di vita, orientando ed integrando altre figure del distretto e della COT⁹³, è emerso come il carico assistenziale abbia mantenuto il ruolo degli infermieri a mansioni tradizionali prevalentemente di tipo ambulatoriale, ostacolando di fatto l'evoluzione del modello proattivo e coordinativo⁹⁴.

L'eterogeneità applicativa rischia però di disperdere il ruolo di prossimità, proattività ed integrazione dell'IFoC⁹⁵. Inoltre, la mancanza di indicatori di esito nazionali rende impossibile mappare l'andamento del ruolo su tutto il territorio nazionale: mancano infatti strumenti capaci di misurare l'impatto reale della figura dell'IFoC sulla persona, la famiglia, i *caregiver* e la comunità, e che diano voce all'esperienza dei pazienti e al carico assistenziale di chi li affianca⁹⁶. Implementare questi indicatori permetterebbe di orientare i modelli regionali verso risultati più omogenei, riconoscendone il contributo specifico⁹⁷.

3.3.1. Distanza tra funzione prevista e funzione esercitata

L'implementazione della figura professionale dell'Infermiere di famiglia o di comunità presenta una serie di difficoltà.

⁹¹ Ivi, p. 6.

⁹² M. Fantini, G. Fiorentini, M. Giachello, R. Grilli, C. Ugolini, G. Vallicelli, *L'Infermiere di famiglia e comunità in Romagna: il primo anno di sperimentazione*, in N. Caravaggio, G. Lamura, R. Graziosi, G. Resce (a cura di), *Per una longevità sostenibile. L'assistenza sanitaria e sociale agli anziani in un paese che invecchia*, il Mulino, 2026, pp. 89-115.

⁹³ Ivi, p. 94.

⁹⁴ Ivi, p. 89.

⁹⁵ M. Fantini, G. Fiorentini, M. Giachello, R. Grilli, C. Ugolini, G. Vallicelli, *op. cit.*, p. 20.

⁹⁶ Ivi, p. 112.

⁹⁷ *Ibidem* e M. Fantini, G. Fiorentini, M. Giachello, R. Grilli, C. Ugolini, G. Vallicelli, *op. cit.*, p. 20.

Un primo elemento di criticità si può individuare nel rischio di sovrapposizione con l'Assistenza Domiciliare Integrata; le due figure pur operando entrambe sul territorio presentano caratteristiche differenti: l'ADI è infatti concentrata su prestazioni domiciliari complesse per pazienti con bisogni clinici elevati⁹⁸, mentre l'IFoC dovrebbe agire in modo proattivo su cronicità a bassa-media intensità, prevenzione ed *empowerment* del paziente. In assenza di un riconoscimento formale e contrattuale della professione, la flessibilità d'impiego degli altri infermieri finisce con riassorbire l'IFoC nelle attività prestazionali tipiche dell'ADI e dell'infermieristica territoriale, limitando lo spazio per una dimensione orientata alla proattività, prevenzione e lavoro di comunità⁹⁹. Il D.M. n. 77/2022 attribuisce all'IFoC un ampio ruolo in tutti i *setting* distrettuali – domicilio, ambulatorio, strutture residenziali e semiresidenziali – ma definendo degli standard generici per l'infermieristica territoriale attenua la specificità degli IFoC, favorendo una sovrapposizione con la figura dell'infermiere territoriale, soprattutto in un contesto, come quello attuale, segnato da una pressante domanda di assistenza clinica¹⁰⁰. L'attività di prevenzione, promozione della salute e lavoro di comunità rischiano di essere così sacrificate a favore della risposta immediata ai bisogni assistenziali¹⁰¹. Queste ambiguità concettuali e organizzative, sommate alla scarsità cronica di infermieri, incidono negativamente sull'implementazione regionale, rallentando lo sviluppo delle *equipe* dedicate e rendendo disomogenee le pratiche perequative ed allontanando l'IFoC dagli obiettivi per cui era stato concepito¹⁰².

Ulteriori problemi nascono anche nei rapporti con altre specializzazioni; in Toscana, a seguito del programma di attuazione delle linee guida AGENAS del D.G.R. n. 1573/2024, la Federazione nazionale degli ordini tecnici sanitari di radiologia medica e delle professioni sanitarie tecniche, della riabilitazione e della prevenzione, con una nota

⁹⁸ M.A. Sandulli (introduzione), *L'assistenza domiciliare integrata esperienze, problemi e prospettive atti del webinar del 18 ottobre 2020*, in M.A. Sandulli (a cura di), *I Report del CeSDirSan*, 2020, pp. 1-25.

⁹⁹ S. Neri, *op. cit.*, p. 60.

¹⁰⁰ Il caso di studio esaminato in M. Fantini, G. Fiorentini, M. Giachello, R. Grilli, C. Ugolini, G. Vallicelli, *op. cit.*, pp. 89-114, individua bene come, nonostante la previsione della figura dell'IFoC come figura di raccordo tra i diversi servizi e supporto alla presa in carico assistenziale, l'attività a causa del carico assistenziale tende a ridursi principalmente all'assistenza di tipo ambulatoriale. M. Fantini, G. Fiorentini, M. Giachello, R. Grilli, C. Ugolini, G. Vallicelli, *op. cit.*, p. 89.

¹⁰¹ S. Neri, *op. cit.*, pp. 60-61.

¹⁰² Ivi, pp. 60-61 e F. Pesaresi, *Il dm 77/2022 sull'assistenza sanitaria territoriale cit.*, p. 177.

ufficiale del 21 gennaio 2025 ha denunciato come il percorso formativo della regione consentisse di acquisire competenze professionali che la legge già attribuisce in via esclusiva ad altre figure sanitarie (quali assistenti sanitari, educatori professionali e terapisti occupazionali), senza che l'attuale quadro normativo dell'infermieristica ne legittimi l'esercizio. Secondo la FNO TSRM-PSTRP questo crea il rischio che lo stesso recepimento venga attuato in analogia da altre Regioni, cosa che potrebbe compromettere le prerogative di queste professioni¹⁰³.

Il modello, infine, si scontra con un problema sempre più evidente di mancanza del personale infermieristico¹⁰⁴. Ad oggi, in Italia, si stima la presenza di 6,5 infermieri per 1000 abitanti¹⁰⁵, contro un sempre maggiore numero di medici, con un volume di neolaureati pari a circa il doppio di quello registrato nei corsi di laurea in infermieristica. Questo dato è probabilmente il riflesso di una professione che fatica ad attrarre nuovi ingressi, dovuto allo squilibrio di forza lavoro causato dal massiccio pensionamento e dalla crescente migrazione verso altri Paesi europei – dove gli infermieri percepiscono una retribuzione mediamente superiore del 20% rispetto a quella italiana¹⁰⁶.

Il calo dei neolaureati porta ad una stima di circa 85.000 futuri infermieri in ingresso per il periodo del 2017-2021, dato che deve essere letto tenendo conto del numero di infermieri che si spostano dal pubblico al privato¹⁰⁷, che si rapporta a circa 26.000 pensionamenti – nello stesso periodo –, contro un fabbisogno di almeno 88.000. I nuovi ingressi non sembrano quindi sufficienti a compensare le uscite dal sistema e a colmare il bisogno di personale infermieristico¹⁰⁸. A fronte di questa crisi c'è anche un evidente problema di programmazione accademica, che attualmente accoglie solo 15.000 laureati – con una domanda di 18.000 – per via dei limiti strutturali legati ai tirocini; a questo dato

¹⁰³ S. Neri, *op. cit.*, p. 62.

¹⁰⁴ C. Buongiorno Sottoriva, R. Montanelli, M. Sartirana, F. Vidè, *Reclutamento e selezione del personale infermieristico: quali leve organizzative?*, in Rapporto OASI, 3/2025 p. 4.

¹⁰⁵ A fronte della media Europea di 8,4. Secondo l'OCSE il valore medio da raggiungere è pari a 8,8 infermieri ogni 1.000 abitanti.

¹⁰⁶ C. Buongiorno Sottoriva, R. Montanelli, M. Sartirana, F. Vidè, *op. cit.*, p. 4.

¹⁰⁷ *Ibidem*.

¹⁰⁸ Per la prima volta nel 2021 il numero degli infermieri neolaureati è sceso sotto i 10.000. considerando circa 26.018 pensionamenti nel periodo 2021-2027 e un fabbisogno di almeno 88.000 infermieri, gli 85.000 neolaureati, previsti negli stessi anni, non sarebbero in grado di compensare le uscite dal sistema. F. Pesaresi, *Il dm 77/2022 sull'assistenza sanitaria territoriale in Welfare ebook n. 7/2022* p. 184.

si aggiungere il preoccupante tasso di abbandono nella triennale, che oscilla tra il 25 e il 33%¹⁰⁹.

Il rischio è che, se i numeri nei prossimi anni non cambieranno, le difficoltà si cronicizzeranno, aggravando un deficit strutturale già grave, rendendo sempre più difficile la realizzazione della riforma sanitaria del territorio, che vede proprio nell'infermiere di Famiglia e Comunità il suo attore principale¹¹⁰.

3.3.1. Integrazione tra Case della Comunità e professionisti: teoria vs realtà

Il punto di forza della Casa della Comunità è l'azione coordinata della rete multiprofessionale volta a garantire una risposta ai bisogni di salute. All'interno di questo modello, il MMG e il PLS operano come referenti clinici principali, curando il rapporto fiduciario con l'assistito, occupandosi di prevenzione, diagnosi, gestione delle acuzie e presa in carico della cronicità; a questi si affianca il Medico di Medicina di Comunità e delle Cure primarie che unisce le funzioni cliniche degli ambulatori alle competenze di sviluppo e governo dei percorsi territoriali. La risposta ai bisogni assistenziali trova la sua maggiore integrazione nella componente infermieristica, che trova nell'IFoC il punto di collegamento tra l'*équipe* e il contesto di vita del paziente¹¹¹.

A queste figure si aggiungono le figure professionali sanitarie, con competenze tecnico-scientifiche, e lo psicologo, il cui supporto si rivolge alle componenti psicologiche delle malattie somatiche e ai cosiddetti "disturbi emotivi comuni" come ansia e depressione, oltre a orientare l'assistito verso i servizi di secondo livello¹¹². L'integrazione

¹⁰⁹ F. Pesaresi, *Il dm 77/2022 sull'assistenza sanitaria territoriale* cit., pp. 184-186.

¹¹⁰ Ivi, pp. 184-187.

¹¹¹ AGENAS, *Le équipes multiprofessionali e multidisciplinari nelle case della comunità, Linee di indirizzo tecniche*.

¹¹² A. Saponaro, F. Franchi, L. Brambatti, G. Gibertoni, B. Leonardi, F. Lucchi, P. Ugolini, *Dal Decreto alla Comunità. Nuovi standard organizzativi per la Salute mentale, Dipendenze patologiche e Salute nelle carceri*, in *La sfida delle Case della Comunità*, Sestante 14, 2024, p. 3.

sociosanitaria avviene con l'Assistente sociale, che lavora tramite valutazione multidimensionale e la collaborazione degli Enti locali per integrare interventi personalizzati¹¹³.

All'interno di questa rete però, l'integrazione del Medico di Medicina Generale presenta una delle maggiori criticità sul piano organizzativo e lavorativo. Già in passato si era evidenziata la necessità di superare il modello del Medico di base che opera in un contesto isolato, con quello di un Medico di Medicina Generale che lavora all'interno di strutture territoriali integrate¹¹⁴. Il quadro normativo recente sembra muoversi in questa direzione: a partire da gennaio 2025, il nuovo Accordo Collettivo Nazionale introduce il ruolo unico del medico di assistenza primaria¹¹⁵ – obbligatorio per i nuovi MMG e facoltativo per chi già in attività – prevedendo una divisione del tempo di lavoro nei propri studi e nelle aggregazioni funzionali territoriali (AFT); passando così da una logica orientata alla libera scelta del professionista a una programmazione regionale più stringente, con l'obiettivo di distribuire i medici secondo i bisogni assistenziali della popolazione¹¹⁶. Tuttavia, sia l'ACN che il D.M. n. 77/2022 restano poco puntali sul ruolo che il MMG dovrà effettivamente ricoprire all'interno della Casa della Comunità¹¹⁷, venendo infatti fisso l'obbligo di presenza all'interno della struttura e il un numero di 1.200 pazienti per medico; per i nuovi medici l'impegno lavorativo previsto è di 38 ore settimanali, comprendendo sia l'attività verso i pazienti in carico che quella presso il distretto e le strutture pubbliche, con una progressiva riduzione delle ore in rapporto al numero di assistiti¹¹⁸.

¹¹³ AGENAS *Le équipes multiprofessionnelles et multidisciplinaires dans les maisons de santé* cit.

¹¹⁴ A. Viscomi, *Tra ambulatorio e territorio: lavoro e organizzazione del lavoro del medico di medicina generale*, in *Il lavoro nelle pubbliche amministrazioni*, 3/2023, pp. 509-510.

¹¹⁵ Art. 31 dell'Accordo collettivo nazionale per la disciplina dei rapporti con i medici di medicina generale, triennio 2022-2024.

¹¹⁶ Artt. 31-34 dell'Accordo collettivo nazionale per la disciplina dei rapporti con i medici di medicina generale, triennio 2022-2024.

¹¹⁷ I. Ciolli, *I medici di medicina generale e il servizio sanitario nazionale. Una prospettiva costituzionale*, in *Istituzioni del Federalismo*, 4/2024, p. 662.

¹¹⁸ Art. 31 dell'Accordo collettivo nazionale per la disciplina dei rapporti con i medici di medicina generale, triennio 2022-2024; V. Mapelli, *L'assistenza primaria in Italia (1943-2023): dal medico generico alle case della comunità*, in *Politiche sanitarie 2025*, p. 64.

Il D.M. n. 77/2022 prevede che gli studi dei Medici di Medicina Generale siano collocati all'interno delle CdC, con la possibilità di derogare alla previsione per ragioni di opportunità restando funzionalmente collegati alle CdC mediante adeguati strumenti di rete, ma limitando – «insieme al non-obbligo contrattuale per i MMG di operare in esse»¹¹⁹ – la presenza determinate del MMG all'interno delle strutture¹²⁰. La Casa della Comunità si configura infatti come luogo di coordinamento ed integrazione dei servizi sanitari e sociali, dove il modello di intervento è integrato e multidisciplinare, imponendo un'azione tra MMG, PLS, IFoC, infermieri territoriali, specialisti e assistenti sociali; in questo modo il ruolo del MMG non si esaurisce nella gestione del proprio ambulatorio, ma si integra in un contesto organizzativo più ampio¹²¹.

L'integrazione si scontra anche con la natura stessa del lavoro da generalisti che non è subordinato ma “semi-libero”¹²² professionale; i MMG sono infatti lavoratori autonomi che si autodeterminano nell'esecuzione della propria prestazione¹²³, incidendo direttamente sul problema dei tempi e dei ruoli in quanto l'autonomia organizzativa del MMG mal si concilia con la programmazione oraria e la turnazione richiesta da strutture come le CdC¹²⁴.

Un'ulteriore distinzione emerge nel confronto tra Medico di Medicina Generale e lo Specialista Ambulatoriale chiamato ad operare all'interno della Casa della Comunità: mentre il MMG esercita un'attività da libero-professionista, contrattualizzata e regolata dall'apposito Accordo Collettivo Nazionale, lo Specialista opera in regime di parasubordinazione, con disciplina che si dovrebbe adeguare al D.lgs. n. 165/2001 sul pubblico impegno¹²⁵. I due professionisti si collocano infatti ad una diversa distanza dal modello organizzativo della struttura, dove lo specialista risulta più vicino all'impiego

¹¹⁹ Ivi, p. 70.

¹²⁰ *Ibidem*.

¹²¹ A. Viscomi, *op. cit.*, p. 521.

¹²² V. Mapelli, *op. cit.*, p. 60.

¹²³ *Ibidem*.

¹²⁴ Il tema dei tempi si inserisce in un discorso più ampio delle forme associative previste dagli ACN disciplinando il coordinamento degli orari e la condivisione di personale e strumentazione, lasciando i medici operare nei propri studi nei casi di medicina di associazione e di rete, e prevedendo degli studi unici per la medicina di gruppo. Ivi, p. 64.

¹²⁵ A. Viscomi, *op. cit.*, p. 519.

pubblico rispetto al generalista; questa distinzione presenta però dubbi di razionalità sul piano giuridico in quanto anche il medico parasubordinato è a tutti gli effetti un lavoratore autonomo. Ciò che distingue le due figure non è quindi la natura del rapporto ma la diversa rilevanza che assumono le determinazioni organizzative dell'Azienda sanitaria¹²⁶. Gli specialisti vengono infatti assoggettati ad un forte potere da parte dell'Azienda sanitaria, che ne determina gli orari, le attività, assicurando loro i mezzi di produzione necessaria¹²⁷; al contrario il MMG è tenuto a disporre di un proprio ambulatorio e delle proprie attrezzature, seppur riconosciuti come presidi del SSN¹²⁸.

Resta tuttavia irrisolta la questione della carenza di personale, problema che rischia di mettere in crisi l'attuazione della Riforma¹²⁹. Sul versante medico, i dati SISAC elaborati dalla Fondazione Gimbe segnano una diminuzione del 14,1% dal 2019 al 2024¹³⁰, carenza che nasce da un lato dall'alto numero di pensionamenti che non trovano un ricambio generazionale che riesca a compensare l'uscita, dall'altro dalla scarsa attrattiva della professione¹³¹. Situazione che si colloca in un contesto demografico in cui la popolazione invecchia sempre di più con circa il 24% degli over 65¹³², di cui oltre la metà con una o più malattie croniche¹³³.

¹²⁶ *Ibidem*.

¹²⁷ *Ibidem*.

¹²⁸ V. Mapelli, *op. cit.*, p. 60.

¹²⁹ F. Pesaresi, *op. cit.*, p. 182.

¹³⁰ *I medici di famiglia sono sempre meno. Gimbe: "Ne mancano oltre 5.700, carenze in 18 Regioni"* in *QuotidianoSanità.it*, <https://www.quotidianosanita.it/studi-e-analisi/i-medici-di-famiglia-sono-sempre-meno-gimbe-ne-mancano-oltre-5-700-carenze-in-18-regioni/>.

¹³¹ A testimonianza, nel 2023 il concorso in Lombardia per i MMG ha avuto 48 partecipanti su 424 posti. <https://www.lanotiziogiornale.it/medici-di-base-in-fuga-in-48-per-424-posti-al-bando-in-lombardia/> in A. Viscomi, *op. cit.*, p. 513.

¹³² Rapporto ISTAT, indicatori demografici 2025.

¹³³ Comunicato stampa, *Crisi dei medici di famiglia: ne mancano oltre 5.700, carenze in 18 regioni. Sale la pressione sui mmg: 1.383 assistiti in media, ben oltre il rapporto ottimale di 1.200 per medico. Entro il 2028 previsti 8.180 pensionamenti, mentre calano le nuove leve. Ipotesi di riforme senza visione d'insieme*, 17 marzo 2026 - Fondazione GIMBE, Bologna, p. 2.

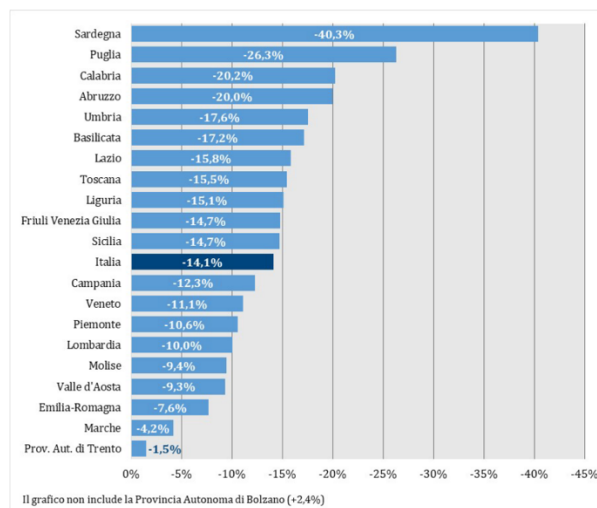


Figura 8 - Riduzione percentuale del numero di MMG: 2024 vs 2019 (dati SISAC)

Il massimale dei MMG fissato dall'ANC è di 1.500 assistiti per MMG, con la possibilità di portalo a oltre 1.800 casi tramite deroghe locali; nel 2026 si registra un MMG ogni 1.200 residenti; questo dato confrontato con il dato del 2024 di 1.000 mostra le aree in cui il numero di MMG risulta insufficiente rispetto al fabbisogno¹³⁴. Secondo i dati SISAC, nel 2024 la media nazionale era di un MMG ogni 1.383 assistiti, con marcate differenze regionali¹³⁵; fissando il rapporto ottimale a 1.200¹³⁶ la carenza complessiva che si stima – sulla base dei dati raccolti nel 2024 – è di 5.716 Medici di medicina generale¹³⁷. Questa situazione rende molto difficile la realizzazione del fabbisogno stimato del 40%, per coprire le 12 ore quotidiane di apertura delle strutture¹³⁸. In questa situazione si affianca l'analoga, se non peggiore, situazione del personale infermieristico, su cui il modello della CdC poggia in misura determinate¹³⁹.

¹³⁴ *Ibidem*.

¹³⁵ Ivi, p. 3.

¹³⁶ Fondazione GIMBE

¹³⁷ Le regioni che soffrono di più la mancanza di medici sono, Lombardia (-1.540), Veneto (-747), Campania (-643), Emilia-Romagna (-502), Piemonte (-463), Toscana (-394) e Lazio (-358). Comunicato stampa, *Crisi dei medici di famiglia: ne mancano oltre 5.700, carenze in 18 regioni. Sale la pressione sui mmg: 1.383 assistiti in media, ben oltre il rapporto ottimale di 1.200 per medico. Entro il 2028 previsti 8.180 pensionamenti, mentre calano le nuove leve. Ipotesi di riforme senza visione d'insieme*, 17 marzo 2026 - Fondazione GIMBE, Bologna, p. 3.

¹³⁸ V. Mapelli, *op. cit.*, p. 80.

¹³⁹ F. Pesaresi, *op. cit.*, p. 182.

Senza un adeguato incremento di entrambe le componenti professionali, i servizi territoriali previsti dalla riforma non potranno essere pienamente attivati, rimanendo così il modello della Casa della Comunità solo sulla carta¹⁴⁰.

¹⁴⁰ *Ibidem.*

Conclusioni

L'analisi dell'evoluzione normativa del SSN, condotta nel primo capitolo, evidenzia un percorso caratterizzato dalla ricerca di un equilibrio tra le esigenze di uniformità e le spinte alla differenziazione, e quindi tra la garanzia di standard comuni su tutto il territorio nazionale e la prossimità ai bisogni delle comunità locali. Dal centralismo della L. n. 833/1978 si è poi progressivamente passati, attraverso i processi di aziendalizzazione avviati negli anni Novanta, ad un assetto di *governance* multilivello, consolidato dalla riforma del Titolo V del 2001, che ha ricondotto allo Stato la determinazione dei livelli essenziali e alle Regioni la relativa attuazione organizzativa. Tale assetto, se per un verso ha valorizzato il livello territoriale e favorito una maggiore capacità di adattamento ai diversi contesti, dall'altro ha determinato una marcata frammentazione, che ha inciso sulla stessa effettività del diritto alla salute *ex art. 32* della Costituzione. Il D.M. n. 70/2015 ne costituisce l'espressione più evidente: una definizione di standard tecnici, dimensionali, qualitativi stringenti e direttamente vincolanti per la rete ospedaliera, a fronte di una disciplina meramente programmatica dell'assistenza territoriale (punto 10 del D.M. n. 70/2015), producendo uno squilibrio strutturale tra i due livelli di assistenza. Alla realizzazione dell'offerta ospedaliera non ha infatti corrisposto un rafforzamento dei servizi di prossimità, rimessi alla discrezionalità regionale e attuati in modo disomogeneo, come confermano le differenziate esperienze degli Ospedali di Comunità.

Le conseguenze di questa frammentazione si sono manifestate, in particolare, nel sovraccarico dei pronto-soccorso e delle strutture ospedaliere, quale sintomo di una prossimità spesso solo formale e non sostenuta da un'effettiva operatività dei servizi territoriali. In questo quadro, la pandemia da Covid-19 ha operato come rivelatore delle fragilità preesistenti, mostrando come le Regioni che avevano in precedenza investito nella medicina del territorio abbiano saputo fornire risposte più efficienti, mentre quelle caratterizzate dalla debolezza della rete di prossimità abbiano subito un impatto complessivo maggiore.

Da qui emerge come la garanzia dei livelli essenziali di assistenza territoriale sia rimasta a lungo affidata alla capacità organizzativa delle singole Regioni, più che ad un disegno uniforme di livello statale, restituendo un'immagine del SSN territoriale frammentata. Ed è proprio nell'esigenza di colmare tale divario che si colloca il D.M. n. 77/2022.

Il secondo capitolo mette quindi in luce come il D.M. n. 77/2022 presenti degli standard nazionali uniformi con l'obiettivo di spostare il baricentro del sistema dall'ospedale alla comunità. Ne deriva un modello articolato sul Distretto quale snodo di coordinamento, sulle Case della Comunità e gli Ospedali di Comunità, sull'assistenza domiciliare, sociosanitaria e sulla telemedicina, fondato su una logica di presa in carico proattiva e integrata della persona.

Questo impianto si fonda su una rinnovata configurazione delle figure professionali, in *équipe* multiprofessionali, che superano la tradizionale gestione a silos: accanto al Medico di Medicina Generale, infatti, l'Infermiere di Famiglia o Comunità assume un ruolo centrale, mentre i servizi sociosanitari e le farmacie di comunità vengono valorizzati quali presidi di prossimità funzionali a una presa in carico globale della persona, capace di rispondere non solo al bisogno clinico, ma anche quello sociale secondo un approccio *One Health*. L'analisi ha tuttavia evidenziato come la riuscita della riforma resti condizionata da alcune criticità; la più rilevante attiene all'asimmetria tra ambizione degli standard organizzativi e la rigidità dei vincoli finanziari, infatti a fronte di un PNRR che finanzia solo le strutture fisiche, la clausola finanziaria e il mancato rafforzamento strutturale del Fondo sanitario nazionale, rischiano di tradurre l'intervento in una riforma incompiuta, esponendo le nuove strutture al pericolo di rimanere solo formalmente attive. A questo si aggiunge la scelta di collocare istituti centrali – come il Distretto e parte della descrizione delle cure primarie – nell'Allegato 1, meramente descrittivo, invece che nell'Allegato 2 di natura precettiva, con il conseguente rischio di riproporre un'attuazione disomogenea sul territorio.

Il D.M. n. 77/2022 si configura quindi come una riforma potenzialmente trasformativa, ma la cui realizzazione resta sospesa tra l'esigenza di garantire livelli uniformi sul territorio e la concreta applicazione delle Regioni di tradurre gli standard in servizi concretamente operativi.

Il terzo capitolo sposta invece l'analisi dal piano normativo al piano dell'effettività, verificando, attraverso i dati di monitoraggio e l'esame comparato di tre esperienze regionali – Lombardia, Sicilia e Veneto –, in che misura il modello delineato dal D.M. n. 77/2022 abbia trovato concreta attuazione. Ne è quindi emerso come la logica *top-down* del PNRR, fondato su standard rigidi definiti a livello centrale, non sia riuscita a tradursi

in un assetto realmente omogeneo, finendo per riprodurre – e in alcuni casi accentuare – le disomogeneità territoriali presenti: la rigidità dei parametri si è infatti rivelata poco capace di aderire alle asimmetrie morfologiche del territorio.

L'esame delle Case della Comunità ha evidenziato un significativo avanzamento sul piano infrastrutturale, che però non trova riscontro nei servizi e nel personale; i dati di monitoraggio evidenziano, inoltre, un forte divario tra Nord-Centro e Mezzogiorno. L'analisi comparata dei modelli Lombardia-Veneto-Sicilia ha mostrato come uno stesso modello normativo sia stato recepito in modo molto diverso, condizionato dagli assetti preesistenti e dalla differente capacità istituzionale e organizzativa delle Regioni, con il rischio che l'attivazione delle strutture si risolva in un'operazione più formale che sostanziale. Un nodo analogo è emerso con riguardo all'Infermiere di Famiglia e Comunità, figura cardine del nuovo modello ma la cui funzione proattiva, preventiva e di lavoro nella comunità rischia di essere svuotata da una duplice criticità: la sovrapposizione con l'assistenza domiciliare integrata e con l'infermieristica territoriale tradizionale, favorita dall'assenza di un riconoscimento formale e contrattuale e di indicatori di esito uniformi, e la grave carenza di personale. Fragilità simili si riscontrano con riferimento alla figura del Medico di Medicina Generale, la cui integrazione nelle Case della comunità resta ostacolata dalla natura di semilibero-professionista del rapporto e da una disciplina ancora poco puntuale, in un quadro segnato da una progressiva contrazione del numero dei professionisti. Ne deriva la conferma di come la distanza tra la funzione prevista e quella effettivamente esercitata costituisca il vero limite all'effettività della riforma: senza un adeguato rafforzamento del capitale umano, le strutture territoriali rischiano di rimanere un'infrastruttura priva di contenuto assistenziale.

Dal quadro così ricostruito emerge come la riforma dell'assistenza territoriale, pur rappresentando un ambizioso tentativo di colmare le fragilità storiche del sistema territoriale, resti ad oggi sospesa tra la definizione teorica del modello e la sua effettiva attuazione. È in questo scarto che, all'esito dell'analisi condotta, sembrano concentrarsi alcuni nodi irrisolti, riconducibili, almeno in parte, alla persistente tensione nella ripartizione dei poteri tra Stato e Regioni nelle materie di legislazione concorrente.

Sul piano quantitativo, il numero di Case della comunità fissato a livello centrale si è rivelato difficilmente raggiungibile entro i tempi imposti dal vincolo dei fondi del PNRR, comportando uno sforzo logistico e organizzativo che molte Regioni non si sono rivelate in grado di sostenere¹⁴¹, ricavandone il rischio che la realizzazione delle strutture si risolva in un risultato meramente formale, rispettato sulla carta ma privo di un effettivo contenuto assistenziale.

Ad incidere è poi la questione della cooperazione tra professionisti, in quanto il D.M. n. 77 prevede l'integrazione dei medici di medicina generale e dei pediatri di libera scelta all'interno delle Case della comunità, ma senza poter imporre loro modalità operative proprie del personale dipendente dell'Azienda sanitaria: gli obblighi di presenza e di organizzazione del servizio discendono, infatti, dagli Accordi Collettivi Nazionali o da norme di rango primario, ed in assenza di tali interventi, la partecipazione resta in larga misura rimessa alla contrattazione e agli assetti regionali, con il rischio di un'integrazione soltanto formale¹⁴².

I rilevamenti condotti da AGENAS consentono di monitorare l'avanzamento degli interventi e il raggiungimento degli obiettivi strutturali previsti dal D.M. n. 77/2022 senza però poter valutare se tali strutture si stiano realmente realizzando quell'integrazione multiprofessionale, multidisciplinare e sociosanitaria che costituisce uno degli elementi qualificanti della riforma. La trasformazione solamente nominale di un poliambulatorio in Casa della Comunità non costituisce, di per sé, un indice di piena aderenza al modello, che presuppone invece un lavoro integrato e multidisciplinare. In mancanza di indicatori condivisi sull'effettiva integrazione dei servizi e in presenza di valutazioni fondate esclusivamente sul numero delle strutture, si corre quindi il rischio di sovrastimare o sottostimare l'impatto reale della riforma sull'assistenza: l'individuazione di un nucleo minimo di indicatori di processo e di esito consentirebbe, invece, confronti più omogenei e attendibili tra i diversi territori.

¹⁴¹ V. Buratti, *La riforma della sanità territoriale: luci e ombre dei nuovi modelli organizzativi e assistenziali*, in CERIDAP, 2/2025, pp. 60-63.

¹⁴² *Ibidem*.

Inoltre, la prevalenza di contenuti descrittivi e programmatici rispetto a prescrizioni puntuali fa sì che il D.M. n. 77/2022, anziché semplificare il quadro della disciplina territoriale, finisca per collocarsi come un ulteriore livello regolatorio all'interno di una materia già segnata da stratificazione normativa e difficoltà di coordinamento¹⁴³.

Alla luce di quanto osservato, si ritiene che il criterio di valutazione non dovrebbe riguardare cosa è stato costruito, quanto più al come il servizio è stato riprogettato nella sua concreta applicazione. Nella Casa della comunità la persona dovrebbe trovare un'équipe che la conosce e la segue nel tempo, e non una serie di prestazioni isolate da ricomporre autonomamente, mentre l'Infermiere di Famiglia e Comunità dovrebbe superare la dimensione meramente esecutiva per affermarsi quale figura di riferimento e coordinamento della continuità assistenziale, operando al fianco del medico e non soltanto su sua delega. Anche rispetto a tale profilo, tuttavia, mancano standard vincolanti.

Il superamento di questi limiti presuppone un mutamento che non può essere soltanto organizzativo, ma anzitutto culturale, e che riguardi in primo luogo la formazione dei professionisti: andrebbe ripensato il percorso formativo del Medico di Medicina Generale, ancora modellato su un riferimento prevalentemente ospedaliero e ormai avvertito come inadeguato rispetto alle esigenze dell'assistenza primaria; quanto all'Infermiere di Famiglia e Comunità, l'elevato fabbisogno non potrà realizzarsi senza un reale riconoscimento della centralità della figura e da una rinnovata valorizzazione economico-giuridica della professione infermieristica nel suo complesso¹⁴⁴. A fronte di differenze regionali tanto evidenti, la risposta non può provenire da un'ulteriore accentuazione dell'autonomia, quanto più da un raccordo migliore tra livello centrale e Regioni, capace di assicurare un governo più chiaro della nuova sanità territoriale, nell'ottica della leale collaborazione: gli standard devono essere considerati vincolanti, potendosi eventualmente graduare l'attuazione, ma senza comprometterne il rispetto¹⁴⁵.

¹⁴³ Rischio che il Consiglio di Stato aveva già evidenziato nel parere del 2021. *Ibidem*.

¹⁴⁴ R. Balduzzi, D. Servetti, *Dieci tesi per una nuova sanità territoriale*, in Corti Supreme e Salute, 2/2023, pp. 302-303.

¹⁴⁵ R. Balduzzi, *op. cit.*, pp. 307-308.

Se il monitoraggio della riforma non si limitasse alla sola verifica del raggiungimento dei target funzionali all'erogazione dei fondi europei, ma si estendesse anche a indicatori di processo e di esito, fino alla costruzione di un sistema analogo al “Programma Nazionale Esiti” per l'assistenza territoriale, si disporrebbe di strumenti capaci di valutare non soltanto ciò che è stato realizzato, ma anche le modalità della sua realizzazione. Ciò consentirebbe di comprendere se la riforma stia effettivamente colmando la storica carenza di una disciplina organica della medicina territoriale oppure se l'obiettivo di omogeneità posto a fondamento del PNRR e del D.M. n. 77/2022 si sia, paradossalmente, tradotto nel suo opposto, alimentando ulteriori disomogeneità tra i territori¹⁴⁶.

In questa prospettiva, l'effettività del diritto alla salute, dell'art. 32 Cost., potrà dirsi pienamente garantita solo nel momento in cui il Servizio Sanitario Nazionale saprà trasformare gli standard della riforma da meri parametri formali in tutele concrete e uniformi, capaci di azzerare le disuguaglianze e le diverse condizioni di partenza dei territori.

¹⁴⁶ *Ibidem.*

Bibliografia

- Agnello, P. Betto, M. Buonomo, B. Foresti, M. Lanzilotto, S. Martello, E. Pietrobono, P. Prezioso, *Evoluzione della farmacia dei servizi – Prevenzione attiva e gestione delle cronicità*, a cura di Prezioso Consulting S.r.l., 2022, pp. 1-129.
- Andreani T., *Al centro della crisi della sanità italiana: prossimità e integrazione tra narrazione medica e risposta politica*, in Polytheia News, 157/2025, pp. 102-201.
- Andreani T., *Il Servizio sanitario nazionale, tra storia e attualità: riflessioni intorno alla gestazione e alle prospettive di attuazione della riforma della sanità territoriale*, in BioLaw Journal, 1/2023, pp. 335-359.
- Anessi Pessina E., Cicchetti A., Spandonaro F., et al., *Mecosan – Management ed Economia Sanitaria (Open Access)*, 2021, pp. 89-116.
- Balduzzi R., *Diritto alla salute e sistemi sanitari alla prova della pandemia. Le “lezioni” di alcuni Piani nazionali di ripresa e resilienza*, in DPCE online, 1/2023, pp. 399-432.
- Balduzzi R., *Gli “standard” (e il modello) dell’assistenza sanitaria territoriale: prime considerazioni*, in Corti Supreme e Salute, 2/2022, pp. 461-473.
- Balduzzi R., Servetti D., *Dieci tesi per una nuova sanità territoriale*, in Corti Supreme e Salute, 2/2023, pp. 301-308.
- Benini R., *Il “Recovery Plan” e le prospettive di rinnovamento dei servizi pubblici per la società italiana*, in Rivista trimestrale di scienza dell’amministrazione, 3/2021, pp. 1-16.
- Bergo M., *I nuovi livelli essenziali di assistenza. Al crocevia fra la tutela della salute e l’equilibrio di bilancio*, in Rivista AIC, 2/2017, pp. 1-25.
- Bertolino C., *I servizi socioassistenziali in Valle d’Aosta: un modello “alpino” a garanzia dell’eguaglianza sostanziale?*, in Le Regioni, 2-3/2023, pp. 513-529.
- Bertorello L., *Il riparto delle competenze in materia sanitaria e la centralità della funzione programmatica*, in Rivista Cammino Diritto, 1/2023, pp. 8-10.

- Bobini M., Cinelli G., Del Vecchio M., Longo F. et al. , *Il PNRR e i sistemi sanitari regionali: modelli di governance e processi di change management*, in Rapporto OASI 2022, pp. 349-379.
- Bonetti T., *Le autonomie tra governo del territorio e tutela della salute*, in Munus, 1/2019, pp. 31-45.
- Bottari C., *Dalla centralità dell'ospedale a quella dell'assistenza territoriale*, in Sanità Pubblica e Privata, 3/2022, pp. 5-6.
- Bozzao P., *Il medico di medicina generale: profili lavoristici*, in Istituzioni del Federalismo, 4/2024, pp. 897-924,.
- Buongiorno Sottoriva C., Montanelli R.a, Sartirana M., Vidè F., *Reclutamento e selezione del personale infermieristico: quali leve organizzative?*, in Rapporto OASI, 3/2025 pp. 3-30.
- Buratti V., *La riforma della sanità territoriale: luci e ombre dei nuovi modelli organizzativi e assistenziali*, in CERIDAP, 2/2025, pp. 36-63.
- Busilacchi G., Toth F., *Il SSN alla prova della pandemia. Cosa abbiamo appreso?*, in Italian Journal of Social Policy, 2/2021, pp. 81-97.
- Caldirola D., *Welfare comunitario e Casa della Comunità: dal PNRR alla riforma dell'assistenza sanitaria territoriale*, in JusOnline, 5/2022, pp. 161-193.
- Calignano A., di Blasio N., *Case della comunità: le parole chiave del DM 77*, Care 2026, <https://careonline.it/salute-pubblica/2026/01/case-della-comunita-le-parole-chiave-del-dm-77/>
- Caravita Di Toritto B., *La disciplina costituzionale della salute*, in Diritto e Società, Sansoli, Firenze, 1/1984, pp. 21-56.
- Cartabellotta A., *8° Rapporto GIMBE sul Servizio Sanitario Nazionale*, 2026, pp. 1-264.
- Ceccotti E., *Il Servizio sanitario nazionale e le sue criticità*, in www.astrid-online.it, 9/2024, pp. 1-84.
- Ciafardoni A., *Telemedicina e livelli essenziali di assistenza nel prisma dei divari territoriali*, in Italian Papers On Federalismi, 2/2025, pp. 162-176.
- Cinelli G., Dalponte F., Ferrara L., Tozzi V.D., Zazzera A., *L'implementazione del DM77 nelle regioni italiane e il ruolo delle aziende sanitarie*, in Rapporto OASI, 2023, pp. 407-431.

- Ciolli I., *I medici di medicina generale e il servizio sanitario nazionale. Una prospettiva costituzionale*, in *Istituzioni del Federalismo*, 4/2024, pp. 849-873.
- Coiante A., *L'implementazione della telemedicina come elemento strutturale del SSN: dalla frammentarietà all'uniformità. La stabilizzazione post-PNRR e il possibile ruolo dei LEA*, in *Federalismi.it*, 28/2025, pp. 44-66.
- Coiante A., *L'implementazione della telemedicina come elemento strutturale del SSN: dalla frammentarietà all'uniformità. La stabilizzazione post-PNRR e il possibile ruolo dei LEA*, in *ederalismi.it*, 28/2025, pp. 44-66.
- Conticelli M., *I medici di medicina generale nel servizio sanitario nazionale. Le funzioni, il ruolo e le prospettive*, in *Istituzioni del Federalismo*, 4/2024, pp. 1-19.
- Corradetti L., *La farmacia dei servizi: un presidio sociosanitario di prossimità in divenire*, in *Federalismi.it*, 24/2024, pp. 256-278.
- Corso G., *I diritti sociali nella Costituzione italiana*, in *Rivista trimestrale di diritto pubblico*, 3/1981, pp. 755-784.
- Cuomo M., *Dalla mobilità sanitaria alla domiciliarizzazione delle cure: il divario sanitario alla prova del PNRR*, in *Italian Papers On Federalism*, 2/2025, pp. 33-48.
- Cuttaia F.G., *L'utilizzo dello strumento pattizio nell'attuazione della riforma dell'assistenza sanitaria territoriale: percorsi seguiti e mancati raccordi*, in *dirittifondamentali.it*, 33/2022, pp. 323-337.
- Cuttaia F.G., *La riforma dell'Assistenza sanitaria e sociosanitaria territoriale e le problematiche connesse alla sua attuazione*, in *Federalismi.it*, 23/2022, pp. 72-93.
- Morana D., *La tutela della salute fra competenze statali e regionali: indirizzi della giurisprudenza costituzionale e nuovi sviluppi normativi*, in *Osservatorio costituzionale*, 1/2018, pp. 1-25.
- D'Arienzo M., *La sanità in trasformazione: dalla legge n. 833 del 1978 al dm 77/2022*, in *Persona e amministrazione*, 1/2023, pp. 391-443.
- D'Arienzo M., *Verso un sistema di unità sanitaria? Luci e ombre del DM 77/2022*, in *Corti Supreme e Salute*, 2/2023, pp. 309-317.
- Daniele V., Malanima D., *Il prodotto delle regioni e il divario Nord-Sud in Italia (1861-2004)*, in *Rivista di politica economica*, 2007, pp. 1-49.

- De Lungo D., *Contributo allo studio dei rapporti fra Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza e sistema delle fonti statali: dinamiche, condizionamenti e prospettive*, in Osservatorio sulle fonti, 3/2022, pp. 33-53.
- Fanton E., Vanzetto G., Longhini J., Allegrini E., Costa C., *La definizione dell'ambito di attività dei Servizi di infermieristica di famiglia o comunità: l'esperienza della Regione del Veneto*, in Assistenza infermieristica e ricerca, vol. 45, 1/2026, pp. 14-23.
- Fattore G., Meda F., Meregaglia M., *Gli ospedali di comunità in Italia: passato, presente e futuro*, in Rapporto OASI, 2021, pp. 564-601.
- Fattore G., *Politica, azienda, professionisti e pazienti: trent'anni di governo del servizio sanitario nazionale*, in Politiche Sanitarie, vol. 9, n 4/2008, pp. 173-182.
- Fineschi V., *Sovraffollamento, attesa, rischio clinico e responsabilità nella emergenza-urgenza: riflessioni giuridiche e medico-legali sulla attività del pronto soccorso*, in Responsabilità civile e previdenza, 4/2025, pp. 1392-1412.
- FNOPI, *Position Statement "L'infermiere di famiglia e di comunità"*, Gli E-book FNOPI – Empowering Nurse, 2021.
- Fondazione GIMBE, *Comunicato stampa "Crisi dei medici di famiglia: ne mancano oltre 5.700, carenze in 18 regioni"*, Bologna, 17 marzo 2026.
- Gabutti I., di Pofi A., Martini L., Biaggi R., Apuzzo L., Menin G., Fantini M.P., *L'infermiere di comunità come modello organizzativo: l'esperienza di tre Regioni*, in Studi di teoria e ricerca sociale, 2/2024, pp. 1-26.
- Giglioni F., *I medici di medicina generale nella riscrittura dell'assistenza sanitaria territoriale*, in Istituzioni del Federalismo, 4/2024, pp. 876-883.
- Giglioni F., *L'organizzazione territoriale per il presidio del diritto alla salute*, in Costituzionalismo.it, 2/2020, 1, pp. 99-126.
- Giglioni F., *Manuale di diritto sanitario*, Neldiritto Editore, 2024.
- Giorgi C., Pavan I., *Un sistema finito di fronte a una domanda infinita: le origini del Sistema sanitario nazionale italiano*, in Le Carte e la Storia, 2018, pp. 103-119.
- Gotti G., *L'attuazione del DM 77/2022 nella Regione Toscana. La valorizzazione del "modello toscano" di assistenza territoriale*, in Corti Supreme e Salute, 2/2023, pp. 363-369.

- Ingrosso M., *“Normalizzazione” o riorientamento del SSN? Le Case della Comunità al bivio*, Sistema Salute 67, 1, 2023; pp 7-15.
- La Rocca Martina, *La farmacia dei servizi*, in giustamm, 2014, pp. 1-44.
- Longo F., Guerra F., Zazzera A., *La trasformazione dell’assistenza territoriale e gli spazi di autonomia locali: le variabili strategiche*, Mecosan - Management Ed Economia Sanitaria - Open Access, 123 – 2023, pp. 29-52.
- Lupo A., *La tutela del bene salute tra uniformità e differenziazione: spunti di riflessione per il futuro*, in Diritti regionali, 2/2023, pp. 473-499.
- Mapelli V., *L’assistenza primaria in Italia (1943-2023): dal medico generico alle case della comunità*, in Politiche sanitarie, 2025, pp. 57-85.
- Mazza Labocchetta A., *Telemedicina: sfide, problemi, opportunità*, in federalismi.it, 22/2023, pp. 135-182.
- Morana D., *La salute come diritto costituzionale. Lezioni*, II ed., Giappichelli, Torino, 2015.
- Neri S., *Convergenza e divergenza nell’evoluzione recente dei servizi sanitari nazionali. Un confronto tra Regno Unito e Italia*, in Stato e mercato, 3/2009, pp. 357-386.
- Neri S., *Gli infermieri di famiglia e di comunità in Italia tra ambiguità e opportunità di sviluppo*, in Italian Journal of Social Policy, 1/2025, pp. 45-67.
- Nicoloso B.R., *La “farmacia dei servizi” nell’area della salute e nell’area del salutare (prima parte)*, in Rassegna di diritto farmaceutico e della salute, 4/2020, pp. 771-797.
- Nicoloso B.R., *La rivoluzione copernicana del sistema farmacia recepita nel P.N.R.R. (prima parte)*, in Rassegna di diritto farmaceutico e della salute, 5/2023, pp. 1012-1028.
- Nicoloso B.R., *La semplificazione “de iure condendo” della sperimentazione della farmacia dei servizi*, in Rassegna di diritto farmaceutico e della salute, 6/2024, pp. 1223-1239.
- Palumbo F., *Dopo gli standard ospedalieri, gli standard territoriali*, in Corti Supreme e Salute, 2/2023, pp. 273-283.
- Patanè A., *La nuova sanità territoriale: la situazione della Regione Siciliana*, in Corti Supreme e Salute, 1/2024, pp. 103-108.

- Pesaresi F., *Il dm 77/2022 sull'assistenza sanitaria territoriale*, in Welfare ebook n. 7/2022.
- Pesaresi F., *Il nuovo punto unico di accesso (PUA)*, in i Luoghi della Cura online, n. 4/2022, pp. 3-13.
- Pezzuto V.M., *Il d.m. 71 tra peripezie e perplessità mette in forse una buona assistenza territoriale*, in Sanità Pubblica e Privata, 3/2022, pp. 11-18.
- Pioggia A., *La sanità italiana di fronte alla pandemia. Un banco di prova che offre una lezione per il futuro*, in Dir. pubbl., 2, 2020, pp. 385-403.
- Pioggia A., *La sanità nel Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR)*, in Giornale di diritto amministrativo, 2/2022, pp. 165-173.
- Pitino A., *Il regionalismo differenziato e il conseguimento di "ulteriori forme e condizioni particolari di autonomia" nella materia "tutela della salute"*, in Corti Supreme e Salute, 2/2024, pp. 732-766.
- Pitino A., *La nuova sanità territoriale: la Regione Liguria*, in Corti Supreme e Salute, 2/2023, pp. 1-12.
- Pizzolato F., *Le Case della Comunità e il rapporto tra città e salute*, in Dirittifondamentali.it, 1/2022, pp. 408-433
- Razzano G., *La missione salute del PNRR: le cure primarie, fra opportunità di una "transizione formativa" e unità di indirizzo politico e amministrativo*, in Corti Supreme e Salute, 2/2022, pp. 495-530.
- Romigi G., Fabriani L., *L'infermiere di comunità, il Telenursing e il Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza: punti di convergenza*, in Diritto sanitario e Moderno, 2021; 69; pp. 257-271.
- Saitta F., *Autonomie territoriali e governo della sanità*, in Istituzioni del federalismo, 3-4/2018, pp 789-816.
- Saitta F., *Il servizio sanitario nazionale: punti fermi e prospettive evolutive*, in Nuove Autonomie, 1-2/2024, pp. 79-121.
- Sandulli M.A. (introduzione), *L'assistenza domiciliare integrata esperienze, problemi e prospettive atti del webinar del 18 ottobre 2020*, in M.A. Sandulli (a cura di), *I Report del CeSDirSan*, 2020, pp. 1-25.
- Saponaro A., Franchi F., Brambatti L., Gibertoni G., Leonardi B., Lucchi F., Ugolini P., *Dal Decreto alla Comunità. Nuovi standard organizzativi per la Salute*

- mentale, Dipendenze patologiche e Salute nelle carceri*, in *La sfida delle Case della Comunità*, Sestante 14, 2024, pp. 1-4.
- Scinetti F., *L'evoluzione della spesa sanitaria italiana*, in *Osservatorio sui Conti Pubblici Italiani*, 2023.
 - Spatola S., *Il solito dilemma: il finanziamento della salute tra effettività della tutela ed esigenze di bilancio. Evoluzione, critiche e prospettive alla luce del recente dibattito sociale*, in *Corti Supreme e Salute*, 3/2023, pp. 703-749.
 - Taroni F., *Prima e dopo quel difficile dicembre 1978*, in *Corti Supreme e Salute*, 3/2018, pp. 539-558.
 - Taroni F., *Salute, sanità e regioni in un Servizio sanitario nazionale*, in M. Salvati, I. Sciolla (a cura di), *L'Italia e le sue Regioni. L'età repubblicana*, Vol. I, Roma, 2015, pp. 411-427.
 - Torretta P., *La legge n. 328/2000 e i livelli essenziali di assistenza sociale: dall'avvento del sistema integrato dei servizi sociali alla sua difficile attuazione*, in *federalismi.it*, 23/2021, pp. 191-230.
 - Tubertini C., *Dalle Case della salute alle Case della comunità: la nuova sanità territoriale in Emilia-Romagna*, in *Corti Supreme e Salute*, 3/2023, pp. 641-651.
 - Tubertini C., *L'assistenza territoriale in trasformazione. Il ruolo delle comunità e delle istituzioni*, in *Lavoro e diritto*, 3/2024, pp. 393-412.
 - Tuccari F.F., Benvenuto M., *La situazione della Regione Basilicata*, in *Corti Supreme e Salute*, 3/2023, pp. 653-660.
 - Tuccari F.F., Benvenuto M., *La situazione della Regione Puglia*, in *Corti Supreme e Salute*, 2/2023, pp. 411-422.
 - Vinceti S.R., *Il riparto di competenze in materia sanitaria alla prova del Piano nazionale di ripresa e resilienza*, in *Osservatorio sulle fonti*, 2/2024, pp. 235-257.
 - Viscomi A., *Tra ambulatorio e territorio: lavoro e organizzazione del lavoro del medico di medicina generale*, in *Il lavoro nelle pubbliche amministrazioni*, 3/2023, pp. 507-524.

Sitografia

- *Arriva in Valle d'Aosta l'infermiere di famiglia, tra i suoi compiti quello di promuovere la salute*, Lungodegenza
- Azienda sanitaria Alto dell'Adige, <https://www.asdaa.it/it/ospedali-di-comunita>.
- Azienda USL Toscana nord ovest, <https://www.uslnordovest.toscana.it/percorsi-assistenziali/ifec-infermieristica-di-famiglia-e-di-comunita>
- Camera dei deputati, https://temi.camera.it/leg19/post/OCD15_14934/
- CIS salute, Invitalia, <https://www.invitalia.it/incentivi-e-strumenti/cis-salute>.
- Cislghi Cesare, *Dibattito sul decreto ministeriale 77 in tema di sanità territoriale*, in Rivista dell'Associazione Italiana di Epidemiologia, 2022, <https://epiprev.it/blog/come-sta-la-sanita/dibattito-sul-decreto-ministeriale-77-in-tema-di-sanita-territoriale>.
- Conferenza permanente per i rapporti tra lo stato, le regioni e le province autonome 2014, <https://www.anci.it/wp-content/uploads/Patto-per-la-salute-2014-16.pdf>.
- *DM 77. Le nuove valutazioni e proposte dell'Alleanza per la Riforma delle Cure Primarie* in QuotidianoSanità.it <https://www.quotidianosanita.it/studi-e-analisi/dm-le-nuove-valutazioni-e-proposte-dell-alleanza-per-la-riforma-delle-cure-primarie/>.
- <https://www.ospfe.it/reparti/lpa-delta-argenta-e-cento>.
- *I medici di famiglia sono sempre meno. Gimbe: "Ne mancano oltre 5.700, carenze in 18 Regioni"* in QuotidianoSanità.it, <https://www.quotidianosanita.it/studi-e-analisi/i-medici-di-famiglia-sono-sempre-meno-gimbe-ne-mancano-oltre-5-700-carenze-in-18-regioni/>.
- Il giornale di Sicilia, <https://www.palermotoday.it/>.
- *Medici di base in fuga. In 48 per 424 posti al bando in Lombardia*, <https://www.lanotiziagiornale.it/medici-di-base-in-fuga-in-48-per-424-posti-al-bando-in-lombardia/>.
- *Medici di famiglia. Schillaci: "Non smantelliamo la figura ma modello va cambiato. Riforma sarà discussa con Regioni e sindacati di categoria"*, <https://www.quotidianosanita.it/governo-e-parlamento/medici-di-famiglia->

- [schillaci-non-smantelliamo-la-figura-ma-modello-va-cambiato-riforma-sara-discussa-con-regioni-e-sindacati-di-categoria/](#).
- *Medicina territoriale al sud Italia: un disastro* in ACOOP Italia <https://acopnazionale.it/news/medicina-territoriale-al-sud-italia-un-disastro/>.
 - Next Generation EU, https://next-generation-eu.europa.eu/recovery-and-resilience-facility_it.
 - Noli Marco, *Prima attuazione del DM n.77/22 in Lombardia – Prima parte*, in Lombardiasociale.it, 2022 <https://www.saluteinternazionale.info/2022/09/il-nuovo-distretto-lombardo/>.
 - Pesaresi Franco, *Il Budget di salute negli indirizzi nazionali*, in Osservatorio nazionale sulle politiche sociali <https://www.welforum.it/il-budget-di-salute-negli-indirizzi-nazionali/>, 2022.
 - Piano Nazionale della Cronicità, https://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_2584_allegato.pdf.
 - Piano nazionale di ripresa e resilienza, <https://www.governo.it/sites/governo.it/files/PNRR.pdf>.
 - PNRR – Salute <https://www.pnrr.salute.gov.it/it/pnrr-pagina/piano-nazionale-di-ripresa-e-resilienza-cose-la-missione-salute/>.
 - Post-Acuzie Geriatrica Riabilitativa Delta Cento Argenta, <https://aostasera.it/notizie/societa/arriva-in-valle-daosta-linfermiere-di-famiglia/>.
 - *Somministrazione dei vaccini nelle farmacie*, <https://diritto-farmaceutico.it/la-somministrazione-dei-vaccini-anti-covid-19-da-parte-dei-farmacisti-e-lobbigo-di-vaccinazione/>.

Documenti, Rapporti e atti istituzionali

- Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR), Missione 6 – Salute.
- AGENAS, *Documento di indirizzo per il metaprogetto della Casa della Comunità* (in collaborazione con il Politecnico di Milano – Dipartimento ABC e Design & Health Lab), 2022.
- AGENAS, *Documento tecnico – Linee di indirizzo dell’Infermiere di Famiglia e Comunità*, 2022.

- AGENAS, *Le équipe multiprofessionali e multidisciplinari nelle Case della Comunità – Linee di indirizzo tecniche.*
- AGENAS, *Report nazionale di sintesi dei risultati del monitoraggio DM n. 77/2022 (II semestre 2024 e II semestre 2025).*
- AGENAS, *Linee guida 10 giugno 2024.*
- Camera dei deputati – Servizio Studi, *Case della salute ed Ospedali di comunità: i presidi delle cure intermedie. Mappatura sul territorio e normativa nazionale e regionale, n. 144, Documentazione e ricerche.*
- Camera dei deputati, *I presidi dell’assistenza territoriale nella Missione 6 Salute del PNRR, Documentazione e ricerche n. 23, 20 marzo 2023.*
- Fondazione ISTUD, *Le cure primarie in Italia: verso quali orizzonti di cura e assistenza, Report 2013.*
- Centro Studi FIMMG, *Questionario su aggregazioni funzionali e complesse della Medicina Generale, settembre 2011.*
- Censis – Unipol, *Rapporto 2014 “Welfare, Italia. Laboratorio per le nuove politiche sociali”.*
- Regione Emilia-Romagna, *Dossier 269/2020 – Valutazione di impatto delle Case della Salute su indicatori di cura 2009-2019.*
- *Patto per la salute 2014-2016; Patto per la salute 2019-2021; Patto per la Cronicità 2016.*
- *Indagine conoscitiva sulla situazione della medicina dell’emergenza-urgenza e dei pronto soccorso in Italia, 20 febbraio 2024.*
- Ministero della Salute, *Linee di indirizzo nazionali sulla telemedicina (2012 e 2014) e Indicazioni nazionali per l’erogazione delle prestazioni di telemedicina (2020).*
- Ministero della Salute, *Mappatura delle esperienze di telemedicina sul territorio (2018) e Aggiornamento mappatura 2019-2021.*
- Ministero della Sanità, *The National eHealth Information Strategy. National context, state of implementation and best practices, Roma, 2011.*
- N. Cartabellotta, *8° Rapporto GIMBE sul Servizio Sanitario Nazionale, 2026.*
- ISTAT, *Indicatori demografici, 2025.*

- FNOPI, Position Statement “L’infermiere di famiglia e di comunità”, Gli E-book FNOPI – Empowering Nurse, 2021.
- Linee di indirizzo per la sperimentazione dei nuovi servizi nella farmacia di comunità.
- Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS), definizione di salute, 1948.
- ISTAT, Indicatori demografici, 2025.