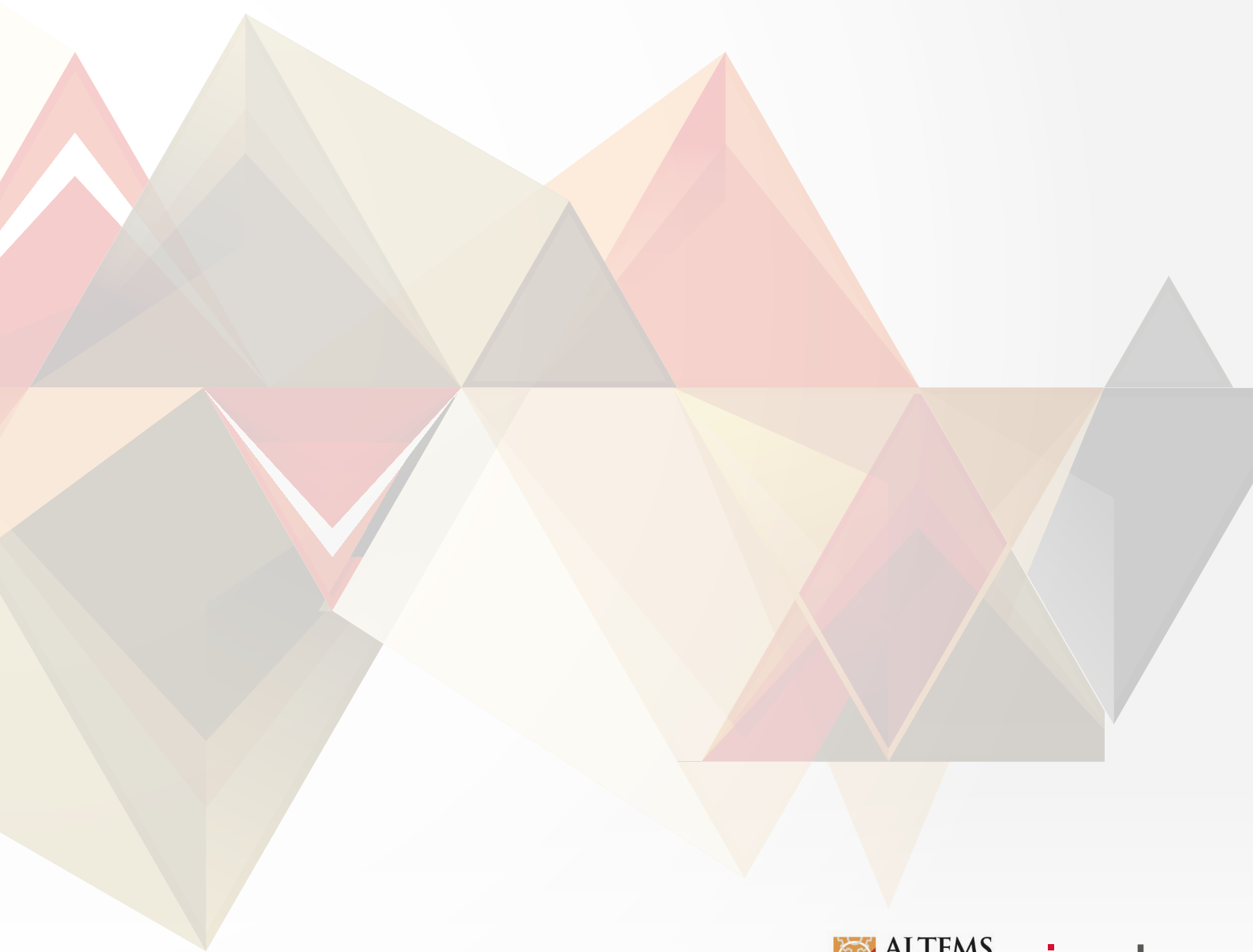


La Comunità che Cura

evidenze, sfide e prospettive
per la medicina di prossimità,
la gestione delle cronicità e
l'assistenza territoriale

Documento di sintesi e di indirizzo istituzionale



INDICE

1. Executive summary	4
2. Introduzione	5
3. Stato dell'arte del DM77: dove si sta producendo valore e dove ancora si fa fatica.....	6
4. La gestione integrata delle cronicità e il tema delle "altre cronicità"	8
5. Governance, dati e misurazione: dalla compliance agli outcome	9
6. I risultati della survey: fotografie dai Territori	11
7. Raccomandazioni di policy	12
Addendum: Il report della survey	14

1. EXECUTIVE SUMMARY

Nel triennio successivo all'emanazione del DM77/2022, il Servizio Sanitario Nazionale ha avviato un profondo processo di **ripensamento della medicina di prossimità**, fondato su **nuove infrastrutture territoriali** (Case della Comunità, Ospedali di Comunità, Centrali Operative Territoriali), **standard organizzativi condivisi** e **obiettivi** espliciti di **integrazione e continuità delle cure** orientando il sistema verso una presa in carico **continuativa, multidisciplinare e integrata** delle persone con bisogni sanitari e socio-sanitari complessi.

Oggi, il Servizio Sanitario Nazionale si trova nella fase più complessa e, al tempo stesso, decisiva: quella della "messa a terra". A fronte di questi avanzamenti normativi e programmatici, l'implementazione della riforma si presenta tuttora fortemente disomogenea tra regioni e territori, con differenze rilevanti negli stati di avanzamento, nei modelli organizzativi adottati, nella disponibilità e allocazione del personale, e nella capacità concreta di presa in carico dei bisogni sanitari e socio-sanitari complessi.

La posta in gioco non è soltanto l'adeguamento a uno standard organizzativo, ma un **cambiamento culturale**: passare dalla cura episodica e ospedale-centrica a una gestione complessiva e proattiva della salute nel territorio.

Il presente documento nasce con l'obiettivo di dare continuità al progetto **"La Comunità che cura - L'unione fa la salute"** (2022) e all'omonima pubblicazione edita da Egea, che nell'arco di circa un anno ha approfondito singole esperienze regionali di implementazione del DM77/2022 nella gestione del paziente cronico, coinvolgendo otto Regioni chiave: **Piemonte, Lombardia, Emilia-Romagna, Toscana, Lazio, Campania, Puglia e Sicilia**.

L'iniziativa si proponeva di **mappare e valorizzare modelli territoriali virtuosi di presa in carico**, in cui la dimensione di prossimità diventava fulcro di una programmazione sanitaria più accessibile e sostenibile. Con un'impostazione dichiaratamente **"sistemica"**, orientata a superare logiche a silos, il progetto non si limitava a raccogliere buone pratiche, ma mirava a leggerle come componenti di un disegno più ampio di **processi, strutture, ruoli e governance** che, se messi a sistema, possono migliorare l'efficacia clinica, la qualità della presa in carico e l'uso efficiente delle risorse.

Attraverso un percorso che ha coinvolto **oltre 40 decisori regionali e Direttori Generali** delle strutture sanitarie dei territori di riferimento, il progetto ha individuato e validato insieme agli stakeholder **otto "sfide"** strategiche: dalla capacità di **connettere ospedale e territorio** e **ingegnerizzare i percorsi clinico-assistenziali**, all'**integrazione tra dimensione sanitaria e sociale**, fino alla **transizione digitale** e alla valorizzazione del **farmaco come indicatore di presa in carico**. Nel loro insieme, queste sfide costituiscono ancora oggi una griglia interpretativa utile per comprendere dove la riforma sta generando valore e dove, invece, permangono gap organizzativi e di governance che richiedono interventi mirati.

A partire da quanto emerso e per dare continuità al progetto, il 16 dicembre 2025 si è tenuto a Roma un incontro, dal titolo **"Tre anni di DM77: evidenze, sfide e prospettive per la medicina di prossimità, la gestione delle cronicità e l'assistenza territoriale"**, momento di confronto riservato a **decisori regionali, manager sanitari, esperti di policy e stakeholder del sistema salute**, con l'obiettivo di condividere e approfondire evidenze, criticità e prospettive operative sulla **medicina di prossimità** e la **gestione delle cronicità**.

Il workshop non è stato pensato come un'occasione di rendicontazione "quantitativa" (quante strutture sono state attivate), ma come un confronto proattivo volto a comprendere il modo in cui le nuove infrastrutture e i nuovi modelli organizzativi stiano effettivamente trasformando i processi di cura, migliorando equità e continuità assistenziale e contribuendo alla sostenibilità del sistema. L'incontro è stato inoltre pensato come base metodologica per la costruzione di una **survey** rivolta a Direttori Generali e Direttori Sanitari delle strutture

ospedaliere in tre regioni chiave del Sistema Paese – ossia **Lombardia, Lazio e Campania** – con l’obiettivo di restituire una fotografia rappresentativa dello stato di attuazione e delle priorità 2026 lungo l’asse Nord-Centro-Sud.

Alla discussione – che è stata facilitata da **Eugenio Di Brino**¹ e **Roberta Laurita**² – hanno preso parte: **Mauro Bonin**,³ **Riccardo Casadei**,⁴ **Andrea Costa**,⁵ **Giovanni Iacono**,⁶ **Giuseppe Pace**,⁷ **Giuseppe Quintavalle**,⁸ **Chiara Reno**,⁹ **Alessandra Sinibaldi**,¹⁰ **Gennaro Sosto**,¹¹ **Nicola Volpi**,¹² **Roberto Zanelli**.¹³

Dal confronto è emerso un quadro articolato: da un lato, **un avanzamento significativo sul piano infrastrutturale e digitale**; dall’altro, una **persistente disomogeneità territoriale nella capacità di tradurre gli standard del DM77 in presa in carico reale, continua e multidisciplinare**, in particolare per la gestione delle cronicità complesse e delle cosiddette “altre cronicità”.

Il presente documento di policy raccoglie le evidenze emerse dalla discussione, le integra con i materiali preparatori e le arricchisce con i risultati della survey, trasformando gli spunti in indicazioni operative e coerenti, orientate a: (1) accelerare l’implementazione “qualitativa” del DM77; (2) rendere più solidi e omogenei i modelli di presa in carico delle cronicità, incluse le “altre cronicità”; (3) rafforzare la governance territoriale attraverso dati, indicatori di outcome e strumenti digitali realmente abilitanti.

Il lavoro si fonda su un approccio **partecipativo e multidisciplinare** con l’intento di arrivare non solo a un resoconto, ma a una **proposta di policy** concreta che valorizzi il percorso condotto fin qui. L’auspicio è che questo documento possa costituire una base di lavoro condivisa per orientare le scelte di programmazione sanitaria, favorire la diffusione delle esperienze più mature e sostenere, nel 2026, l’evoluzione del Sistema verso un **modello di prossimità misurabile negli esiti, equo nell’accesso e sostenibile nel lungo periodo**.

2. INTRODUZIONE

Il workshop si è articolato in tre sessioni, coerenti con un percorso che va dallo **stato di attuazione** (*Sessione I Stato dell’arte dell’attuazione del DM77. A tre anni dal DM77: risultati, disomogeneità territoriali e prospettive*), alla **presa in carico delle cronicità** (*Sessione II Gestione integrata delle cronicità: oltre il Piano Nazionale Cronicità. Il ruolo della medicina di prossimità nella presa in carico*), fino agli **strumenti di governance e monitoraggio** (*Prospettive, strumenti di governance e priorità di intervento Dalla misurazione alla valutazione: indicatori di outcome, strumenti di monitoraggio e priorità di intervento per una sanità territoriali sostenibile*).

Come “bussola” interpretativa del confronto, è stato utilizzato il framework delle otto sfide raccolte nella pubblicazione di Egea “La Comunità che cura - L’unione fa la salute” (2022). Il valore della discussione che questo

1 Co-founder e Partner di ALTEMS Advisory.

2 Assegnista di Ricerca in Organizzazione Aziendale, ALTEMS, Università Cattolica del Sacro Cuore.

3 Direttore Direzione Programmazione e controllo SSR, Regione Veneto.

4 U.O. Cure Primarie Ravenna, Regione Emilia Romagna.

5 Esperto di strategia e attuazione PNRR, Ministero della Salute.

6 Vicepresidente vicario nazionale e presidente regionale Sicilia di Federsanità ANCI.

7 Direttore DSS2 – Fasano, ASL Brindisi, Regione Puglia.

8 Direttore Generale ASL Roma 1, Regione Lazio.

9 UO Ricerca Valutativa e Policy dei Servizi Sanitari, AUSL Romagna, Regione Emilia Romagna.

10 Value, Access & Policy Senior Director, Alfasigma Italia.

11 Direttore Generale ASL Salerno, Regione Campania.

12 Consigliere Comitato Centrale FNOPI.

13 Direttore Dipartimento Prevenzione ASL Asti, Regione Piemonte.

documento di policy ritrae è stato consolidato dalla sua natura “pragmatica”: le evidenze non sono state raccolte in astratto, ma attraverso **esempi reali, criticità vissute e soluzioni sperimentate nei territori**. Proprio per questo, molte indicazioni che seguono non richiedono necessariamente nuove norme, quanto piuttosto un chiarimento di governance, un riallineamento organizzativo e un investimento deliberato su persone, processi e dati.

3. STATO DELL'ARTE DEL DM77: DOVE SI STA PRODUCENDO VALORE E DOVE SI FA ANCORA FATICA

Il DM77/2022 ha ridefinito modelli, standard strutturali, tecnologici e di personale per l'assistenza territoriale, collocando Case della Comunità, Ospedali di Comunità e COT al centro di una medicina di prossimità orientata alla **presa in carico continuativa e multiprofessionale**. Richiamando gli obiettivi di **prossimità e integrazione** contenuti nel PNRR, il DM77 ha tracciato una visione di sistema in cui le infrastrutture territoriali diventano lo snodo centrale per la gestione delle cronicità, delle fragilità e delle patologie complesse, in raccordo con la rete ospedaliera e con i servizi sociali.

La fase attuale rappresenta il momento della “messa a terra” della riforma: se il quadro normativo è stato definito, la realtà implementativa rivela **forti disomogeneità regionali**, criticità nel **reclutamento** e nell'**allocazione del personale**, **confusione tra investimenti infrastrutturali (PNRR) e riorganizzazione dei processi di cura (DM77)**, e **un gap significativo tra l'infrastruttura fisica e la sua capacità funzionale di generare valore**. In alcune realtà, gli sforzi si sono concentrati sull'apertura delle strutture e sull'adeguamento edilizio, rinviando a una fase successiva la progettazione dei modelli organizzativi, dei PDTA territoriali e delle metriche di esito.

Dal “conto delle strutture” alla capacità di funzionare come sistema

Una prima evidenza condivisa riguarda la distinzione – spesso confusa nella pratica – tra l'investimento del PNRR e la riforma organizzativa del DM77. In diversi contesti si è accelerato sulla realizzazione fisica delle strutture e sull'adeguamento edilizio, mentre più lentamente si è proceduto sulla definizione dei processi, degli standard di funzionamento e, soprattutto, sulla disponibilità e motivazione del personale; in alcuni casi, la progettazione dei modelli organizzativi territoriali, dei PDTA e delle metriche di esito è stata rinviata a una fase successiva. Questa sproporzione genera un rischio concreto: **strutture formalmente “attivate” ma non pienamente in grado di garantire presa in carico, integrazione multiprofessionale e continuità di cura**. L'analisi di Agenas pubblicata nel settembre 2025, relativa al primo semestre dell'anno, ha evidenziato come meno del 40% delle Case della Comunità programmate risultasse con almeno un servizio attivo e solo una quota minima rispondesse pienamente ai requisiti previsti; gli Ospedali di Comunità mostravano attivazioni selettive e disomogenee; le COT apparivano invece più vicine ai target, suggerendo che, quando governance e processi sono chiari, la messa a terra è più efficace.

Dal confronto è emerso un punto fondamentale: il successo del DM77 non può essere valutato soltanto con metriche di attivazione strutturale. La vera domanda è se Case della Comunità, Ospedali di Comunità e COT stiano cambiando le traiettorie di cura, riducendo accessi impropri, migliorando la transizione ospedale-territorio, garantendo appropriatezza e, in prospettiva, incidendo su outcome clinici e qualità di vita. Questo spostamento

di sguardo – da “presenza” a “performance” – è la condizione necessaria per evitare che la riforma si riduca a un’operazione prevalentemente “edilizia” e per trasformarla in un reale progetto di prossimità.

La variabilità territoriale non è solo un problema di tempi, ma di modelli

Le differenze regionali non possono essere lette soltanto in termini temporali (come implementazione “più avanzata” o “meno avanzata”): spesso riflettono scelte di modello (**integrazione con i servizi sociali, ruolo attribuito alla telemedicina, funzione di regia della COT, professioni centrali nel percorso e modalità di costruzione delle reti tra setting**). Accanto a realtà con una telemedicina matura o con esperienze pregresse in cure intermedie e assistenza domiciliare, emergono aree interne dove la collocazione delle strutture in comuni difficilmente raggiungibili e la mancanza di équipe stabili limita l’effettiva presa in carico. In alcuni casi, è stata inoltre richiamata una distribuzione non sempre coerente con un’analisi sistematica dei bisogni di popolazione, condizionata anche dalla disponibilità di immobili e strutture preesistenti.

Accanto alle esperienze più avanzate, permangono criticità strutturali ricorrenti: **carenza di personale** (non solo numerica, ma anche di attrattività delle sedi periferiche), **difficoltà di integrazione con gli enti locali, sistemi informativi non interoperabili, barriere culturali nell’adozione della telemedicina, persistenza di silos organizzativi e una comunicazione ancora poco efficace** verso i cittadini su cosa siano le Case della Comunità e in che modo utilizzarle in modo appropriato.

Il nodo del personale: attrattività, competenze e lavoro in équipe

La discussione ha restituito un consenso trasversale: **il personale è il vero “fattore abilitante”**. Il problema riguarda competenze, ruoli e modelli di lavoro, ma anche leve di attrattività (opportunità di crescita, sostenibilità dei carichi, condizioni di vita e servizi nei territori), che incidono in modo decisivo sulla capacità di presidiare stabilmente le sedi più periferiche. È emersa la necessità di riconoscere e valorizzare l’infermiere di famiglia e comunità come figura cardine della presa in carico, sostenendone formazione e competenze di gestione del paziente cronico, e di riorganizzare il contributo della Medicina Generale e degli specialisti attraverso modelli di collaborazione strutturata, inclusi teleconsulto e forme di supporto specialistico al territorio. **La prossimità richiede lavoro in équipe**: Case della Comunità intese come semplice co-presenza di professionisti, senza integrazione reale, non producono valore; dove esistono équipe con momenti strutturati di confronto e una regia chiara, la presa in carico diventa più concreta e sostenibile.

Integrazione socio-sanitaria: la necessità di un maggiore coinvolgimento degli enti locali

L’integrazione socio-sanitaria, pur essendo un obiettivo ricorrente, resta uno dei punti più fragili della messa a terra. In alcuni territori, la riorganizzazione dei servizi sociali sta cambiando il perimetro e il ruolo delle aziende sanitarie, rendendo più complesso il coordinamento; in altri, la mancanza di canali stabili di collaborazione con i Comuni rischia di rendere le Case della Comunità presidi prevalentemente sanitari. Eppure, proprio la gestione delle fragilità – anziani soli, caregiver, bisogni amministrativi e sociali intrecciati alla condizione clinica – è stata indicata come una delle principali aree in cui il DM77 può produrre valore.

In questa prospettiva, è emersa anche la necessità di **evitare che le nuove strutture siano percepite come “ambulatori ridenominati”**: accoglienza, orientamento, decoro e capacità del front office di interpretare il bisogno non sono elementi accessori, ma fattori che costruiscono fiducia, incidono sull’appropriatezza dei flussi e rendono effettivo l’impatto della riforma.

In conclusione, è emerso con chiarezza che la sfida più grande del DM77 non è primariamente infrastrutturale o normativa, ma **culturale e organizzativa**. I professionisti sanitari – medici di medicina generale, infermieri di

comunità, specialisti territoriali, operatori socio-sanitari – sono il fulcro del cambiamento e la loro disponibilità a rivedere pratiche consolidate, a lavorare in team, a utilizzare strumenti digitali e a condividere responsabilità con altri attori del territorio rappresenta la condizione necessaria perché la riforma produca effetti misurabili.

In questa prospettiva, è stato sottolineato come occorra investire in modo sistematico in formazione e sviluppo di competenze su alcuni assi chiave:

- **Presa in carico integrata:** superare una visione settoriale – il cardiologo, il gastroenterologo, il reumatologo – a favore di una governance complessiva della persona, coordinata dalla medicina generale e da team multiprofessionali che includano infermieri, specialisti, assistenti sociali e altre figure di prossimità.
- **Uso consapevole della telemedicina:** inserire televisita, teleconsulto e telemonitoraggio all'interno dei PDTA come momenti specifici del percorso clinico, con indicazioni chiare su eleggibilità, priorità di accesso e responsabilità cliniche, superando la logica di una "trasposizione digitale" della visita tradizionale.
- **Competenze socio-sanitarie:** rafforzare la capacità di infermieri, medici di medicina generale e specialisti di riconoscere i determinanti sociali della salute e di lavorare in modo strutturato con servizi sociali, comuni, terzo settore e reti di comunità.

4. LA GESTIONE INTEGRATA DELLE CRONICITÀ E IL TEMA DELLE "ALTRE CRONICITÀ"

Perché parlare di "altre cronicità"

Accanto alle cronicità per le quali esistono percorsi più consolidati – in particolare nell'area cardio-metabolica e respiratoria, e in alcuni ambiti oncologici – la discussione ha evidenziato **un insieme eterogeneo e crescente di patologie croniche ad alto impatto clinico, funzionale e sociale per le quali i modelli organizzativi risultano ancora disomogenei, frammentati o del tutto assenti**. Rientrano in questo perimetro, tra le altre, condizioni come le epatopatie avanzate e la cirrosi, le Malattie Infiammatorie Croniche Intestinali (MICI), alcune patologie immunologiche (ad esempio l'artrite reumatoide) e diverse patologie neurologiche degenerative o vascolari, spesso associate a comorbidità multiple e situazioni di fragilità.

In questi ambiti **mancano frequentemente PDTA condivisi e standardizzati**; la presa in carico non è continuativa; la collaborazione fra specialistica, medicina generale, servizi territoriali, assistenza domiciliare e servizi sociali resta episodica. Ne deriva, per molti pazienti, la necessità di intraprendere percorsi complessi e poco coordinati, con il rischio di ritardi diagnostici o terapeutici, accessi ripetuti a strutture ospedaliere, carico elevato sulle famiglie e risultati di salute subottimali sia in termini di controllo di malattia sia di qualità di vita.

In questa cornice, il punto non è "creare nuove liste" di patologie, quanto evitare un approccio verticale che, nel paziente reale, è sempre meno efficace. **La multimorbilità è diventata la norma**: i pazienti complessi assumono molteplici terapie, incontrano più specialisti e sperimentano spesso incoerenze o ridondanze che ricadono su appropriatezza, aderenza, qualità di vita e costi. È in questo senso che la categoria "altre cronicità" può essere utile: non come etichetta, ma come leva per spingere il sistema – anche in continuità con l'evoluzione del Piano Nazionale della Cronicità – a **costruire modelli organizzativi replicabili per condizioni ad alta complessità e a bassa standardizzazione territoriale**.

Dalla prestazione al percorso: il ruolo della prossimità nella presa in carico

La gestione delle cronicità non può restare centrata sull'ospedale o sulla singola prestazione specialistica: deve poggiare su **una rete territoriale capace di continuità, integrazione tra professionisti e servizi, supporto domiciliare e collegamento stabile con il contesto di vita**. In questa prospettiva, DM77 e investimenti abilitanti (a partire dalle nuove infrastrutture territoriali e digitali e dai nuovi modelli organizzativi) possono diventare una piattaforma concreta di presa in carico proattiva, a condizione che Case della Comunità, Ospedali di Comunità, COT, assistenza domiciliare e telemedicina siano utilizzati come strumenti integrati di percorso e non come meri contenitori di attività.

Il confronto ha evidenziato alcuni fattori decisivi per trasformare la "presa in carico" da teorica a pratica: la capacità di stratificare la popolazione e identificare precocemente i pazienti ad alto rischio (clinico e sociale); la presenza di figure di coordinamento e responsabilità organizzative chiare (case manager ed équipe multiprofessionali con momenti strutturati di rivalutazione); l'inserimento della telemedicina nei PDTA come atto clinico regolato e programmato, e non come semplice "digitale" aggiuntivo; l'adozione di strumenti di *medication review* e il coinvolgimento del farmacista ospedaliero (in presenza o in teleconsulto) per ridurre polifarmacoterapia inappropriata e migliorare aderenza; la costruzione di reti di patologia "agili", con ruoli definiti e canali rapidi di comunicazione tra territorio e specialistica. In particolare, gli esempi emersi mostrano che, quando telemonitoraggio e televisita sono incardinati in PDTA chiari, possono generare valore misurabile. Da un lato, il telemonitoraggio domiciliare in pazienti con comorbidità complesse può consentire l'identificazione precoce di peggioramenti clinici e l'attivazione tempestiva di interventi, con impatto potenziale su esiti e qualità di vita; dall'altro, l'inserimento strutturato della televisita nei follow-up di patologie stabilizzate permette di ridurre spostamenti (soprattutto per anziani e residenti in aree interne), sostenere l'aderenza ai controlli e, al contempo, liberare capacità ambulatoriale in presenza per le prime visite e i casi ad alta complessità.

Specialisti, MMG e territorio: superare i silos con modelli di co-gestione

Una delle questioni più operative riguarda il rapporto tra specialistica e territorio. Da un lato, il territorio fatica a "portare" lo specialista fuori dall'ospedale; dall'altro, la medicina generale rimane spesso isolata nel gestire pazienti complessi, soprattutto nel follow-up e nella gestione terapeutica. Le esperienze discusse convergono su una direzione: **sviluppare modelli di co-gestione, in cui lo specialista mantiene il governo clinico dei casi complessi e il MMG – anche attraverso forme di competenza avanzata su specifiche aree e con il supporto dell'équipe territoriale – gestisce monitoraggio e controlli, con validazione specialistica e teleconsulto strutturato**. L'obiettivo non è "sostituire" i ruoli, ma redistribuire in modo sostenibile le attività e il follow-up, rendendo la presa in carico più continua e liberando capacità specialistica per le fasi ad alta intensità decisionale.

5. GOVERNANCE, DATI E MISURAZIONE: DALLA COMPLIANCE AGLI OUTCOME

Il limite degli indicatori di volume e la necessità di misure di esito

La trasformazione delineata dal DM77 richiede un'evoluzione sostanziale dei meccanismi di governance e dei sistemi informativi che sostengono la sanità territoriale. In assenza di indicatori adeguati e di dati integrati, il rischio è che la medicina di prossimità resti prigioniera di logiche di rendicontazione centrate sui volumi – numero di visite, accessi, prestazioni o strutture "attivate" – incapaci di misurare in modo credibile equità, qualità e risultati di salute.

La domanda chiave, emersa con chiarezza nel confronto, non è quante Case della Comunità siano state aperte o quante televisite siano state effettuate, ma **in che misura strutture e strumenti stiano contribuendo a ridurre ospedalizzazioni evitabili e accessi impropri in pronto soccorso, a migliorare la continuità assistenziale e i tempi di transizione fra ospedale e territorio, e a contenere le disuguaglianze di accesso tra aree urbane, periferiche e interne**. In questa prospettiva, diventa necessario definire un set di misure che includa indicatori di esito clinico e di utilizzo dei servizi, indicatori di continuità (tempi di referral, funzionamento dei PDTA, quota di pazienti in co-presa in carico fra MMG e specialisti) e strumenti di ascolto e valutazione dell'esperienza di pazienti e caregiver (PREMs e, progressivamente, PROMs), con particolare attenzione alle persone con cronicità complesse.

Dal confronto è emersa anche un'avvertenza: molte dimensioni decisive della prossimità – collaborazione, coordinamento e integrazione reale tra servizi – non si colgono con un singolo indicatore “meccanico”. Serve una metodologia mista, capace di integrare flussi amministrativi e dati clinici con momenti periodici di valutazione strutturata e di apprendimento organizzativo, in cui i numeri siano letti insieme ai professionisti e restituiti **come strumento di miglioramento**, non come adempimento.

Alcuni esiti “sentinella” per la prossimità

Pur nella consapevolezza che nessuna metrica, da sola, esaurisca la valutazione, è emersa una convergenza pragmatica su alcuni esiti particolarmente significativi perché collegano direttamente il funzionamento del territorio alla pressione sull'ospedale. In modo coerente con questa logica, il documento propone di adottare come “sentinelle” di performance territoriale almeno: (1) i tempi di attivazione post-dimissione dell'assistenza domiciliare e dei servizi territoriali; (2) il tasso di riospedalizzazione a 30 giorni per pazienti cronici e fragili; (3) gli accessi in pronto soccorso, con particolare attenzione a quelli potenzialmente evitabili. Questi indicatori non sostituiscono una valutazione più ampia, ma hanno un vantaggio operativo: rendono rapidamente osservabile se la prossimità sta funzionando come alternativa sostenibile all'ospedale e, soprattutto, dove il sistema va in stallo lungo le transizioni.

Digitale, telemedicina e AI come infrastrutture di sistema

Un punto fortemente condiviso riguarda il **ruolo del digitale**. Telemedicina, piattaforme dati e analisi avanzate – inclusa l'intelligenza artificiale – non dovrebbero essere intese come *add-on* tecnologici, ma come **infrastrutture di sistema**: strumenti per stratificare la popolazione, programmare in modo predittivo, prevenire progressioni, monitorare outcome in tempo reale e rendere replicabili le buone pratiche. Le esperienze già mature in alcune regioni mostrano che, quando telemonitoraggio, televisita e teleconsulto sono integrati nei PDTA e supportati da protocolli chiari, possono diventare elementi strutturali della governance dei percorsi, consentendo di differenziare le modalità di accesso in base al rischio, intercettare precocemente eventi acuti e alleggerire in modo selettivo la pressione sugli ambulatori in presenza.

La discussione ha però messo in luce ostacoli non secondari: frammentazione dei sistemi informativi, raccolta eterogenea dei dati territoriali (Case della Comunità, assistenza domiciliare, COT), scarsa interoperabilità con i sistemi ospedalieri e difficoltà – anche giuridiche e organizzative – nell'elaborazione dei dati a fini di programmazione e monitoraggio, con un potenziale effetto paralizzante. In molti contesti, questi vuoti informativi impediscono di misurare con accuratezza l'impatto delle nuove strutture sui flussi ospedalieri, di valutare il reale grado di presa in carico continuativa e di identificare tempestivamente aree di sotto-offerta o sovra-utilizzo. Da qui discende un'indicazione chiara: **senza un presidio centrale o regionalizzato della capacità analitica, e senza basi giuridiche e organizzative solide, stratificazione e analisi predittiva rischiano di restare sperimentazioni locali non scalabili**. In questo senso, la messa a regime del Fascicolo Sanitario Elettronico e lo sviluppo di piattaforme regionali dedicate alla medicina di prossimità sono state individuate come leve cruciali per superare tali limiti.

Parallelamente, è stata sottolineata la necessità di riportare la telemedicina dentro le agende e i PDTA: se la televisita è un atto clinico, deve avere regole, priorità e incentivi organizzativi coerenti, altrimenti resterà marginale o, peggio, rischierà di aumentare complessità e carico burocratico senza benefici proporzionati per pazienti e operatori. In una prospettiva di medio periodo, le prime sperimentazioni di AI – ad esempio per il supporto al triage, l'analisi dei flussi e la predizione del rischio di riacutizzazione – mostrano un potenziale rilevante come infrastruttura di governance, a condizione che siano adeguatamente regolamentate, trasparenti e integrate nei processi. La sfida, ancora una volta, è culturale: **usare dati e strumenti digitali per governare i percorsi e migliorare equità ed esiti, non soltanto per adempiere a obblighi di rendicontazione.**

6. I RISULTATI DELLA SURVEY: FOTOGRAFIE DAI TERRITORI¹⁴

A seguito del workshop istituzionale, ALTEMS Advisory e Inrete hanno implementato e somministrato la survey **“La comunità che cura. Dall'esperienza al modello di gestione della cronicità nel Sistema Sanitario Nazionale”**, con l'obiettivo di raccogliere percezioni ed evidenze operative sull'**attuazione del DM77/2022**.

La survey è stata rivolta a **Direttori Generali, Direttori Sanitari, Direttori sociosanitari e Direttori di Distretto** di Strutture ospedaliere in tre Regioni chiave – **Lombardia, Lazio e Campania** – e ha registrato anche un contributo significativo da parte di **figure tecniche di supporto**.

Il campione complessivo conta **56 compilazioni**, distribuite in modo bilanciato tra Lombardia e Lazio (19 ciascuna), con una quota più contenuta in Campania (9) e alcune risposte non attribuibili con certezza alla Regione di appartenenza (9). I risultati sono riportati in forma esclusivamente aggregata e, dove applicabile, letti su denominatori variabili in base al numero di rispondenti alla singola domanda.

Nel complesso, la maturità percepita delle dimensioni chiave del DM77 si colloca su valori intermedi, segnalando **un'implementazione in corso ma non ancora pienamente consolidata**. Tra gli ambiti relativamente più maturi emergono **l'integrazione socio-sanitaria** e **le reti di patologia**; risultano invece più fragili la **transizione digitale** e la **connessione ospedale-territorio**. Il dato conferma, in coerenza con quanto emerso nel workshop, che **il passaggio dalla “presenza” delle infrastrutture alla loro “performance” nella presa in carico resta ancora disomogeneo tra territori**.

Un segnale particolarmente netto riguarda i ruoli e i modelli di lavoro. La survey evidenzia **un consenso molto elevato sulla necessità di riconfigurare il ruolo della Medicina Generale e dell'Infermiere di Famiglia e Comunità**, mentre l'integrazione tra DM70 e DM77 è valutata più criticamente. Nel complesso, le risposte indicano che l'abilitazione piena della prossimità non dipende soltanto dall'attivazione delle strutture, ma dalla **definizione di regie operative, responsabilità e processi di lavoro in équipe**, capaci di rendere effettiva la continuità assistenziale lungo le transizioni.

Sul tema delle “altre cronicità”, **la maggioranza dei rispondenti (89,2%) ritiene utile introdurre una categoria operativa che consenta di dare visibilità a percorsi oggi meno strutturati**. Al tempo stesso, la valutazione di maturità per la presa in carico di queste condizioni risulta bassa, con criticità concentrate soprattutto

¹⁴ Per completezza e trasparenza metodologica, si precisa che nel presente capitolo sono riportate esclusivamente le principali evidenze emerse in forma aggregata e interpretativa. La consultazione puntuale dell'intero set di risultati della survey è disponibile nell'**Allegato dedicato** inserito in fondo al presente documento.

sull'integrazione ospedale-territorio e sul monitoraggio e follow-up territoriale. In questo quadro, tra gli elementi del DM77 ritenute più efficaci emergono in primis i PDTA integrati ospedale-territorio (32,4%) e la funzione delle Case della Comunità come hub di presa in carico (24,3%), a conferma della centralità dei percorsi e della regia territoriale rispetto alla sola disponibilità di servizi.

Per quanto riguarda governance e digitale, gli ostacoli principali richiamati sono il **coordinamento tra professionisti (41,2%)** e la **manca di risorse (32,4%)**. Il contributo del digitale è percepito come potenzialmente abilitante ma non ancora pienamente a regime, con particolare fragilità sul monitoraggio di outcome e performance. In continuità con quanto discusso nel workshop, i dati suggeriscono che il digitale può diventare un'infrastruttura di governo solo se accompagnato da interoperabilità, processi organizzativi coerenti e indicatori condivisi.

L'analisi qualitativa delle risposte aperte conferma infine alcuni macro-temi ricorrenti: **la necessità di PDTA e reti di patologia più operative**, la **centralità del case management** e della **presa in carico multiprofessionale**, la **criticità delle transizioni ospedale-territorio**, il tema del **personale** e delle **competenze** e la **piena integrazione di telemedicina e strumenti digitali nei percorsi**. Nel loro insieme, queste evidenze rafforzano l'indicazione di spostare l'attenzione dal raggiungimento dei volumi e delle attivazioni alla capacità di produrre esiti misurabili e continuità assistenziale.

7. RACCOMANDAZIONI DI POLICY

Le raccomandazioni che seguono sono formulate in modo intenzionalmente "attuativo": non mirano a riscrivere il DM77, ma a rendere possibile una sua implementazione qualitativa, agendo su governance, modelli e strumenti.

1. Rendere esplicito il "modello di servizio" delle Case della Comunità

È necessario chiarire, in modo operativo, cosa debba garantire una Casa della Comunità perché sia percepita e utilizzata come luogo di presa in carico, e non come semplice contenitore ambulatoriale. Questo implica definire un "manuale di funzionamento" che includa accoglienza e orientamento, integrazione multiprofessionale, collegamento stabile con la COT, canali strutturati di raccordo con i servizi sociali, e capacità di attivare rapidamente l'assistenza domiciliare. La qualità percepita (decoro, accessibilità, chiarezza di percorso) non è un dettaglio: influenza adesione, appropriatezza e fiducia del cittadino, quindi anche sostenibilità.

2. Investire sulle persone e sui ruoli: la prossimità del lavoro, non solo dei luoghi

Per evitare che le strutture restino "scatole vuote", serve un piano coerente di attrattività e competenze: valorizzazione dell'infermiere di famiglia e comunità, sviluppo di competenze di *case management*, integrazione di figure di supporto (anche amministrative formate) per l'accompagnamento del cittadino e la gestione dei bisogni non clinici, e potenziamento di momenti di lavoro in équipe multidisciplinari e multiprofessionali. Sul fronte clinico, è prioritario sostenere modelli di co-gestione tra specialisti e MMG (inclusi MMG con competenze avanzate su aree specifiche), con teleconsulto strutturato e responsabilità cliniche chiare.

3. Integrare sanitario e sociale

Occorre rafforzare la collaborazione con l'ente locale non come attività *spot*, ma come architettura stabile di presa in carico. Ciò significa: definire canali operativi con servizi sociali e terzo settore; individuare referenti sociali per percorsi complessi; costruire sportelli o funzioni dedicate alla fragilità (anche prima della medicalizzazione); e sviluppare iniziative comunitarie di prevenzione e contrasto all'isolamento. La prossimità non è solo "cura vicino", ma anche prevenzione di bisogni che diventerebbero domanda sanitaria.

4. Trasformare le “altre cronicità” in percorsi replicabili

L'obiettivo è definire per i pazienti con condizioni croniche per cui non ci sono percorsi strutturati un modello di presa in carico replicabile: criteri di stratificazione, punti di accesso e presa in carico, responsabilità di coordinamento, momenti di rivalutazione multiprofessionale, integrazione della telemedicina, e strumenti di *medication review*.

In queste aree, un indicatore operativo di maturità potrebbe essere la presenza di una rete di patologia “agile” (ospedale-territorio) con tempi di risposta definiti e canali di comunicazione rapidi, capace di ridurre accessi impropri e discontinuità.

5. Rendere il digitale un abilitatore di processi

Serve un salto di qualità: interoperabilità dei sistemi, pieno utilizzo del Fascicolo Sanitario Elettronico e delle piattaforme dati come strumenti di continuità, e sviluppo di una capacità analitica centralizzata che consenta stratificazione e monitoraggio senza frammentazione. L'intelligenza artificiale va considerata in un perimetro pragmatico: supporto all'analisi dei dati, identificazione di profili a rischio, ottimizzazione dei percorsi e monitoraggio in tempo reale. Ma perché ciò sia possibile, occorrono regole chiare, basi giuridiche adeguate e un governo dei dati che riduca il rischio di blocchi applicativi.

6. Misurare esiti, esperienza e implementazione

La proposta è strutturare un sistema di monitoraggio che osservi: (1) esiti sentinella (tempi di attivazione post-dimissione; riospedalizzazione a 30 giorni; accessi in PS); (2) misure di continuità (tempi di referral, transizioni ospedale-territorio gestite dalla COT); (3) esperienza del paziente e caregiver (PREMs, e progressivamente PROMs); (4) indicatori di implementazione (aderenza allo standard di funzionamento delle strutture, presenza di équipe e momenti strutturati di coordinamento).

La valutazione dovrebbe essere periodica e accompagnata da momenti di confronto qualitativo con i professionisti per leggere ciò che i numeri non catturano.

7. Comunicare la riforma: educare all'uso appropriato e rendere visibile il valore

Resta fondamentale una comunicazione verso i cittadini: cosa fa una Casa della Comunità, come si accede, quando usarla, quali servizi sono disponibili e come si integra con MMG, specialisti e servizi sociali. Senza questa comunicazione, la prossimità rischia di essere sottoutilizzata o utilizzata in modo improprio (ad esempio, aperture h24 non sono sostenibili se non accompagnate da un modello di domanda appropriata). Rendere visibile il valore significa anche costruire fiducia e ridurre la tendenza a cercare risposte esclusivamente in ospedale o nel privato.

ADDENDUM:

IL REPORT DELLA SURVEY



ADDENDUM: IL REPORT DELLA SURVEY

1. La survey

Nel 2022, promosso da Alfasigma, è iniziato il progetto **“La comunità che cura – L’unione fa la salute”** dedicato a fotografare singole esperienze regionali virtuose nell’implementazione del DM77/2022 nella gestione di pazienti cronici.

Come anticipato in precedenza, questi modelli territoriali innovativi sono stati fotografati da professionisti sanitari, Direttori Generali, Direttori di Distretto, Istituzioni Regionali, amministratori e manager sanitari di 8 regioni chiave – **Piemonte, Lombardia, Emilia-Romagna, Toscana, Lazio, Campania, Puglia e Sicilia** – e raccolti in una pubblicazione edita da Igea dal titolo *“La comunità che cura. Dall’esperienza al modello di gestione della cronicità nel Sistema Sanitario Nazionale”*, che ha declinato le esperienze in otto sfide:

1. La connessione ospedale-territorio per una reale creazione di valore
2. Ingegnerizzazione del percorso di cura del cittadino
3. Case di comunità, ospedali di comunità, farmacie dei servizi
4. Integrazione tra dimensioni sociale, assistenziale e sanitaria
5. Le reti di patologia come modalità integrata di cura dei pazienti
6. Un modello privato di creazione di valore sul territorio
7. Il farmaco come KPI di misurazione del successo della presa in cura
8. L’applicazione delle “regole” della transizione digitale nel sistema sanitario regionale

Nel 2025, a tre anni dall’introduzione del DM77, il progetto **“La comunità che cura”** è ripartito con l’organizzazione di un incontro dal titolo **“Tre anni di DM77: evidenze, sfide e prospettive per la medicina di prossimità, la gestione delle cronicità e l’assistenza territoriale”**, momento di confronto riservato tra **decisori regionali, manager sanitari, esperti di policy e stakeholder del sistema salute**, con l’obiettivo di condividere e approfondire evidenze, criticità e prospettive operative sulla **medicina di prossimità** e la **gestione delle cronicità**.

Il workshop non è stato pensato come un’occasione di rendicontazione quantitativa (quante strutture sono state attivate), ma come un confronto proattivo volto a comprendere **se e in che modo le nuove infrastrutture e i nuovi modelli organizzativi stiano effettivamente trasformando i processi di cura, migliorando equità e continuità assistenziale e contribuendo alla sostenibilità del sistema**. Il percorso ha portato all’elaborazione di una survey, destinata ai Direttori Generali, ai Direttori sanitari, ai Direttori socio-sanitari e ai Direttori di Distretto di tre Regioni chiave e rappresentative di territori fondamentali per il Sistema Paese come **Lombardia, Lazio e Campania**, si pone l’obiettivo di **fotografare dati, esperienze regionali e visioni utili a identificare priorità di intervento e proposte concrete da sviluppare nell’anno 2026**.

2. I risultati

Il presente report sintetizza in forma aggregata i risultati della survey somministrata a **Direttori Generali, Direttori Sanitari e Direttori di Distretto**, con l’aggiunta di alcune compilazioni provenienti da ruoli tecnici di supporto, in tre Regioni chiave – **Lombardia, Lazio, Campania**, con l’obiettivo di raccogliere percezioni ed evidenze operative sull’attuazione del DM77/2022, sulla gestione integrata delle cronicità – incluse le cosiddette “altre cronicità” – e sul ruolo di governance, dati e strumenti digitali nella messa a terra della riforma.

I risultati devono essere letti come **indicatori di tendenza** e non come una classifica tra territori: alcune domande hanno un numero di risposte inferiore al totale, poiché la compilazione non è stata completa per tutti i quesiti.

Tutte le analisi sono presentate in forma non nominale e non riconducibile ai singoli rispondenti.

Gran parte delle domande del questionario è strutturata secondo una **scala Likert**, ovvero una scala di valutazione a più livelli (**tipicamente da 1 a 5**) che consente ai rispondenti di esprimere il proprio grado di accordo o la propria percezione rispetto a un'affermazione, passando da valori minimi – per esempio, “per nulla” o “molto basso” – a valori massimi, per esempio “molto” e “molto alto”.

Per le domande a scala Likert 1-5, oltre alla media sono riportati gli **indicatori Top2 e Bottom2** per rendere più leggibile la distribuzione delle risposte. **Top2** indica la quota di rispondenti che ha selezionato i **valori più alti della scala (4-5)**, e rappresenta una misura sintetica di valutazione o accordo “alto”. **Bottom2** indica la quota che ha selezionato i **valori più bassi (1-2)**, e rappresenta una misura sintetica di **valutazione o accordo “basso”**. Questi indicatori aiutano a distinguere la presenza di consenso o criticità anche quando la sola media potrebbe non evidenziarli.

2.1 Distribuzione delle compilazioni

Distribuzione per Regione, sulla base della struttura di afferenza:

Regione (inferita da struttura)	N. risposte
Lazio	19
Lombardia	19
Campania	9
Non indicata	9

Distribuzione per cluster di ruolo (derivato dalla qualifica riportata):

Cluster ruolo (da qualifica)	N. risposte
Direzione distrettuale	21
Ruoli tecnici/di supporto	13
Non indicato	11
Direzione (altro)	7
Direzione sanitaria o strategica (DS)	2
Direzione Generale (DG)	2

Le compilazioni raccolte si distribuiscono in modo bilanciato tra **Lombardia e Lazio (19 risposte ciascuna)**, con una rappresentanza più contenuta della **Campania (9)** e una quota **non attribuibile con certezza** a una Regione (**9**), in ragione delle informazioni inserite nel campo “struttura”.

Il campione è composto prevalentemente da **Direzioni distrettuali** e da **ruoli tecnici/di supporto**, con una presenza più limitata di Direttori Generali e Direttori Sanitari: questo elemento va tenuto presente perché le risposte riflettono soprattutto un punto di vista **operativo-gestionale**.

Per alcune domande il numero di risposte è inferiore al totale, indicando **compilazioni parziali**: i risultati vanno quindi letti come indicazioni di tendenza.

3. Attuazione del DM77: maturità percepita e fattori abilitanti

In questa sezione si riportano le valutazioni (scala 1-5) sulla maturità percepita di alcune dimensioni chiave, lette come **capacità dei territori di passare dalla semplice presenza delle infrastrutture alla loro effettiva performance nella presa in carico**.

Oltre alla media, si riportano: Top2 (quota di risposte 4-5) e Bottom2 (quota 1-2):

Dimensione	N	Media (1-5)	Top2 (4-5)%	Bottom2 (1-2)%	Lombardia (media)	Lazio media	Campania (media)
Connessione ospedale-territorio	44	3.0	29.5	22.7	2.87	3.24	2.88
Percorsi strutturati	43	3.12	23.3	14.0	2.86	3.41	3.12
Integrazione socio-sanitaria	44	3.43	45.5	9.1	3.5	3.47	3.62
Reti di patologia	42	3.26	40.5	16.7	3.43	3.12	3.38
Transizione digitale	41	2.98	22.0	24.4	2.79	3.07	3.38

Nel complesso, la maturità percepita delle dimensioni chiave del DM77 si colloca su valori **intermedi** (medie tra circa **2,9 e 3,5**), segnalando **un'implementazione in corso ma non ancora pienamente consolidata**.

Le valutazioni risultano relativamente più favorevoli su **integrazione socio-sanitaria** e **percorsi strutturati**, mentre **connessione ospedale-territorio** e **transizione digitale** evidenziano maggiore variabilità e una quota non trascurabile di giudizi bassi, a conferma che **il passaggio dalla "presenza" delle strutture alla loro piena performance resta un punto aperto**.

Le differenze tra Regioni suggeriscono inoltre scelte e assetti di modello diversi, più che semplici ritardi temporali.

3.1 Ruoli e modelli gestionali-organizzativi

Le domande includono input come la necessità di riconfigurazione dei ruoli (MMG e Infermiere di Famiglia e Comunità) e la valutazione dell'integrazione DM70-DM77.

Le risposte confermano un'aspettativa elevata di evoluzione organizzativa e di definizione più chiara dei modelli di lavoro (presa in carico, équipe, transizioni):

Indicatore	N.	Media (1-5)	Top2 (4-5)%	Bottom2 (1-2)%
Necessità di riconfigurare ruolo MMG	45	4.51	91.1	2.2
Necessità di riconfigurare ruolo Infermiere di Famiglia e Comunità	45	4.13	77.8	6.7
Valutazione integrazione DM70-DM77	34	2.94	26.5	29.4

Le risposte mostrano un consenso molto elevato sulla necessità di riconfigurare il ruolo della Medicina Generale (91%) e dell'Infermiere di Famiglia e Comunità (78%): emerge quindi **un bisogno trasversale di chiarire responsabilità, modalità di lavoro in équipe e regia dei percorsi**.

Diversamente, l'**integrazione DM70 e DM77** viene valutata con maggiore criticità (29%), indicando uno scollamento percepito tra assetto ospedaliero e sviluppo della prossimità, con potenziali ricadute sulla continuità assistenziale e sulla gestione delle transizioni.

4. Gestione integrata delle cronicità e "altre cronicità"

La survey indaga se sia utile introdurre – anche solo come categoria operativa – il tema delle **"altre cronicità"** per evidenziare aree di bisogno ad alta complessità e percorsi meno strutturati.

Si riportano di seguito le risposte alla domanda e la valutazione (1-5) sul livello di sviluppo di alcune componenti organizzative dedicate alle "altre cronicità".

4.1 Utilità di una categoria "altre cronicità"

Denominatore: 37 rispondenti (risposta Sì/No).

Risposta	N. risposte	%
Sì	33	89.2
No	4	10.8

La grande maggioranza dei rispondenti (89%) ritiene utile e condivisibile introdurre – almeno come categoria operativa – il perimetro delle "altre cronicità" per dare visibilità a condizioni ad alta complessità e a percorsi meno strutturati; una minoranza (11%) non la considera necessaria. Il dato suggerisce un orientamento prevalente verso un approccio che metta a fuoco bisogni oggi meno coperti da PDTA e reti consolidate, pur evitando una logica di mero elenco e privilegiando invece modelli replicabili di presa in carico.

4.2 Livello di sviluppo (scala 1-5) per la presa in carico delle "altre cronicità"

Dimensione	N	Media (1-5)	Top2 (4-5)%	Bottom2 (1-2)%	Lombardia (media)	Lazio (media)	Campania (media)
Diagnosi precoce	37	2.84	21.6	29.7	3.0	2.86	2.75
Presa in carico multidisciplinare	37	2.84	21.6	35.1	3.08	2.86	2.62
Integrazione ospedale-territorio	37	2.49	5.4	51.4	2.83	2.43	2.25
Monitoraggio e follow-up territoriale	37	2.62	13.5	45.9	3.0	2.43	2.62
Integrazione socio-sanitaria	37	2.68	13.5	40.5	3.08	2.57	2.5
Supporto digitale e condivisione dati	37	2.3	8.1	67.6	2.5	2.21	2.25

Sul piano attuativo, il livello di sviluppo delle componenti dedicate alle “altre cronicità” risulta complessivamente **basso** (medie tra circa **2,2 e 2,8**), con prevalenza di giudizi nelle fasce 1-2 su più dimensioni. Le aree percepite come più fragili sono il **supporto digitale** e la **condivisione dei dati**, insieme all'**integrazione ospedale-territorio** e al **monitoraggio/follow-up territoriale**: elementi che, se non rafforzati, rischiano di mantenere frammentati i percorsi e di spostare la gestione verso l'ospedale o verso accessi non programmati. Diagnosi precoce e presa in carico multidisciplinare mostrano valori lievemente migliori ma ancora non soddisfacenti, indicando la necessità di interventi strutturali su PDTA, reti e ruoli.

4.3 Leve del DM77 ritenute più efficaci per la presa in carico

Domanda a multi-selezione con 37 rispondenti che hanno selezionato almeno una voce:

Strumento del DM77	N selezioni	% su rispondenti (multi-selezione)
PDTA integrati ospedale-territorio	12	32.4
Case della Comunità come hub di presa in carico multiprofessionale	9	24.3
Infermiere di Famiglia e Comunità (gestione proattiva dei pazienti cronici)	6	16.2
Stratificazione di popolazione e medicina di iniziativa	5	13.5
Equipe multiprofessionali territoriali strutturate	4	10.8
Centrali Operative Territoriali (COT) per il coordinamento dei percorsi	1	2.7
Telemedicina e telemonitoraggio territoriale	0	0.0
Cartella clinica territoriale integrata / FSE evoluto	0	0.0
Sistemi di monitoraggio basati su outcome e performance territoriale	0	0.0

Tra gli strumenti ritenuti più efficaci emergono in primis i **PDTA integrati ospedale-territorio** e il ruolo delle **Case della Comunità** come hub di presa in carico, seguiti dalla valorizzazione dell'**Infermiere di Famiglia e Comunità** e dagli strumenti di **stratificazione/medicina di iniziativa**.

Al contrario, **gli strumenti maggiormente abilitanti sul piano digitale e della misurazione** (telemedicina, FSE/ cartella territoriale integrata, sistemi basati su outcome) **risultano poco selezionati**: un segnale coerente con la percezione di maturità ancora limitata su interoperabilità, dati e governance della performance.

5. Governance, dati e misurazione: dalla compliance agli outcome

Questa sezione sintetizza: (i) gli ostacoli principali alla presa in carico integrata, (ii) il contributo atteso e/o registrato degli strumenti digitali e (iii) le implicazioni per la misurazione degli esiti con un set di indicatori più orientato agli outcome (riduzione accessi impropri, riospedalizzazioni evitabili, continuità assistenziale, esperienza del paziente).

5.1 Ostacoli percepiti (multi-selezione)

Ostacolo	N. selezioni	% su rispondenti
Coordinamento tra professionisti	14	41.2
Mancanza di risorse	11	32.4
Organizzazione dei servizi	4	11.8
Strumenti informativi	3	8.8

Gli ostacoli richiamati con maggiore frequenza riguardano il **coordinamento tra professionisti** (41%) e la **mancanza di risorse** (32%), seguiti – con incidenza più contenuta – da aspetti legati all'organizzazione dei servizi e agli strumenti informativi. Il dato indica che la criticità principale è **organizzativa e di integrazione operativa**, più che strutturale: la “messa a terra” richiede quindi soprattutto regia, processi e lavoro multiprofessionale stabile, oltre a soluzioni per attrattività e allocazione del personale.

5.2 Contributo del digitale (scala 1-5)

Le risposte indicano una percezione generalmente positiva del potenziale del digitale come infrastruttura di governance (integrazione dati, stratificazione, monitoraggio outcome, gestione proattiva, replicabilità dei modelli), con livelli di maturità che dipendono dalla disponibilità di sistemi interoperabili e da processi organizzativi coerenti:

Ambito	N.	Media (1-5)	Top2 (4-5)%	Bottom2 (1-2)%
Integrare dati tra ospedale, territorio e sociale	34	3.12	38.2	32.4
Supportare la programmazione basata su stratificazione della popolazione	34	3.18	44.1	38.2
Monitorare outcome e performance territoriali in tempo quasi reale	34	2.97	32.4	41.2
Supportare la gestione proattiva dei pazienti cronici	34	3.18	35.3	26.5
Rendere replicabili modelli organizzativi e PDTA	34	3.15	32.4	26.5

Il contributo del digitale è valutato in modo intermedio, con una distribuzione che evidenzia potenzialità ma anche limiti: le medie si attestano attorno a **3,0-3,2**, ma permangono quote rilevanti di valutazioni basse (Bottom2 fino a **41%** sul monitoraggio di outcome e performance).

Il digitale sembra percepito come relativamente più utile per supportare gestione proattiva e replicabilità dei modelli, mentre risulta più debole proprio sulle funzioni di governance, per esempio integrazione dei dati e misurazione degli esiti, centrali per passare dalla compliance alla valutazione di impatto.

6. Sintesi qualitativa delle risposte aperte

Il riepilogo seguente non riporta citazioni dirette e non è riconducibile ai singoli rispondenti; serve a evidenziare i macro-temi che ricorrono più frequentemente:

Tema (analisi qualitativa)	Occorrenze
PDTA, reti e case management	66
Integrazione ospedale-territorio e transizioni	40
Personale e competenze	36
Digitale e telemedicina	27
Integrazione socio-sanitaria e comunità	24
Governance e metriche/outcome	14
Comunicazione e orientamento cittadini	9
Prevenzione e promozione salute	6

Anche nelle risposte qualitative si confermano priorità coerenti con i dati numerici: prevalgono i riferimenti a **PDTA, reti e case management**, seguiti da **integrazione ospedale-territorio e transizioni**, e dal tema **personale/competenze**.

Digitale e telemedicina emergono come aspetti importanti ma ancora da integrare pienamente nei percorsi; governance per outcome e comunicazione ai cittadini compaiono con frequenza minore ma strategica, perché determinano sostenibilità e appropriatezza d'uso della prossimità.

7. Nota sulla citazione nominale

La survey includeva una domanda opzionale sull'autorizzazione a citare nominativamente eventuali contributi. Poiché questo report è esclusivamente aggregato, l'informazione è riportata solo come contesto metodologico:

Autorizza uso nominativo (solo per citazione diretta)	N
Sì	24
Nessuna risposta	22
No	10

Pertanto, sul tema dell'autorizzazione a un eventuale utilizzo nominativo (solo per citazioni dirette nel documento di policy), circa metà dei rispondenti ha espresso consenso, mentre una quota significativa non ha fornito risposta e una minoranza ha negato l'autorizzazione.

Il dato aggregato non incide sulla sintesi; diventa invece rilevante se si intendesse valorizzare i rispondenti nominalmente nel documento di policy attraverso una citazione diretta, rispetto alla quale sarà necessario attenersi rigorosamente ai consensi raccolti.

NOTE



In collaborazione con

