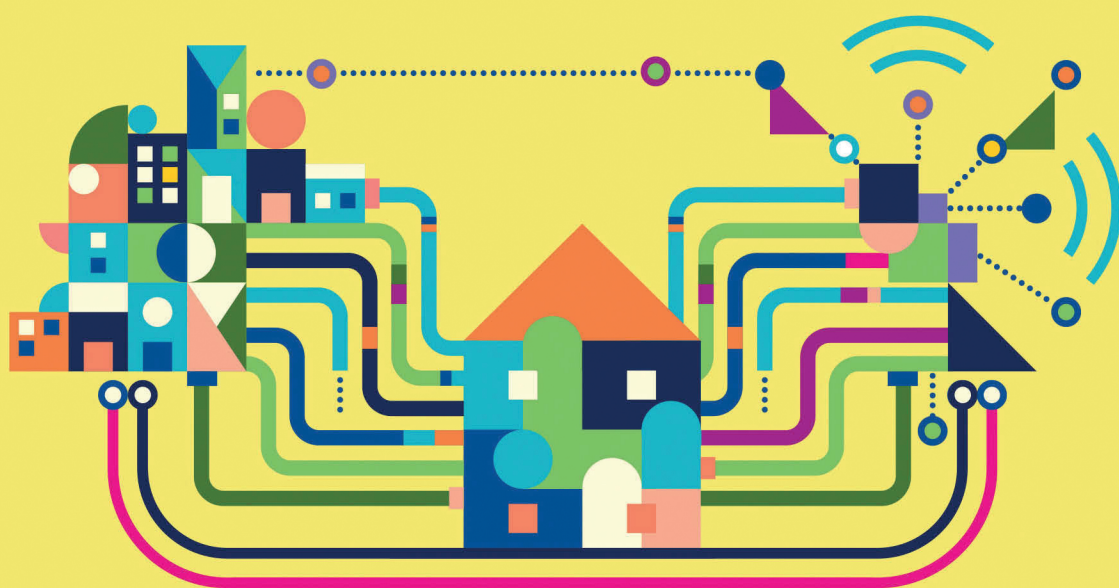


# Il nuovo disegno della sanità italiana

Territorialità, domiciliarità e telemedicina  
nell'attuazione del PNRR

*a cura di*

A. Pioggia, M. Gola, M.A. Sandulli, F. Aperio Bella



**Giappichelli**

# **Il nuovo disegno della sanità italiana**

Territorialità, domiciliarità e telemedicina  
nell'attuazione del PNRR

*In copertina:*

illustrazione di Monica Pioggia.





# **Il nuovo disegno della sanità italiana**

Territorialità, domiciliarità e telemedicina  
nell'attuazione del PNRR

*a cura di*

A. Pioggia, M. Gola, M.A. Sandulli, F. Aperio Bella



**Giappichelli**

© Copyright 2026 – G. GIAPPICHELLI EDITORE - TORINO

VIA PO, 21 - TEL. 011-81.53.111

<http://www.giappichelli.it>

ISBN/EAN 979-12-211-1882-7

ISBN/EAN 979-12-211-6642-2 (ebook - pdf)

ISBN/EAN 979-12-211-6643-9 (ebook - epub)

*We acknowledge financial support under the National Recovery and Resilience Plan (NRRP), Mission 4, Component 2, Investment 1.1, PRIN 2022 Call for tender No. 104 (published on 2 February 2022) by the Italian Ministry of University and Research (MUR), funded by the European Union - NextGenerationEU. Project Title: The New Healthcare between Territoriality, Domiciliarity and Telemedicine; CUP J53D23005640006; Grant Assignment Decree No. 968 (adopted on 30 June 2023).*



G. Giappichelli Editore



Questo libro è stato stampato su carta certificata, riciclabile al 100%



Stampa: LegoDigit s.r.l. - Lavis (TN)

Le fotocopie per uso personale del lettore possono essere effettuate nei limiti del 15% di ciascun volume/fascicolo di periodico dietro pagamento alla SIAE del compenso previsto dall'art. 68, commi 4 e 5, della legge 22 aprile 1941, n. 633.

Le fotocopie effettuate per finalità di carattere professionale, economico o commerciale o comunque per uso diverso da quello personale possono essere effettuate a seguito di specifica autorizzazione rilasciata da CLEARedi, Centro Licenze e Autorizzazioni per le Riproduzioni Editoriali, Corso di Porta Romana 108, 20122 Milano, e-mail [autorizzazioni@clearedi.org](mailto:autorizzazioni@clearedi.org) e sito web [www.clearedi.org](http://www.clearedi.org).

Sezione II  
ESPERIENZE REGIONALI A CONFRONTO

LA RIFORMA DELL'ASSISTENZA TERRITORIALE  
SANITARIA IN EMILIA-ROMAGNA

di *Giovanni Mulazzani*

SOMMARIO: 1. Lo scenario sanitario nazionale e regionale: i dati e i *trend* evolutivi. – 2. La riorganizzazione dell'assistenza territoriale in linea con il PNRR: il d.m. n. 77/2022. – 3. L'attuazione e la riforma dell'assistenza territoriale a livello regionale. – 4. Considerazioni conclusive.

1. *Lo scenario sanitario nazionale e regionale: i dati e i trend evolutivi*

La riorganizzazione e l'integrazione tra assistenza ospedaliera e territoriale, sociale e sanitaria, costituisce oggi uno degli obiettivi prioritari di politica sanitaria verso cui i sistemi sanitari più avanzati devono orientarsi per dare risposte concrete ai nuovi bisogni di salute, che non si limitano più solo ad una domanda di salute, bensì contemplano un processo integrato di accompagnamento della vita in tutte le sue fasi e stati<sup>1</sup>. Tali nuovi bisogni sono determinati dagli effetti delle transizioni epidemiologica, demografica e sociale che hanno modificato il quadro di riferimento degli ultimi decenni portando a cambiamenti strutturali e organizzativi.

L'Emilia-Romagna presenta un quadro demografico caratterizzato da profonde trasformazioni strutturali che hanno implicazioni dirette sulla programmazione sanitaria regionale<sup>2</sup>. Al primo gennaio 2025, la Regione conta 9.407 residenti in più

---

<sup>1</sup> Cfr. M. Dugato, *Gli organi di governo e gestione dell'offerta pubblica a livello territoriale*, in G. Cerrina Feroni, M. Livi Bacci, A. Petretto, *Pubblico e privato nel sistema di welfare*, Firenze, Fondazione CESIFIN Alberto Predieri, 2017, 47 ss., spec. 48 «[u]n primo dato ce lo dà l'esperienza più recente: è cambiata la domanda, e necessariamente cambia il rapporto tra la domanda e la risposta. Prima la risposta era a una domanda di salute da parte del malato. Oggi, [...] la prospettiva è quella di accompagnare la vita, lo stato di benessere psicofisico del cittadino, non è più sanità-cura».

<sup>2</sup> Si v. i dati diffusi dall'Ufficio di Statistica della Regione Emilia-Romagna sulla popolazione residente al primo gennaio 2025 ([www.statistica.regione.emilia-romagna.it](http://www.statistica.regione.emilia-romagna.it)).

rispetto al 2024, con un aumento percentuale dello 0,2%, evidenziando una crescita demografica contenuta ma comunque positiva rispetto al *trend* nazionale. La Regione ha una popolazione di circa 4.458.000 abitanti, stabile da quasi un decennio.

Il dato più significativo dal punto di vista delle implicazioni e della programmazione sotto il profilo squisitamente sanitario è rappresentato dall'accelerato processo di invecchiamento della popolazione. L'incidenza della popolazione *over* 64 anni sul dato complessivo raggiunge il 24,7%, più del doppio rispetto alla popolazione 0-14 anni (12,0%). Gli anziani residenti superano il milione e centomila unità, con circa 592mila ultrasettantacinquenni (13,1% della popolazione complessiva).

Circa il 24% della popolazione ha una età superiore ai 65 anni, in incremento rispetto al 21,9% del 2015. La popolazione affetta da patologie croniche è in aumento (dal 45,6% del 2015 al 47,8% del 2021), ma soprattutto della popolazione affetta da almeno due patologie croniche. Dal 2015 si registra un aumento anche della popolazione in carico ai servizi di neuropsichiatria infantile e dell'adolescenza (NPIA), salute mentale e dipendenze patologiche: gli utenti in carico ai servizi sono infatti cresciuti del 20% (NPIA), del 7,5% (dipendenze patologiche) e del 2,8% (salute mentale). In definitiva il sistema sanitario regionale deve confrontarsi con un carico di malattia caratterizzato dalla prevalenza delle patologie croniche e degenerative, tipiche delle popolazioni anziane. Molteplici fattori ambientali e climatici incidono sulle patologie croniche (respiratorie, cardiovascolari e metaboliche) tra cui i principali sono legati alla qualità dell'aria<sup>3</sup> e alla gestione del territorio. Negli ultimi decenni, ad esempio, si è assistito ad un progressivo aumento della prevalenza di malattie croniche non trasmissibili (tra cui diabete, infarto, ictus, tumori), i cui determinanti intermedi sono riconosciuti nei comportamenti a rischio (sedentarietà, alimentazione, fumo, uso di alcool) e nell'esposizione all'inquinamento atmosferico (polveri sottili). Contestualmente, sono emersi fattori ambientali che minacciano la salute della popolazione in misura maggiore rispetto al passato (ad esempio ondate di calore, malattie trasmesse da vettori).

In sintesi, si può osservare che i dati illustrati riguardanti l'invecchiamento della popolazione, la diffusione di patologie croniche ed i processi di trasformazione intervenute in ambito demografico unitamente ai dati riguardanti la prevalenza di patologie croniche e degenerative presso la popolazione anziana hanno imposto un ripensamento del paradigma complessivo dell'organizzazione delle strutture e delle prestazioni sanitarie a livello territoriale un'azione di riforma tesi a valorizzare e

---

<sup>3</sup> Cfr. Agenzia regionale per la prevenzione, l'ambiente e l'energia dell'Emilia-Romagna, *Report "La qualità dell'aria in Emilia-Romagna – Anno 2025"*, in [www.arpae.it](http://www.arpae.it) secondo cui nel 2025 i dati ambientali continuano a evidenziare un legame diretto tra la qualità dell'aria, il clima e le malattie croniche, con un *focus* particolare sulle patologie respiratorie e cardiovascolari legate al particolato atmosferico (PM10, PM2.5), nonostante un *trend* di miglioramento nel lungo periodo. Nel 2025, infatti, le concentrazioni medie annuali delle polveri sottili, PM10 e PM2.5, risultano entro i limiti di legge in tutte le stazioni di rilevamento. Il valore limite sulla media annuale del biossido di azoto (NO2) è stato rispettato sull'intero territorio regionale, senza superamenti del valore limite orario. Nei limiti previsti dalla normativa anche gli altri inquinanti monitorati – biossido di zolfo, benzene e monossido di carbonio.

potenziare la dimensione territoriale del servizio sanitario istituendo strutture e presidi per rispondere alle esigenze delle comunità di riferimento.

Il *discrimen* circa l'opportunità di imprimere una spinta di accelerazione a tale intervento di riforma è rappresentato dall'avvento dell'emergenza pandemica da Covid-19 che ha svelato in modo drammatico la precarietà e sostanziale inadeguatezza sia dell'apparato amministrativo sia delle strutture sanitarie di fare fronte alla domanda di cura della popolazione.

L'emergenza pandemica ha messo in luce alcune criticità che affliggono ormai da anni il sistema sanitario, che non è stato in grado di gestire la fase legata in specie agli strumenti di prevenzione<sup>4</sup>, in particolare sotto due profili: sotto il primo profilo, è stata messa in risalto l'insostenibilità di un sistema incentrato sull'ospedale e sui servizi ad alta intensità<sup>5</sup> e sotto un secondo profilo si è registrata la precarietà dell'offerta territoriale in termini di sorveglianza, prevenzione e cura svuotata e depotenziata da molteplici fattori, tra i quali anche il profilo che attiene all'insufficienza del finanziamento<sup>6</sup>.

La tendenza che si può rinvenire negli ultimi vent'anni da un lato ha visto aumentare quasi sempre la spesa sanitaria in termini assoluti rispetto all'anno precedente, mentre al contrario il rapporto spesa sanitaria in rapporto al Pil documenta un lento e inesorabile declino, collocando l'Italia in una posizione sempre più lontana dalla media dei Paesi dell'UE. Infatti, la spesa sanitaria pubblica italiana è nettamente inferiore a quella dei principali Paesi europei, sia in valore pro capite che in percentuale del Pil.

Proprio per dare corso all'esigenza di rimettere al centro il diritto alla salute dei cittadini, il PNRR<sup>7</sup>, segnatamente la Missione 6 a cui sono dedicati 15,62 mld

---

<sup>4</sup> Si v. A. Travi, *Pubblica amministrazione. Burocrazia o servizio al cittadino?*, Milano, Via e Pensiero, 2022, 194.

<sup>5</sup> Cfr. A. Pioggia, *La sanità italiana di fronte alla pandemia. Un banco di prova che offre una lezione per il futuro*, in *Dir. pubbl.*, 2020, 2, 401 che mette in luce come vi sia correlazione tra medicina territoriale e medicina ospedaliera e rileva, altresì, come durante la pandemia da Covid-19 in cui la rete ospedaliera era più fragile, l'ospedalizzazione è cresciuta e tale scelta ha reso complesso il contenimento dei contagi.

<sup>6</sup> Si v. V. Buratti, *La riforma della sanità territoriale: luci e ombre dei nuovi modelli organizzativi e assistenziali*, in *CERIDAP*, 2025, 2, 37.

<sup>7</sup> Per un inquadramento sul PNRR si v. tra gli altri L. Fiorentino, *Il Piano di ripresa. Un'occasione per cambiare l'amministrazione*, in *Giorn. dir. amm.*, 2021, 689 ss.; M. Clarich, *Il PNRR tra diritto europeo e nazionale, un tentativo di inquadramento giuridico*, in *Corr. giur.*, 2021, n. 8-9, 1025 ss.; P. Clarizia, M. Manocchio, P. Marconi, B.P. Amicarelli, G. Mocavini, R. Morgante, G. Napolitano e A. Renzi, *I Piani nazionali di ripresa e resilienza in prospettiva comparata*, in *Riv. trim. dir. pubbl.*, 2021, 1137 ss.; M. Dugato, *L'intervento pubblico per l'inclusione, la coesione, l'innovazione e la sostenibilità ed il ruolo del servizio pubblico locale nel Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza*, Relazione *L'intervento pubblico per l'inclusione, la coesione, l'innovazione e la sostenibilità* al Convegno Nazionale Aipda su *Il diritto amministrativo per la ripresa: nuove fragilità, nuovi bisogni, nuove sfide*, Luiss, Roma, 8 ottobre 2021, in *Munus*, 2022, 1, 1 ss.; G. Mulazzani, *La governance multilivello nell'attuazione del Piano nazionale di ripresa e resilienza dopo la revisione: il ruolo dello Stato nell'"amministrazione disaggregata"*, in *Munus*, 2024, 3, 877 ss.

ovvero l'8,03% degli investimenti complessivi del Piano (uno stanziamento rimasto inalterato anche dopo la rimodulazione del PNRR<sup>8</sup>), nell'allocazione dei fondi europei ne ha dedicati alcuni proprio al miglioramento dei servizi sanitari, all'interno di un disegno organizzativo improntato all'erogazione delle prestazioni sul territorio, in un'ottica di infrastrutturazione sanitaria territoriale per garantire l'accessibilità alle prestazioni di cura diffusa sulla popolazione.

La Missione 6 (Salute) prevede la Riforma 1 rubricata "Reti di prossimità, strutture e telemedicina per l'assistenza sanitaria territoriale e rete nazionale della salute, ambiente e clima" che ha lo scopo di «perseguire una nuova strategia sanitaria, sostenuta dalla definizione di un adeguato assetto istituzionale e organizzativo, che consenta al Paese di conseguire standard qualitativi di cura adeguati, in linea con i migliori paesi europei e che consideri, sempre più, il SSN come parte di un più ampio sistema di welfare comunitario». La Riforma 1 prevede in particolare due attività principali: da un lato la definizione di *standard* strutturali, organizzativi e tecnologici omogenei per l'assistenza territoriale<sup>9</sup> e l'identificazione delle strutture a essa deputate con l'approvazione di uno specifico decreto ministeriale; la definizione di un nuovo assetto istituzionale per la prevenzione in ambito sanitario, ambientale e climatico, in linea con l'approccio "*One-Health*"<sup>10</sup>.

In particolare, la componente del PNRR dedicata alla sanità territoriale è la Componente 1 della Missione 6 (Salute), intitolata "Reti di prossimità, strutture e telemedicina per l'assistenza sanitaria territoriale" (6,45 miliardi). La componente 1 prevede, infatti, investimenti significativi per potenziare le strutture sanitarie di prossimità, come le Case e gli Ospedali di Comunità, e promuovere la telemedicina e l'assistenza domiciliare. Come riportato nel PNRR, «gli interventi di questa componente intendono rafforzare le prestazioni erogate sul territorio grazie al potenziamento e alla creazione di strutture e presidi territoriali (come le Case della Comunità e gli Ospedali di Comunità), il rafforzamento dell'assistenza domiciliare, lo sviluppo della telemedicina e una più efficace integrazione con tutti i servizi socio-sanitari».

---

<sup>8</sup> Cfr. *Ibidem*, 158 ss. secondo cui «[l]a dotazione finanziaria della Missione 6 è rimasta invariata rispetto al piano originale (€ 15,63 miliardi). La rimodulazione ha redistribuito € 750 milioni dalla Componente 2 alla Componente 1 (tabella 8.5): in particolare, sono stati potenziati i nuovi progetti riferiti all'assistenza domiciliare (+€ 250 milioni) e alla telemedicina (+€ 500 milioni), con una riduzione (-€ 750 milioni) dei progetti della Componente 2 a valere sulle risorse per progetti già in essere di edilizia sanitaria (nuovo obiettivo M6C2 – 10 bis)».

<sup>9</sup> Sul tema si v. Aa.Vv., in M.A. Sandulli (a cura di), *L'assistenza domiciliare integrata*, Napoli, Editoriale Scientifica, 2021.

<sup>10</sup> Il paradigma "*One Health*" fa riferimento ad una concezione secondo cui la salute delle persone e dell'ecosistema sono legate indissolubilmente. Nella Missione 6 del PNRR si parla di prospettiva "*One Health*". Tale approccio richiama la rapida evoluzione verso un sistema integrato, incentrato sulle necessità di assistenza e cura della persona, flessibile al cambiamento della domanda di salute da parte dei cittadini, nel quale processi clinici, prevenzione, stili di vita, scelte alimentari e sostenibilità ambientale siano tra loro connessi. Sul tema tra gli altri si v. Aa.Vv., in F. Aperio Bella (a cura di), *One Health, la tutela della salute oltre i confini nazionali e disciplinari*, Napoli, Edizione Scientifica, 2022; S. Iaria, *Le potenzialità del PNRR ed il progetto "One Health" nella prospettiva del rilancio dell'assistenza sanitaria territoriale*, in *Amministrazione in cammino*, 19 giugno 2024.

Infine, sempre nell'ambito della Missione 6 "Salute" del PNRR, è stato introdotto un nuovo assetto per la prevenzione collettiva e la sanità pubblica in coerenza con l'approccio integrato "One Health". In particolare è stato istituito il Sistema Nazionale Prevenzione Salute dai rischi ambientali e climatici (SNPS)<sup>11</sup>, ponendo le basi per una *governance* integrata volta a migliorare e armonizzare le politiche e le strategie del Servizio Sanitario Nazionale per la prevenzione, il controllo e la cura delle patologie acute e croniche, trasmissibili e non trasmissibili, associate a rischi ambientali e climatici. Con DGR n. 183 del 13 febbraio 2023 la Regione Emilia-Romagna ha istituito il Sistema Regionale Prevenzione Salute dai Rischi Ambientali e Climatici (SRPS), approvando il documento che ne definisce struttura, organizzazione e funzioni<sup>12</sup>.

## 2. La riorganizzazione dell'assistenza territoriale in linea con il PNRR: il d.m. n. 77/2022

Alla luce dei dati rappresentati, appare evidente che le sfide che si trova a dovere affrontare il sistema sanitario nazionale riguardano innanzitutto il rafforzamento dei sistemi relazionali e quindi occorre porre maggiore attenzione ai rapporti di prossimità per risolvere situazioni di fragilità e vulnerabilità ovvero di povertà sanitaria. Da questo punto di vista il PNRR si è incaricato di dare un impulso deciso e risoluto al legislatore nazionale e regionale per la riforma dell'assistenza territoriale, a cui sotto il profilo degli interventi di riforma è stata data attuazione attraverso il d.m. 23

---

<sup>11</sup> Si tratta di una delle azioni di riforma della Missione 6 – Salute del PNRR, finalizzata alla "Definizione di un nuovo assetto istituzionale sistemico per la prevenzione in ambito sanitario, ambientale e climatico", in linea con un approccio integrato "One Health". L'attuazione di tale riforma è avvenuta con l'art. 27 del d.l. 30 aprile 2022, n. 36 (convertito con modificazioni dalla legge 29 giugno 2022, n. 79 che istituisce il SNPS e individua, tra l'altro, le funzioni e i soggetti che ne fanno parte citando espressamente i Dipartimenti di Prevenzione delle Ausl, le Regioni, gli Istituti Zooprofilattici, l'Istituto superiore di sanità e il Ministero della Salute. Il suo sviluppo è sostenuto dal Piano nazionale per gli investimenti complementari (Pnc), al cui interno è ricompreso.

<sup>12</sup> Il SRPS opera in continuità con il Piano regionale della prevenzione 2026 che include espressamente specifici o programmi finalizzati alla "tutela della salute dai fattori di rischio presenti nell'ambiente" e alla "promozione di progetti/programmi di miglioramento dell'ambiente e di riduzione dell'impatto sulla salute". Le funzioni del SRPS dell'Emilia-Romagna sono assicurate dal Settore Prevenzione collettiva e Sanità pubblica della Regione, con altre due Direzioni generali regionali: Cura del Territorio e dell'ambiente e Agricoltura, caccia e pesca; insieme ai Dipartimenti di Sanità pubblica delle Aziende Usl e ad Arpa. Completano il SRPS i laboratori dell'Istituto zooprofilattico sperimentale della Lombardia e dell'Emilia-Romagna, dell'Istituto di Ricovero e cura a carattere scientifico (Ircs) – Azienda ospedaliero-universitaria di Bologna (Tossicologia occupazionale e ambientale della Medicina del lavoro e Unità di microbiologia) e quello dell'Azienda Usl della Romagna (U.O. Microbiologia). A queste strutture pubbliche si aggiunge la Fondazione Centro ricerche marine (Crm) di Cesenatico (FC). Con la Determina dirigenziale n. 25697/2023, è stato costituito il Comitato strategico SRPS, incaricato, tra le altre funzioni, di mantenere un costante raccordo con gli Assessorati regionali competenti in materia di Salute e Ambiente, al fine di condividere le priorità di intervento e contribuire alla definizione dei piani e dei programmi annuali di attività.

maggio 2022, n. 77<sup>13</sup> del Ministero della Salute che ha definito i nuovi modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nel Servizio Sanitario Nazionale così come previsto dal PNRR.

Il d.m. n. 77/2022 nella sua prospettiva finalistica dovrebbe promuovere la realizzazione di un modello di *welfare* generativo, iscritto a pieno nella prospettiva olistica enunciata dall'approccio "*One-Health*", di cui alle previsioni del PNRR. Il modello di *welfare* sotteso al presente decreto ministeriale persegue la soddisfazione dell'interesse generale della collettività realizzata sulla base di un rapporto non dicotomico, bensì collaborativo tra lo Stato e i corpi intermedi, in particolare gli enti del Terzo settore a livello territoriale. La strategia pianificatoria che si evince dal d.m. n. 77/2022, nonostante i rilievi critici avanzati dal Consiglio di Stato in sede di parere sullo schema di decreto trasmesso in ordine a diversi profili<sup>14</sup> mira a realizzare un modello unico di erogazione per l'intero territorio nazionale, che garantisca l'ottemperanza ai Livelli essenziali di assistenza (Lea), quale misura per contrastare le disuguaglianze, anche con l'approntamento ed il potenziamento di forme di coordinamento sotto il profilo organizzativo e funzionale<sup>15</sup>.

Attraverso il d.m. n. 77/2022 sono state previste in modo analitico le strutture che devono comporre la rete dei servizi territoriali, i principali servizi erogati, gli *standard* in rapporto alla popolazione, i parametri di riferimento per il personale, le modalità organizzative e funzionali, gli obiettivi strategici di riferimento e la *governance*.

L'attuazione delle misure previste nel d.m. citato è affidata alle Regioni ed alle Province autonome di Trento e Bolzano, le quali dovranno provvedere entro sei mesi dalla data di entrata in vigore del presente regolamento ad adottare il provvedimento generale di programmazione dell'assistenza territoriale, ed, altresì, ad adeguare l'organizzazione dell'assistenza territoriale e del sistema di prevenzione sulla base degli *standard* ivi previsti, secondo gli investimenti previsti dalla Missione 6, Componente 1, del PNRR. Il monitoraggio di tali adempimenti e dell'implementazione regionale degli standard delle strutture dedicate all'assistenza territoriale è garantito dall'Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali (AGENAS) incaricata di redigere e inviare una relazione al Ministero della Salute con cadenza semestrale.

Dal punto di vista organizzativo il perno su cui fa leva la struttura centrale dell'azione di riorganizzazione e potenziamento dell'assistenza territoriale, in base a

---

<sup>13</sup> Per un inquadramento della riforma si v. R. Spagnuolo Vigorita, *Pubblico e privato nella tutela della salute. Sulle misure introdotte dalla legge annuale per il mercato e la concorrenza e dalle nuove disposizioni in tema di assistenza territoriale*, in *Nuove Autonomie*, 2022, 3, 777 ss.; R. Balduzzi, *Gli standard (e il modello) dell'assistenza sanitaria territoriale: prime considerazioni*, in *Corti supreme e salute*, 2022, 2, 461 ss.; D. Caldirola, *Welfare comunitario e Casa della Comunità: dal PNRR alla riforma dell'assistenza territoriale*, in *Jus online*, 2022, 5, 161 ss.; F.G. Cuttaia, *La riforma dell'assistenza sanitaria e socio-sanitaria territoriale e le problematiche connesse alla sua attuazione*, in *Federalismi.it*, 2022, 23, 72 ss.; V. Buratti, *op. cit.*, 36 ss.

<sup>14</sup> Cfr. Cons. Stato, sez. cons. atti normativi, 19 maggio 2022, n. 881.

<sup>15</sup> In questi termini si v. M. D'Orsogna, *Povert  sanitaria e welfare generativo: nuovi orizzonti e nuove sfide per la tutela della salute*, in *Dir. amm.*, 2024, 4, 952.

quanto dispone il d.m. n. 77/2022, è il Distretto, che rappresenta il centro di riferimento e di imputazione per l'accesso a tutti i servizi dell'Azienda USL. Nell'ambito della sua funzione di committenza, il Distretto è dunque il soggetto responsabile dell'attività di programmazione, in termini di risposta integrata alle specifiche esigenze di salute della comunità territoriale di riferimento, unitamente a quella di erogazione dei servizi sanitari e socio-sanitari e di garanzia di accesso agli stessi, nonché del raggiungimento degli obiettivi di salute.

Il Distretto si pone dunque come la sede deputata alla gestione ed al coordinamento, funzionale e organizzativo, della rete servizi socio-sanitari e sanitari territoriali, perseguendo l'integrazione tra gli stessi. In termini di *standard* organizzativi, il d.m. citato segnatamente l'Allegato 1 rubricato "Modelli e standard per lo sviluppo dell'Assistenza Territoriale nel Servizio Sanitario Nazionale" prescrive che un distretto con un bacino di utenza di circa 100.000 abitanti, con variabilità a seconda delle caratteristiche geomorfologiche e di densità abitativa, preveda al suo interno: una Casa della Comunità *hub* ogni 40-50 mila abitanti (è la struttura di riferimento principale, più grande e completa di servizi, aperta tutti i giorni) Case della Comunità *spoke* (è una struttura territoriale di dimensioni più contenute e diffusa, che offre servizi di base e specialistici meno numerosi e con una presenza di personale ridotta) e ambulatori dei Medici di medicina generale<sup>16</sup> e dei Pediatri di libera scelta, ricompresi nelle stesse o a queste ultime collegati sotto il profilo funzionale<sup>17</sup>; la presenza di un infermiere di famiglia o di comunità ogni tremila abitanti; una Unità di Continuità Assistenziale (composta da un infermiere ed un medico) e una Centrale Operativa Territoriale a valenza distrettuale; e, infine, un Ospedale di Comunità dotato di 20 posti letto.

### 3. L'attuazione e la riforma dell'assistenza territoriale a livello regionale

In Emilia-Romagna la disciplina sull'assistenza sanitaria è regolata dalle disposizioni di cui alla legge reg. 23 dicembre 2004, n. 29 e s.m.i. recante "Norme generali sull'organizzazione ed il funzionamento del servizio sanitario regionale". L'assistenza sanitaria è erogata in particolare da otto Aziende USL<sup>18</sup>, articolate in 38

---

<sup>16</sup> Sul ruolo dei Medici di medicina generale nel quadro della sanità territoriale si v. F. Giglioni, *I medici di medicina generale nella riscrittura dell'assistenza sanitaria territoriale*, in *Ist. fed.*, 2024, 4, 875 ss.

<sup>17</sup> Il 9 settembre 2025 sono state approvate in dalla Conferenza delle Regioni e delle Province autonome, le "Linee di Indirizzo per l'attività oraria da rendere da parte dei medici del ruolo unico di assistenza primaria nelle case della comunità" (cfr. <https://www.anaao.it/>) ovvero le indicazioni su come i Medici di Medicina Generale dovranno svolgere la loro attività oraria nelle Case della Comunità, integrandola con quella a ciclo di scelta e garantendo maggiore vicinanza ai cittadini, in linea con il d.m. n. 77/2022 e l'Accordo Collettivo Nazionale (ACN) 2019-2021, aggiornato ad aprile 2024. Queste linee guida, che devono essere attuate attraverso accordi regionali, sono vincolanti per i nuovi assunti ossia coloro che hanno ottenuto l'incarico a partire dal 2025, o i medici che già svolgono attività oraria.

<sup>18</sup> Le AUSL corrispondono alle principali aree provinciali e sub-provinciali: AUSL di Bologna, Ferrara,

Distretti sanitari <sup>19</sup>, da tre Aziende Ospedaliero-Universitarie e da cinque Istituti di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico (IRCCS).

Sotto il profilo della sostenibilità finanziaria, per l'assistenza sanitaria la Regione Emilia-Romagna sostiene un costo *pro-capite* pari a circa 2.325 euro in aumento di circa 300 euro rispetto a quanto era stato registrato nel 2015 (2.021 euro); di questi, circa il 51% finanzia l'assistenza territoriale, il 44% l'assistenza ospedaliera, mentre il restante 5% è destinato alla prevenzione.

La sanità territoriale è articolata secondo un sistema a rete che riconosce nella Regione l'ente pubblico territoriale programmatore e nelle Aziende USL i soggetti attuatori. La Regione impartisce periodicamente le linee strategiche attraverso il Piano Sanitario e Sociale Regionale, mentre le AUSL assicurano l'erogazione dei servizi a livello territoriale attraverso i Distretti, nonché per mezzo di una rete di poliambulatori pubblici e privati. A questi si aggiungono strutture residenziali e semi-residenziali per anziani, disabili e disagio mentale sia in età adulta che adolescenziale. A queste strutture si affiancano le cure domiciliari che annualmente prendono in carico circa 100.000 assistiti.

All'interno del perimetro territoriale presidiato dai Distretti uno degli elementi più caratteristici e peculiari del modello sanitario regionale è rappresentato dalle Case della Salute ovvero dalla loro successiva evoluzione rappresentata dalle Case della Comunità. Queste ultime si configurano, infatti, quali strutture polifunzionali che ospitano *equipe* multidisciplinari di medici di medicina generale, pediatri di libera scelta, specialisti, infermieri e altri professionisti sanitari, infine, operatori sociali e sociosanitari. Tali strutture sono punti di riferimento per l'erogazione di servizi di assistenza primaria, specialistica ambulatoriale, diagnostica di base e attività di prevenzione.

A livello regionale in Emilia-Romagna il debutto della fase attuativa del d.m. n. 77/2022, si è avuto con la DGR 1° agosto 2022, n. 1305 <sup>20</sup> che ha adottato il "Regolamento recante la definizione di modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nel Servizio Sanitario Nazionale". Tale Regolamento ha stabilito che, in

---

Imola, Piacenza, Parma, Reggio Emilia, Modena e della Romagna (che comprende le province di Forlì-Cesena, Ravenna e Rimini). Ogni AUSL è organizzata al proprio interno in Distretti, unità operative territoriali che rappresentano il livello di prossimità dell'assistenza sanitaria.

<sup>19</sup> Allo stato attuale l'Emilia-Romagna è articolata in 38 Distretti, con una popolazione compresa tra circa 30.000-40.000 abitanti nei Distretti della montagna, caratterizzati da scarsa densità abitativa e difficoltà di collegamento, e circa 200.000-250.000 abitanti nei Distretti corrispondenti ai principali capoluoghi di provincia fino a raggiungere i quasi 400.000 abitanti in area metropolitana. I Distretti sanitari rappresentano l'articolazione territoriale fondamentale del servizio sanitario regionale. Essi sono, infatti, responsabili della fase di programmazione, organizzazione e valutazione delle attività sanitarie e sociosanitarie nel proprio ambito territoriale, assicurando l'integrazione tra servizi sanitari, sociosanitari e sociali. Le funzioni distrettuali includono la gestione dell'assistenza primaria, l'assistenza specialistica ambulatoriale, l'assistenza domiciliare, i servizi consultoriali, la salute mentale territoriale, i servizi per le dipendenze, l'assistenza protesica e la medicina dello sport. Il Distretto coordina inoltre l'integrazione sociosanitaria con i Comuni attraverso specifici accordi e protocolli operativi.

<sup>20</sup> Cfr. DGR Emilia-Romagna 1° agosto 2022, n. 1305, in <https://serviziisr.regione.emilia-romagna.it/>.

attuazione di quanto previsto dal d.m. n. 77/2022, la Direzione Generale Cura della Persona, Salute e Welfare dovesse avviare un percorso di coinvolgimento e condivisione con le Aziende sanitarie, con gli enti locali e gli *stakeholder* più rappresentativi della comunità per pervenire alla proposta di un documento tecnico in merito all'implementazione del modello dell'assistenza territoriale nell'Emilia-Romagna.

Come primo provvedimento di programmazione dell'assistenza territoriale, in attuazione del d.m. n. 77/2022 è stata adottata dunque la DGR 12 dicembre 2022, n. 2221<sup>21</sup>. Quest'ultima evidenzia alcune criticità da affrontare: in primo luogo risalta un dato che fa riferimento al 47,8% di popolazione con patologie croniche (in crescita dal 45,6% del 2015); in secondo luogo si evidenzia un dato che concerne la multimorbilità con un significativo incremento popolazione con almeno due patologie croniche; in terzo luogo, si rileva un dato che riguarda la salute mentale con la crescita di pazienti NPIA (+20%), dipendenze patologiche (+7,5%), e salute mentale (+2,8%); in quarto luogo, risalta un dato che concerne la natalità con un forte calo nascite da 35.000 (2015) a 29.800 (2022), (-15,6%).

In Emilia-Romagna l'assistenza territoriale rappresenta uno dei cardini fondamentale del servizio sanitario. La popolazione residente può, infatti, contare sui medici del ruolo unico (che rappresentano l'evoluzione strutturale dei tradizionali medici di medicina generale, integrando l'assistenza primaria a ciclo di scelta con attività orarie di continuità assistenziale) e pediatri di libera scelta che, pur registrando una diminuzione, rappresentano comunque un punto di riferimento per la collettività. I medici del ruolo unico ed pediatri di libera scelta, operano nelle o in rete con le Case della Comunità con tutti i professionisti coinvolti nei percorsi assistenziali, riabilitativi e della prevenzione in coerenza con le linee programmatiche regionali e delle Aziende USL. Con la sottoscrizione all'inizio del 2026 del nuovo Accordo integrativo regionale per la Medicina Generale per gli specialisti ambulatoriali interni. Tra i punti qualificanti dell'Accordo spiccano le Aggregazioni funzionali territoriali (Aft)<sup>22</sup> e le Unità complesse di cure primarie (Uccp)<sup>23</sup>, che diventano modelli organizzativi obbligatori per gli specialisti ambulatoriali e le altre professionalità coinvolte. Tali strutture favoriscono il lavoro in équipe, l'integrazione ospedale-territorio e la continuità assistenziale, riducendo la frammentazione dei percorsi di cura e migliorando l'accesso alle prestazioni. In particolare mediante l'Accordo integrativo regionale si consolida il percorso evolutivo del ruolo dei medici di assistenza

---

<sup>21</sup> Cfr. DGR Emilia-Romagna 12 dicembre 2022, n. 2221, in <https://servizzisiir.regione.emilia-romagna.it/>.

<sup>22</sup> Le Aggregazioni Funzionali Territoriali (AFT) sono forme organizzative monoprofessionali della Medicina Generale. I medici di medicina generale partecipano obbligatoriamente alle aggregazioni funzionali territoriali. Ogni medico di medicina generale può far parte, a regime, di una sola AFT.

<sup>23</sup> Le UCCP sono invece strutture fisiche e multiprofessionali, spesso ospitate nelle Case della Comunità, che riuniscono i medici del ruolo unico, specialisti, infermieri e altre figure sanitarie e amministrative. se l'AFT rappresenta una rete tra medici del ruolo unico, la UCCP ne è l'evoluzione in una sede condivisa con un'équipe multidisciplinare. Proprio per questo, AFT e UUCP sono realtà che devono integrarsi nel disegno complessivo del territorio e non devono essere intese come mutualmente esclusive.

primaria, inseriti in una rete professionale (Aft e Uccp) e fisica (Case della comunità) supportata da strumenti tecnologici e personale dedicato. Tra i punti più innovativi dell'Accordo, che recepisce alcune novità introdotte dall'Accordo collettivo nazionale, risalta l'istituzione delle Aft che oltre a divenire il pilastro obbligatorio in tutto il territorio regionale (avente una popolazione di riferimento ottimale di 30.000 assistiti) assolvono a compiti assistenziali e di governo clinico e operano come forme mono-professionali integrate nel sistema delle AUSL; in modo è articolare attraverso le Unità complesse di cure primarie con sede privilegiata nelle Case della comunità, che diventano le sedi di riferimento delle Aft. In tali sedi i medici garantiscono attività ambulatoriale continuativa (dalle ore 8 alle 20, dal lunedì al venerdì) rivolta a tutta la popolazione ad accesso diretto.

In sinergia con i medici del ruolo unico ed pediatri di libera scelta, opera, infatti su base territoriali il complesso delle strutture che caratterizzano l'assistenza primaria e, in particolare, le Case della Comunità e gli Ospedali della Comunità, nei quali la Regione ha investito una quota consistente di risorse fin dal 2010. Attualmente sono attive in Regione 141 Case della Comunità che garantiscono assistenza a quasi 3 milioni di residenti, affiancate da 24 Ospedali di Comunità con una capienza di 380 posti letto (ne sono attesi entro il 2026 altri 24 per 486 posti letto di cui 20 per 416 posti letto nell'ambito del Piano Operativo Regionale (POR) allegato al Contratto Istituzionale di Sviluppo (CIS) nell'ambito del PNRR).

La Deliberazione citata disegna una rete di assistenza sanitaria territoriale che entro il 2026, sulla base delle prescrizioni di cui al d.m. n. 77/2022, prevede come obiettivo finale l'istituzione di un numero complessivo pari 89 Case della Comunità hub (una ogni 40-50.000 mila abitanti). Tutto ciò implica l'evoluzione ed il completamento del passaggio dalle Case della Salute<sup>24</sup> alle Case della Comunità<sup>25</sup> e che si stabilisca una collaborazione con le Aziende USL ed un percorso di riorganizzazione e adeguamento delle strutture esistenti per soddisfare i criteri richiesti. Le Aziende USL ed i Distretti condividono il piano di sviluppo delle Case della Comunità a livello, rispettivamente, provinciale o metropolitano e distrettuale mediante la negoziazione istituzionale garantita dalla Conferenza Territoriale Sociale e Sanitaria (CTSS) e dal Comitato di Distretto (CdD). È stata dunque confermata la *governance*

---

<sup>24</sup> Per affrontare l'incremento della popolazione anziana, la Regione Emilia-Romagna è quella che più di tutte ha scommesso sul modello della Casa della salute: già nel 2020 ne risultavano 124, il più alto a livello nazionale. La DGR n. 291/2010, a cui ha fatto seguito la delibera n. 2128/2016, definivano già la Casa della salute come una struttura «facilmente riconoscibile e raggiungibile dalla popolazione, dove trovare risposta alla maggior parte dei bisogni, attraverso la garanzia dell'accesso all'erogazione dell'assistenza sanitaria, sociosanitaria e socio-assistenziale in integrazione con i professionisti dell'ambito sociale»: un centro, quindi, il cui valore aggiunto è costituito dall'integrazione e dal coordinamento tra servizi sanitari (ospedale-territorio) e sociali, improntato alla concretizzazione della medicina d'iniziativa, attraverso la partecipazione della comunità.

<sup>25</sup> Sull'evoluzione dell'assistenza territoriale in Emilia-Romagna in particolare con riferimento al passaggio da Case della Salute a Case della Comunità si v. C. Tubertini, *Dalle Case della salute alle Case della comunità: la nuova sanità territoriale in Emilia-Romagna*, in *Corti supreme e salute*, 2023, 3, 641 ss., spec. 646 ss.

pubblica, a partire dalla programmazione, al fine di garantire l'equità nell'accesso dei servizi e il controllo dei livelli di qualità.

La Casa della Comunità così come prospettata nel modello sanitario regionale, diventa il punto di sintesi erogativo del complesso delle prestazioni e delle attività offerte da tutte le strutture che operano a favore della salute della collettività di riferimento nell'ambito territoriale di competenza, sia erogati direttamente dal servizio sanitario regionale, sia da altri soggetti pubblici territoriali (enti locali, privati accreditati, farmacie dei servizi, reti sociali e di volontariato). Al Distretto spetta il ruolo di regia al fine di realizzare collaborazioni generative (c.d. "patti per la salute") per l'avvio, il consolidamento e l'implementazione di progettualità orientate all'integrazione delle politiche di welfare, di salute, di sostenibilità ambientale, educative, lavorative, nell'ottica olistica dell'approccio "OneHealth"<sup>26</sup>. L'obiettivo finale è rafforzare il senso di affiliazione dei cittadini nei confronti della Casa della Comunità di riferimento, facendone un luogo di partecipazione e di valorizzazione di tutte le risorse presenti, in coerenza con la DGR n. 2324/2023 che ha approvato il progetto formativo e di sperimentazione CasaCommunityLab<sup>27</sup> e che sostiene e promuove il passaggio dalle Case della salute alle Case della Comunità. A questo scopo, al Distretto è affidata la promozione della co-progettazione e dell'effettiva partecipazione della comunità ai processi di cura.

Per quanto riguarda gli Ospedali di Comunità, che si configurano quali strutture intermedie tra l'assistenza domiciliare e l'ospedale, in sostanza un ponte tra i servizi territoriali e l'ospedale per tutte quelle persone che non hanno necessità di essere ricoverate in reparti specialistici, ma necessitano di un'assistenza sanitaria che non potrebbero ricevere a domicilio, la programmazione regionale prevede che, a regime, il numero di posti letto, in linea con lo *standard* atteso di 20 posti letto ogni 100.000 abitanti, sia complessivamente di circa 900. Accanto alle Case della Comunità ed agli Ospedali di Comunità sono previste altre strutture e altri servizi territoriali.

In primo luogo, opera l'Infermiere di Famiglia o Comunità, ovvero la figura di riferimento che assicura l'assistenza infermieristica ai diversi livelli di complessità in collaborazione con tutti i professionisti presenti nella comunità in cui opera, perseguendo l'integrazione interdisciplinare, sanitaria e sociale dei servizi e dei professionisti e ponendo al centro la persona. Il d.m. n. 77/2022 prevede il coinvolgimento di un Infermiere di Famiglia o Comunità ogni 3.000 abitanti.

In secondo luogo, opera l'Unità di Continuità Assistenziale che è un'équipe che

---

<sup>26</sup> C. Tubertini, *op. cit.*, 647.

<sup>27</sup> CasaCommunityLAB è un percorso di ricerca, formazione e intervento finalizzato a sostenere la transizione da Casa della Salute a Casa della Comunità nella Regione Emilia-Romagna. La presa in carico integrale della persona, con particolare attenzione alle realtà di maggiore complessità, è al centro di questo cambiamento. Allo stesso tempo, un ruolo chiave spetta alla partecipazione delle comunità interprofessionali e cittadine nel delineare il progetto di salute e benessere del proprio territorio. CasaCommunityLAB è progettato, promosso e realizzato dal Settore Innovazione nei servizi sanitari e sociali della Regione Emilia-Romagna, attraverso l'esperienza e la sinergia interprofessionali di metodologie specialiste della formazione e dell'innovazione sociale. Il percorso nasce infatti nel novembre 2023 dalla fusione di due metodi di lavoro: il CaSaLAB e il Community Lab.

afferisce al Distretto ed è composta da un medico ed un infermiere che operano sul territorio di riferimento anche attraverso l'utilizzo di strumenti di telemedicina in collaborazione con i medici di medicina generale, i pediatri di libera scelta, specialisti e altri professionisti della rete dei servizi sanitari, sociali e sociosanitari.

In terzo luogo, opera la Centrale operativa territoriale, che è un modello organizzativo che svolge una funzione di coordinamento della presa in carico della persona e raccordo tra servizi e professionisti coinvolti nelle diverse attività assistenziali (territoriali, sanitarie e sociosanitarie, ospedaliere) e dialoga con la rete dell'emergenza-urgenza. La programmazione prevista dal d.m. n. 77/2022 individua per l'Emilia-Romagna la realizzazione di 45 Centrali operativa territoriali.

In quarto luogo, opera la Centrale Operativa 116117 sede del Numero Europeo Armonizzato (NEA) finalizzato alle cure mediche non urgenti. Tale struttura offre un servizio telefonico gratuito alla popolazione attivo 24 ore al giorno sette giorni su sette per tutte le prestazioni sanitarie e sociosanitarie a bassa intensità assistenziale.

In quinto luogo, opera accanto ai servizi citati, anche l'assistenza domiciliare, che in Emilia-Romagna è collegata in rete con gli altri servizi sanitari, sia ospedalieri che territoriali e con i servizi sociali dei Comuni per garantire la continuità delle cure e dell'assistenza. Il sistema prevede diverse tipologie di assistenza domiciliare, in particolare la DGR n. 124/1999, integrata da altri atti, tra i quali la DGR n. 1378/1999 e successive evoluzioni, ha consolidato l'assistenza domiciliare nel territorio regionale, prevedendo le seguenti tipologie: in primo luogo ci è l'Assistenza Domiciliare Integrata (ADI) rivolta a persone in condizione di non autosufficienza o fragilità, che necessitano di prestazioni sanitarie continuative, fornite da un'equipe multidisciplinare (medici, infermieri, fisioterapisti etc.). Tale forma di assistenza viene attivata attraverso il Servizio Assistenza Anziani dopo valutazione dell'Unità di Valutazione Multidimensionale; in secondo luogo vi è l'Assistenza Domiciliare Programmata (ADP) che rappresenta un livello assistenziale base per interventi sanitari temporanei o programmati (medici, infermieristici o riabilitativi); in terzo luogo vi è il Servizio di Assistenza Domiciliare (SAD) gestito di norma dai Comuni o dagli enti gestori e offre supporto nella vita quotidiana; in quarto luogo vi sono tipologie di assistenza domiciliare basate sull'intensità a sua volta articolate in tre fasce: bassa intensità (livello 1) in cui si registra la prevalenza di interventi infermieristici o riabilitativi sporadici; media intensità (livello 2) in cui si registrano cure più frequenti e multidisciplinari; alta intensità (livello 3) in cui si registrano cure intensive, frequenti, per pazienti complessi, spesso in fase post-acuta o terminale. Il Servizio sanitario nazionale assicura, infatti, alle persone non autosufficienti e in condizioni di fragilità, con patologie in atto o esiti delle stesse, percorsi assistenziali a domicilio costituiti dall'insieme organizzato di trattamenti medici, riabilitativi, infermieristici e di aiuto infermieristico necessari per stabilizzare il quadro clinico, limitare il declino funzionale e migliorare la qualità della vita<sup>28</sup>. Il d.m. n. 77/2022 prescrive che il servizio

---

<sup>28</sup> Cfr. art. 22, d.p.c.m. 12 gennaio 2017 «Definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza, di cui all'articolo 1, comma 7, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502».

di cure domiciliari garantisca, a regime, la continuità assistenziale 7 giorni su 7 in maniera continuativa. In Emilia-Romagna è garantita l'assistenza domiciliare fino a 12 ore al giorno 7 giorni su 7. L'assistenza domiciliare è assicurata al 9,17% della popolazione di età superiore a 65 anni, un dato al 31 dicembre 2025<sup>29</sup> con la prospettiva di raggiungere e superare il 10% dei pazienti over 65 (in linea con le migliori prassi europee). Il sistema sanitario regionale si prefigge l'obiettivo del raggiungimento dello standard di copertura del 10% della popolazione superiore a 65 anni, nonché la diffusione sull'intero territorio regionale della continuità assistenziale nell'intera giornata.

In sesto luogo, opera ed è presente la rete delle cure palliative rivolte a persone malate di qualunque età e non sono prerogativa della fase terminale della malattia, possono affiancarsi alle cure attive fin dalle fasi precoci della malattia cronico-degenerativa, controllare i sintomi durante il decorso della malattia, prevenendo o attenuando gli effetti del declino funzionale. La rete si articola attraverso alcuni nodi: l'ambulatorio, dedicato ai pazienti in grado di accedere autonomamente al servizio, è il luogo di cura adatto per avviare le cure palliative e in questa sede l'attività è garantita da equipe multiprofessionali; l'ospedale, in cui le cure palliative sono erogate attraverso la consulenza specialistica dell'equipe multiprofessionali; il domicilio, il luogo privilegiato per mantenere le proprie abitudini e ritmi di vita, il contatto con le persone care. A livello domiciliare le cure sono erogate dall'Unità di cure palliative domiciliari (Ucpd), composte dal medico di famiglia, infermiere, medico palliativista e dalle figure professionali necessarie a rispondere ai bisogni della persona e della sua famiglia attraverso l'attuazione del Piano assistenziale individuale (Pai); infine l'*hospice* che garantisce l'assistenza a livello residenziale con equipe specialistiche multiprofessionali e che accoglie, in un ambiente confortevole e simile alla casa, pazienti che richiedono cure specialistiche palliative continue per il trattamento di sintomi e fasi critiche della malattia non gestibili nella propria abitazione e con impossibilità dei familiari a rispondere alle necessità dell'assistenza. Il ricovero può anche essere temporaneo con riaffido all'equipe domiciliare. In base alle indicazioni in merito agli *standard* fornite dal d.m. n. 77/2022 le strutture residenziali *Hospice* è prevista una variabile che va da 8 a 10 posti letto ogni 100.000 abitanti. In Emilia-Romagna lo *standard* oggi raggiunto è di 7 posti letto ogni 100.000 abitanti articolati su 23 hospice (con 312 posti letto). Entro il 2026 dovranno essere attivi, in relazione allo standard, da un minimo di 357 a un massimo di 446 posti letto.

In settimo luogo, operano i servizi che garantiscono la salute a minori, donne, coppie e famiglie, con la presenza del Consultorio familiare e del servizio di Pediatria di comunità: entrambi rappresentano servizi consolidati, ad accesso gratuito, investiti di compiti legati alla prevenzione, promozione della salute, consulenza e cura rivolte a donne, minori, famiglie, all'interno della collettività territoriale di riferimento.

---

<sup>29</sup> Cfr. Direzione Generale Cura della Persona, Salute e Welfare, *Piano degli obiettivi 3/2025* (19 gennaio 2026), in [www.servizi.emilia-romagna.it](http://www.servizi.emilia-romagna.it).

In ottavo luogo, operano i servizi di prevenzione attivi in ambito sanitario, ambientale e climatico. Il Dipartimento di Sanità pubblica ha il compito di promuovere azioni dirette a individuare e rimuovere le cause di nocività e malattia di origine ambientale, umana e animale, attraverso la predisposizione di iniziative coordinate con i Distretti e con i Dipartimenti dell’Azienda USL e delle aziende ospedaliere.

In aggiunta, un altro servizio centrale nello sviluppo e nel rafforzamento dell’assistenza territoriale è quello della Telemedicina, ovvero un approccio innovativo e avanzato alla pratica sanitaria, consentendo l’erogazione di servizi e prestazioni a distanza mediante l’utilizzo di dispositivi digitali, internet, *software* e delle reti di telecomunicazione. I diversi servizi nei quali si estrinseca la telemedicina, ovvero televisita specialistica, teleassistenza, telemonitoraggio, teleriabilitazione, teleconsulto medico, teleconsulenza medico sanitaria o telerefertazione, costituiscono un’opportunità e un fattore che abilita la modellazione di forme di gestione integrata dell’assistenza, con particolare attenzione al carattere della cronicità. La Regione al fine di diffondere tale servizio innovativo ha in primo luogo applicato l’accordo raggiunto in Conferenza Stato-Regioni del 17 dicembre 2020 “Indicazioni Nazionali per l’Erogazione di prestazioni in telemedicina”<sup>30</sup>. Inoltre, la Regione ha avviato e concluso il primo Progetto regionale di Telemedicina 2016-2022<sup>31</sup> finalizzato all’implementazione dei servizi di telemedicina nelle località caratterizzate da eccezionali difficoltà di accesso, per garantire equità e appropriatezza nell’accesso e nella fruizione dei servizi sanitari. I servizi di Telemedicina trovano un’adeguata sede di implementazione nelle Case della Comunità, dove viene garantita la presa in carico dei pazienti cronici.

Infine, occorre a chiusura della trattazione, occorre ricordare che nell’ambito della programmazione dell’assistenza territoriale, i servizi di salute mentale adulti, neuropsichiatria dell’infanzia e dell’adolescenza, dipendenze patologiche e psicologia vanno integrati nel modello territoriale e distrettuale, così come definito dal d.m. n. 77/2022. Tale passaggio risulta fondamentale al fine di migliorare la qualità e l’appropriatezza dell’assistenza, identificando le modalità organizzative più coerenti ai modelli adottati, secondo criteri di qualità, equità ed efficienza, che favoriscano l’utilizzo coordinato delle risorse per l’assistenza sociosanitaria.

Accanto alla riorganizzazione della rete di assistenza territoriale, la Deliberazione che ha impostato la prima programmazione in attuazione del d.m. n. 77/2022 si è occupata anche di stimare un fabbisogno di personale sanitario necessario al potenziamento della rete di assistenza territoriale, e quantificandolo complessivamente in 5.500 professionisti tra medici (con la previsione di 3.000 pensionamenti previsti nei prossimi dieci anni) infermieri (con la previsione di 5.500 pensionamenti previsti nei prossimi dieci anni), personale tecnico-amministrativo e operatori socio-sanitari, assistenti sociali e fisioterapisti. Inoltre, a questi dati occorre considerare che si è

---

<sup>30</sup> Cfr. DGR Emilia-Romagna 2 agosto 2021, n. 1227, in <https://servizzisir.regione.emilia-romagna.it/>.

<sup>31</sup> Per consultare gli esiti dello studio primo Progetto regionale di Telemedicina 2016-2022 si v. <https://regioneer.it/telemedicinaER-20162022>.

registrato nel periodo 2015-2021 un calo del numero dei Medici di medicina generale pari a 370 unità e parimenti una diminuzione dei Pediatri di libera scelta nello stesso periodo pari a 47 unità.

Accanto alla programmazione del personale necessario all'assolvimento delle funzioni e delle attività proprie dell'assistenza sanitaria territoriale la Deliberazione prefigura anche un vasto programma di formazione incardinato su quattro direttive principali.

La prima direttiva fa riferimento allo sviluppo di un nuovo sistema di *welfare* generativo di comunità che appunto abbia il punto di avvio dalla comunità e dai suoi bisogni e non dall'ente erogatore dei servizi. Tutto ciò presuppone il superamento della logica della Casa della Salute, intesa come punto di offerta e consumo di un insieme di prestazioni individualizzate, per sviluppare un approccio innovativo basato sulla consapevolezza della salute come bene comune, che trovi nuove forme di esercizio nelle Case della Comunità.

La seconda direttiva fa riferimento all'infermiere di famiglia e di comunità sviluppo professionale e organizzativo della figura dell'infermiere di famiglia e di comunità, fondamentale per favorire l'evoluzione anzidetta, nella logica del potenziamento dell'assistenza territoriale.

La terza direttiva fa riferimento all'organizzazione di percorsi multidisciplinari per la formazione di Direttori di Distretto, Direttori Cure primarie, Responsabili Case della Comunità e tutti gli operatori coinvolti nella gestione delle strutture territoriali. Infine, la quarta direttiva si riferisce generalmente alla promozione di iniziative di formazione con la comunità nelle sue diverse articolazioni, con gli operatori dei servizi sociali e sanitari, università, istituzioni educative e scolastiche, operatori del terzo settore, associazionismo e cittadinanza, per favorire la creazione di nuove relazioni e nuove reti che rispondano in modo adeguato ai bisogni del territorio.

Oltre al quadro descritto, la DGR n. 2221/2022 predispose un cronoprogramma di azioni per attuare il d.m. n. 77/2022 e affida il governo e monitoraggio della fase attuativa alla Direzione Generale cura della persona, salute e welfare e segnatamente al Servizio Assistenza Territoriale. Il monitoraggio sistematico delle attività e del livello di riorganizzazione dell'assistenza territoriale può contare, a livello regionale, su un sistema informativo regionale.

La citata Deliberazione rappresenta un documento allo stesso tempo strategico e complesso che testimonia l'impegno profuso dalla Regione Emilia-Romagna a favore dell'innovazione del sistema sanitario territoriale, con un approccio metodologicamente solido e sfidante.

La descrizione e l'analisi del processo di riforma dell'assistenza sanitaria territoriale a livello regionale non possono considerarsi esaurite ed esaustive se non menzionando un altro significativo intervento che assume per rilevanza un'importanza strategica nel percorso di riforma, ovvero la DGR 17 luglio 2023, n. 1206<sup>32</sup>.

---

<sup>32</sup> Cfr. DGR Emilia-Romagna 17 luglio 2023, n. 1206, in <https://servizzisiir.regione.emilia-romagna.it/>.

Quest'ultima si inserisce nel framework normativo nazionale definito dal d.m. n. 77/2022 e definisce le linee di indirizzo alle aziende sanitarie per la riorganizzazione della rete dell'emergenza urgenza a livello regionale, con la finalità di rispondere alle sfide demografiche ed epidemiologiche, attraverso una riorganizzazione sistemica che privilegia la prossimità, l'integrazione e la continuità assistenziale.

In premessa occorre rilevare che la presente riforma si avvale delle risorse messe a disposizione dalla Missione 6 (Salute) dedicate specificatamente a: costruzione e ristrutturazione delle Case di Comunità; dotazione tecnologica delle COT; implementazione dei sistemi informativi integrati; formazione del personale per i nuovi modelli organizzativi.

I principi fondanti di tale riforma sono: il principio di prossimità; il principio di integrazione socio-sanitaria; il principio di continuità assistenziale; principio di equità d'accesso alle cure e di appropriatezza e sicurezza delle cure.

Il principio di prossimità perché la riforma si basa sul concetto di "sanità di prossimità", che prevede l'erogazione dei servizi sanitari il più vicino possibile al domicilio del cittadino, riducendo la necessità di spostamenti e favorendo l'accessibilità territoriale, particolarmente critica nelle aree montane e rurali della regione.

Il principio di integrazione socio-sanitaria perché la riforma ritiene strategica ed essenziale l'integrazione tra servizi sanitari, socio-sanitari e sociali, superando la tradizionale frammentazione settoriale mediante la creazione di percorsi assistenziali unificati e la condivisione di strumenti di valutazione multidimensionale. L'integrazione tra servizi sanitari e sociali è realizzata attraverso specifici accordi con i Comuni e l'Unione di Comuni. Sono operativi Punti Unici di Accesso (PUA) che garantiscono una valutazione multidimensionale dei bisogni e l'accesso integrato ai servizi.

Il principio di continuità assistenziale, perché la riforma si propone di assicurare la continuità assistenziale attraverso la definizione di percorsi strutturati che colleghino l'assistenza ospedaliera, quella territoriale e quella domiciliare, garantendo transizioni appropriate e riducendo le re-ospedalizzazioni evitabili.

Nell'ambito della riforma intrapresa la Deliberazione citata prevede che il potenziamento dei servizi già esistenti si integri e trovi un coordinamento opportuno con alcune azioni di intervento specifiche: lo sviluppo ed il completamento della rete delle Case della Comunità; l'istituzione delle Centrali Operative Territoriali (COT), previsti dal d.m. n. 77/2022, che hanno come mission istituzionale il coordinamento della presa in carico della persona raccordando servizi territoriali e professionisti coinvolti; infine, l'attivazione dei centri di assistenza e urgenza (CAU) in funzione di una riorganizzazione della risposta ai bisogni urgenti differibili, della copertura medica territoriale per 24 ore e della riduzione del sovraffollamento del pronto soccorso dovuto a patologie a bassa criticità.

La DGR n. 1206/2023 recepisce, dunque, in relazione allo sviluppo della Case della Comunità sia *hub* sia *spoke*, integralmente gli *standard* indicati dal d.m. n. 77/2022 (v. *supra* § 2). In base al monitoraggio effettuato da Agenas sullo stato di implementazione, in ogni singola regione e provincia autonoma di Trento e di Bolzano, degli *standard* qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi delle strutture

dedicate all'assistenza territoriale, riguardante il II° semestre 2024, l'Emilia-Romagna ha 44 strutture assimilabili a Case della Comunità nell'ambito del Piano Operativo Regionale (POR) allegato al Contratto Istituzionale di Sviluppo (CIS) nell'ambito del PNRR e deve attivarne entro il 2026 84 Case della Comunità, che prevedono 24 nuove edificazioni, e 61 interventi di ristrutturazione o ampliamento.

Le COT costituiscono, tuttavia, l'elemento di più alta innovazione organizzativa della riforma generale, costituendo il punto operativo dell'assistenza territoriale con operatività continua a tutte le ore e tutti i giorni. La DGR n. 1206/2023 definisce un modello organizzativo articolato su più livelli: un livello primo livello che prevede una COT in ogni Azienda USL con il coordinamento strategico dell'assistenza territoriale a livello aziendale, l'integrazione con la programmazione sanitaria e socio-sanitaria aziendale, infine, la gestione delle relazioni con gli altri soggetti erogatori pubblici e privati accreditati; un secondo livello che prevede COT istituite e rese operative per ambiti territoriali di 100.000-150.000 abitanti con la gestione operativa diretta dell'assistenza domiciliare ed il raccordo con le Case della Comunità e i servizi erogati a livello territoriale. Le funzioni principali cui sono chiamati ad assolvere le COT sono: azione di coordinamento dell'ADI; gestione delle dimissioni ospedaliere protette garantendo la continuità delle cure ai pazienti; azione di integrazione con i PUA; raccordo con il servizio di Emergenza-Urgenza 118. Analizzando i dati forniti dal monitoraggio effettuato da Agenas, è possibile evincere che ad oggi sul territorio regionale operano 47 che corrispondono esattamente alla programmazione attesa a livello regionale.

Infine, l'aspetto maggiormente innovativo della riforma realizzata mediante la DGR n. 1206/2023 è l'istituzione dei CAU. Queste strutture rappresentano l'innovazione più significativa nel panorama dell'urgenza territoriale italiana configurandosi come strutture territoriali destinate alla gestione delle urgenze sanitarie a bassa complessità clinico assistenziale che garantiscono, oltre alle prestazioni erogate dalla continuità assistenziale, prestazioni non complesse attualmente erogate nei Punti di Primo Intervento e nei Pronto Soccorso, avendo quale obiettivo anche la decongestione strategica dei Pronto Soccorso. A giugno 2025, sono attivi sul territorio regionale 46 CAU. I CAU afferiscono alla rete di cure primarie e pur rivestendo natura sperimentale rappresentano un modello di applicazione coerente del d.m. n. 77/2022 per gli aspetti relativi alla continuità assistenziale previsti nelle Case della Comunità. I modelli organizzativi dei CAU in Emilia-Romagna sono tre: CAU collocati nelle sedi dei Punti di Primo Intervento, quindi autonomi; CAU collocati nell'ambito delle Case di Comunità; CAU collocati presso strutture ospedaliere esistenti. I CAU hanno quale punto di riferimento un Ospedale Polispecialistico o distrettuale, con la garanzia di accessibilità e tempestività di cure e continuità dei percorsi assistenziali. I CAU sono strutture dotate di competenze clinico-assistenziali e strumentali in grado di fornire risposta ai problemi e ai bisogni di carattere acuto di modesta entità e alle situazioni di minore criticità e bassa complessità.

La DGR n. 1206/2023 dedica, inoltre, particolare attenzione alla riorganizzazione sistemica del sistema dell'emergenza-urgenza territoriale, che costituisce un elemento critico per l'efficienza complessiva del sistema sanitario regionale e per il successo

della riforma territoriale medesima. La riforma prevede, infatti, una riorganizzazione ovvero razionalizzazione delle Centrali Operative 118 sul territorio attraverso: l'istituzione delle Centrali Operative di Area vasta; l'attivazione di protocolli avanzati di Dispatch, ovvero di procedure standardizzate e documentate finalizzate alla gestione ottimale ed efficiente delle richieste di soccorso, che permettono di determinare la gravità dell'emergenza ed inviare i mezzi più idonei e fornire istruzioni al soggetto interpellante. Un altro passaggio fondamentale della riforma dell'emergenza urgenza è sicuramente anche quello che concerne il potenziamento del personale specializzato, ovvero (medici e infermieri specializzati e operatori di Centrale Operative adeguatamente formati) unitamente al rafforzamento ed ammodernamento della rete dei mezzi di soccorso. Un ulteriore aspetto della riforma riguarda l'integrazione delle Centrali operative con le nuove strutture territoriali, ovvero con i CAU, con le COT e con la creazione di un'interfaccia anche con le Case della Comunità. La riforma prevede anche la razionalizzazione avanzata della rete dei Pronto Soccorso con l'articolazione di più livelli di assistenza in base alla complessità: Pronto Soccorso di I° livello (oggi sostituiti dai CAU di fatto) per le patologie minori; Pronto Soccorso di II° livello territoriali per le patologie più complesse, infine Pronto Soccorso integrati con i CAU. La riforma investe potenziando anche il sistema informativo e di monitoraggio, con rafforzamento del sistema informativo EMUR (Emergenza-Urgenza) e l'integrazione sinergica dei diversi sistemi informativi territoriali e ospedalieri.

#### 4. Considerazioni conclusive

La DGR n. 1206/2023 come pietra miliare della riforma dell'assistenza territoriale, rappresenta un provvedimento fondamentale nella riorganizzazione e nell'aggiornamento del sistema sanitario dell'Emilia-Romagna, perché ha il merito di avere tracciato alcune linee guida di una strategia più complessiva al fine di rispondere in modo efficace ed efficiente alle plurime sfide demografiche ed epidemiologiche del territorio attraverso *in primis* il rafforzamento e l'ottimizzazione dell'assistenza e della medicina territoriale. La Regione Emilia-Romagna sta progressivamente attivando le strutture e i servizi territoriali previsti dalla riforma e anche il recente Accordo integrativo regionale per la medicina generale in Emilia-Romagna, siglato a febbraio 2026, costituisce una tappa fondamentale per la costruzione di sanità territoriale sempre più accessibile e integrata, con un'assistenza sanitaria migliore, più ampia, diffusa e organica. Con la sottoscrizione dell'Accordo si determina così il passaggio da un modello organizzativo individuale ad uno organico.

Il successo dell'implementazione e dell'avanzamento della riforma, dipenderà chiaramente dalla capacità di mantenere un equilibrio tra la volontà di imprimere una trasformazione effettiva e quindi un cambio di paradigma e di approccio nel disegno riformatore della sanità a livello regionale e l'approccio animato dall'intenzione di pragmatismo e concretezza nell'elaborazione e predisposizione delle soluzioni operative, tenendo conto delle asimmetrie e peculiarità territoriali e delle risorse finanziarie disponibili entro un tempo prestabilito dal PNRR, ovvero il 2026.

Tuttavia, non mancano criticità a livello nazionale, nella fase attuativa della Missione 6 (Salute), in particolare la riforma dell'assistenza territoriale e l'attuazione del fascicolo sanitario elettronico procedono decisamente a rilento, con marcate disegualianze tra le Regioni. Infatti, con riferimento alla Missione 6 (Salute) un terzo degli interventi (360 milioni di euro) resta ancora da avviare, circa il 70% non è stato completato entro le scadenze previste (per un valore di quasi un miliardo di euro).

L'esperienza dell'Emilia-Romagna, se portata a compimento senza troppi ritardi e nei termini descritti, potrà dunque costituire un modello di riferimento per altre regioni italiane, contribuendo alla costruzione di un processo, in atto a livello nazionale, di rafforzamento dell'assistenza territoriale previsto dalla Missione 6 (Salute) e rappresentando un caso studio significativo ai fini della valutazione dell'efficacia delle politiche di riorganizzazione sanitaria in contesti demografici caratterizzati da rapido invecchiamento e dalla cronicità.

La valutazione sistematica dei risultati sotto il profilo degli obiettivi in termini di tutela del diritto alla salute e di sostenibilità economica del modello assistenziale sarà strategica per orientare eventuali interventi correttivi e per consolidare le innovazioni più efficaci, contribuendo all'evoluzione del sistema sanitario nazionale verso modelli di assistenza e presa in carico più appropriati e adeguati ai bisogni e ai cambiamenti in atto nella popolazione. Tutto ciò nella consapevolezza che il modello assistenziale e di cura cui ispirare le politiche per la salute non può prescindere dalla garanzia dell'universalismo e dell'equità nell'accesso alle prestazioni per garantire uno sviluppo sostenibile.