



UNIVERSITA' POLITECNICA DELLE MARCHE

Facoltà di Economia

Corso di Laurea Magistrale in:

MANAGEMENT PUBBLICO E DEI SISTEMI SOCIO-SANITARI

Tesi di Laurea:

**SANITA' DI PROSSIMITA' E MANAGEMENT TERRITORIALE: NUOVE
STRATEGIE DI GESTIONE TERRITORIALE E INTEGRAZIONE DEI
SERVIZI**

Local Health Care and Regional Management: New Strategies for Regional Management and Service Integration

Relatore: Luca Del Bene

Candidato: Antonietta Marino

ANNO ACCADEMICO 2025/2026

INDICE

.....	1
1. Le nuove sfide del SSN: cronicità, prossimità e valore pubblico.....	5
1.1 Evoluzione epidemiologica ed eziologica della domanda di salute.....	6
1.2 Le trasformazioni socio-demografiche: invecchiamento, cronicità e fragilità.....	10
1.3 Dal governo ospedaliero alla governance territoriale.....	15
1.4 Evoluzione normativa: dal DM 70/2015 al DM 77/2022.....	19
1.5 Il management pubblico nella transizione verso la sanità di prossimità.....	24
2. La sanità di prossimità come paradigma manageriale.....	29
2.1 Definizione e principi del proximity care.....	29
2.2 Integrazione tra livelli di assistenza e governo dei processi.....	34
2.3 Il ruolo del territorio e delle reti distrettuali.....	37
2.4 La prospettiva del management sanitario e la creazione di valore pubblico.....	45
3. Revisione della letteratura: Sanità di prossimità e management territoriale.....	49
3.1 Background.....	50
3.2 Obiettivi dell'analisi.....	51
3.3 Strategia di ricerca.....	55
3.4 Sintesi degli articoli inclusi.....	58
Tabella 10: Tabella di sintesi terzo articolo.....	61
Tabella 11: Tabella di sintesi quarto articolo.....	62
3.5 Discussione dei risultati.....	71
3.6 Conclusione dei risultati.....	77
4. Buone pratiche Italiane nella sanità di prossimità.....	79
4.1 Dal governo ospedaliero al modello integrato di rete.....	80
4.2 L'architettura Hub & Spoke: logica, vantaggi e limiti.....	81
4.3 Le Case della Comunità come Hub di prossimità.....	84
4.4 Team territoriali, infermieri di famiglia e Spoke di assistenza.....	86
4.5 Digitalizzazione e telemedicina a supporto della prossimità.....	89
4.6 Governance, KPI e strumenti di performance management.....	92
5. Conclusioni e prospettive future.....	95
Bibliografia.....	103

1. Le nuove sfide del SSN: cronicità, prossimità e valore pubblico

La pandemia da SARS-CoV-2 ha rappresentato la sfida di salute pubblica più dura nella storia recente del contesto italiano, mettendo a nudo criticità strutturali che la riflessione scientifica definisce ormai come cronicizzate (Andreani, 2023, p. 336). Le evidenze suggeriscono che l'emergenza abbia colpito un Servizio Sanitario Nazionale (SSN) indebolito da anni di tagli lineari, rigide revisioni della spesa e anche di sprechi, che ne hanno ridotto drasticamente le risorse e la capacità di accoglienza ospedaliera (Bosa et al., 2022, p. 11). In particolare, l'eccessiva focalizzazione sulle strutture per acuti si è dimostrata subottimale per gestire l'impatto di una sindemia diffusa nel territorio (Bosa et al., 2022, p. 3). Tuttavia, nonostante tali debolezze, i sistemi sanitari universalistici finanziati dalla fiscalità generale hanno mostrato una resilienza superiore rispetto ai modelli privatistici, garantendo una tutela dei diritti fondamentali più efficace durante la fase acuta della crisi (Gristina, 2023, p. 584). Questo scenario impone oggi una revisione dei modelli organizzativi per prevenire il collasso delle reti assistenziali di fronte a futuri shock epidemiologici.

In questo contesto di riforma, il management crea valore quando adotta un approccio orientato alla generazione di Valore Pubblico, inteso originariamente come il perseguimento di obiettivi socialmente rilevanti e l'uso efficiente delle risorse per rispondere alle aspettative della collettività (Moore, 1995). In ambito sanitario, tale visione si declina nella necessità di ristrutturare i sistemi attorno al valore reale generato per il paziente, ottimizzando il rapporto tra gli esiti di salute ottenuti e i costi sostenuti lungo l'intero percorso di cura (Porter & Teisberg, 2006). Nel contesto della pubblica amministrazione italiana, questo paradigma è stato recentemente declinato come la capacità di perseguire un miglioramento congiunto, equilibrato e misurabile degli impatti sociali, economici e sanitari prodotti sulla comunità, fungendo da volano metodologico per allineare le prestazioni delle amministrazioni locali ai grandi obiettivi nazionali di Benessere Equo e Sostenibile (BES) (Deidda Gagliardo et al., 2021). La transizione verso una sanità di prossimità richiede al management pubblico di superare definitivamente

la logica della gestione episodica o basata sulla sola domanda di prestazioni (Gristina, 2023, p. 583). L'obiettivo strategico si sposta dunque verso la costruzione di un modello innovativo che definisca le priorità operative in base ai bisogni reali della popolazione, valorizzando la salute come bene comune. La creazione di valore non può prescindere dal miglioramento dell'organizzazione e del digitale, considerate precondizioni abilitanti affinché le riforme territoriali producano benefici tangibili per i cittadini e garantiscano la sostenibilità del sistema nel lungo periodo.

L'urgenza di un cambio di rotta manageriale trova una solida giustificazione nell'analisi delle trasformazioni demografiche e nella crescita esponenziale della domanda legata alla multicronicità (Albano et al., 2022, p. 37). Il percorso logico del presente capitolo esamina l'evoluzione normativa dal DM 70/2015 al DM 77/2022 come risposta istituzionale alle inefficienze del modello regionale a velocità multiple (Andreani, 2023, pp. 355–359). Le sezioni successive approfondiranno i principali driver epidemiologici ed eziologici che condizionano la domanda di salute (1.1 e 1.2), delineando il passaggio dal governo ospedaliero alla governance territoriale di rete (1.3). Infine, verranno analizzati gli standard strutturali introdotti dalle recenti riforme (1.4) e il nuovo profilo del manager pubblico come facilitatore della sanità d'iniziativa (1.5). Questa Tesi di Laurea Magistrale mira a dimostrare come l'integrazione tra assistenza sanitaria e sociale sia l'unica via percorribile per garantire l'uniformità dei Livelli Essenziali di Assistenza e la resilienza del SSN di fronte all'invecchiamento della popolazione (Albano et al., 2022, pp. 31–32).

1.1 Evoluzione epidemiologica ed eziologica della domanda di salute

La domanda di salute a livello globale sta attraversando una fase di profonda trasformazione, caratterizzata da uno spostamento critico dalle malattie acute alle condizioni cronico-degenerative (Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease, 2020, pp. 5–8). In Italia, sebbene la prevalenza della cronicità appaia stabile dal 2008, i dati suggeriscono una crescente complessità nella gestione clinica di tali quadri patologici (Istituto Superiore di Sanità, 2024). Un esempio paradigmatico è fornito dalla bronco-

pneumopatia cronica ostruttiva (BPCO), che rappresenta oggi una sfida primaria per la salute pubblica, essendo proiettata a diventare la terza causa di morte globale (Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease, 2020, pp. 1, 4). Tale evoluzione epidemiologica impone una revisione dei modelli assistenziali tradizionali, evidenziando il salto di complessità tra la popolazione adulta e quella anziana (Tabella 1). Il passaggio verso una cronicità diffusa richiede infatti risposte che superino l'intervento episodico a favore di una presa in carico territoriale integrata e di lungo periodo.

Tabella 1: Prevalenza delle patologie croniche per fascia d'età

Fascia d'Età	Prevalenza Cronicità (%)	Prevalenza Multimorbilità (%)
Adulti (18-69 anni)	18%	< 5%
Over 65 anni	57%	25%

*Descrizione: Confronto della diffusione della cronicità tra la popolazione adulta e gli anziani in Italia.
Fonte: Dati da Istituto Superiore di Sanità (2024).*

L'invecchiamento della popolazione costituisce il fattore decisivo per l'insorgenza di problematiche di salute che incidono pesantemente sulla qualità della vita dei cittadini (Bologna, 2024, p. 27). Nel contesto nazionale, circa il 57% dei soggetti over 65 soffre di almeno una patologia cronica, con un'incidenza che tende a crescere in modo esponenziale con l'avanzare dell'età (Istituto Superiore di Sanità, 2024). Questa struttura demografica agisce come il principale driver della spesa sanitaria pubblica, mostrando una reattività superiore rispetto all'impatto del PIL pro capite (Bigini & Sacchi, 2024, p. 7). La pressione esercitata dall'aumento dei grandi anziani ricade soprattutto sul settore dell'assistenza a lungo termine, rendendo necessaria una riflessione manageriale sulla sostenibilità dei costi. La domanda di salute non è quindi più legata solo alla guarigione clinica, ma alla gestione della fragilità e al mantenimento funzionale di una popolazione sempre più longeva.

Lo sviluppo delle patologie croniche è riconducibile a un'interazione complessa tra suscettibilità genetica ed esposizioni ambientali cumulative nel corso della vita (Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease, 2020, p. 8). Fattori legati agli stili di vita moderni, unitamente all'inquinamento atmosferico indoor, sembrano predisporre ampie fasce di popolazione a malattie respiratorie croniche (Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease, 2020, p. 10). La salute funzionale degli anziani riflette dunque l'accumulo di deficit influenzati non solo da comportamenti individuali, ma anche dai contesti economici e sociali di riferimento (Cesari et al., 2016, p. 3). Questa eziologia multidimensionale suggerisce che la domanda di salute non possa essere soddisfatta esclusivamente tramite trattamenti farmacologici, richiedendo invece interventi che agiscano sui determinanti ambientali e sugli stili di vita per prevenire il declino biologico.

L'analisi dei bisogni di salute in Italia rivela che le malattie respiratorie (6%) e quelle cardiovascolari (4%) rappresentano le cronicità più diffuse tra la popolazione adulta (Istituto Superiore di Sanità, 2024). Con il progressivo invecchiamento demografico, si osserva inoltre un aumento significativo del peso delle demenze e delle malattie del sistema nervoso, che nel 2022 hanno registrato tassi di mortalità consistenti tra gli over 64 (Bologna, 2024, p. 37). Il quadro epidemiologico attuale indica che quasi la metà dei soggetti oltre i 75 anni convive con tre o più patologie croniche, rendendo indispensabile un monitoraggio costante degli stili di vita e dei parametri clinici (Bologna, 2024, pp. 38–43). Questa mappatura evidenzia una domanda di salute caratterizzata da bisogni assistenziali eterogenei e prolungati. Il management sanitario deve quindi orientare l'offerta di servizi verso la gestione di queste specifiche aree di morbidità, garantendo una continuità di cura che integri prevenzione e assistenza specialistica territoriale.

La cronicità non colpisce la popolazione in modo uniforme, manifestandosi con maggiore frequenza tra le persone con basso livello di istruzione o status socioeconomico svantaggiato (Istituto Superiore di Sanità, 2024). Si registra un marcato gradiente territoriale, con le regioni del Mezzogiorno che mostrano una prevalenza superiore di ma-

lattie croniche e una minore adesione alle misure di prevenzione secondaria rispetto al Nord (Istituto Superiore di Sanità, 2024). Il possesso di un basso titolo di studio correla inoltre con tassi di mortalità evitabile significativamente più alti rispetto alla media nazionale, suggerendo l'esistenza di barriere nell'accesso a un'assistenza sanitaria adeguata (Bologna, 2024, pp. 32–36). Queste disuguaglianze sociali ed economiche agiscono come potenti determinanti della domanda di salute, influenzando l'efficacia dei trattamenti e la capacità di autogestione dei pazienti. La programmazione dei servizi di prossimità deve pertanto considerare tali asimmetrie per garantire l'equità dei Livelli Essenziali di Assistenza su tutto il territorio nazionale.

La condizione di multimorbilità impedisce l'applicazione dei modelli di cura tradizionali, i quali sono storicamente orientati alla gestione della singola patologia (Onder et al., 2022, p. 992). Per affrontare efficacemente questa complessità clinica, appare necessario adottare strumenti di stratificazione del rischio validati, come il Frailty Index, che permettano di identificare tempestivamente i pazienti complessi nel territorio (Onder et al., 2022, pp. 992–994). Le comorbilità croniche, che includono spesso diabete e malattie muscoloscheletriche, rappresentano i principali motori delle ospedalizzazioni e richiedono piani di cura individualizzati che integrino la revisione della polifarmacoterapia (Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease, 2020, p. 7; Onder et al., 2022, p. 995). La letteratura suggerisce che solo un approccio multidisciplinare e una valutazione geriatrica globale possano migliorare gli esiti di salute in questi cluster di popolazione. Il management pubblico deve quindi promuovere modelli organizzativi capaci di orchestrare interventi complessi, riducendo il rischio di eventi avversi legati alla frammentazione dei percorsi terapeutici.

La transizione epidemiologica impone il passaggio dalla medicina d'attesa a una presa in carico globale e proattiva della persona, definibile come sanità d'iniziativa (Gristina, 2023, pp. 582–583). In questo contesto, la qualità deve orientare le scelte assistenziali per ottimizzare l'uso delle risorse pubbliche, eliminando gli interventi inutili o sovrautilizzati a favore di prestazioni efficaci erogate nel setting più idoneo (Gristina, 2023, p. 586). Questo riorientamento manageriale mira a intercettare i bisogni ine-

spressi della popolazione prima che evolvano in acuzie ospedaliere. L'adozione di protocolli di monitoraggio domiciliare e di piani assistenziali personalizzati garantisce che l'intensità della cura sia sempre proporzionata alle reali necessità del cittadino, migliorando la resilienza complessiva del sistema sanitario.

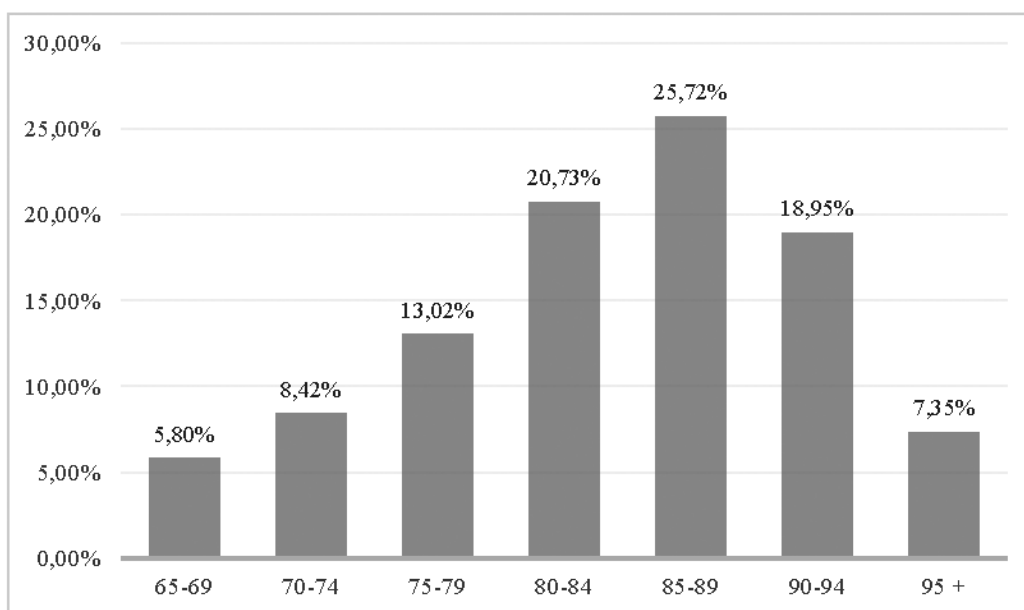
Nonostante il costante incremento della longevità in Italia, si osserva una preoccupante contrazione degli anni vissuti in buona salute, scesi mediamente a 58,1 anni (Bologna, 2024, pp. 27–29). L'implementazione di programmi di promozione della salute e di prevenzione secondaria rappresenta una priorità strategica per mitigare i costi crescenti legati all'invecchiamento demografico (Bigini & Sacchi, 2024, p. 8; Istituto Superiore di Sanità, 2024). Il management della sanità pubblica è dunque chiamato a costruire modelli sanitari basati sui reali bisogni di salute dell'intera popolazione, superando la logica della sola risposta a prestazioni episodiche (Gristina, 2023, p. 583); L'identificazione precoce dei rischi clinici e sociali emerge come la leva fondamentale per garantire l'uniformità dei Livelli Essenziali di Assistenza. Solo attraverso una governance territoriale proattiva sarà possibile sostenere il sistema universalistico, trasformando la sfida della cronicità in un'opportunità per generare valore pubblico e benessere duraturo.

1.2 Le trasformazioni socio-demografiche: invecchiamento, cronicità e fragilità

L'analisi demografica evidenzia che l'Italia sta raggiungendo nuovi picchi storici per quanto riguarda la longevità della popolazione. Secondo i dati recenti, la speranza di vita alla nascita si attesta a 81,7 anni per gli uomini e a 85,7 anni per le donne (Istat, 2025, pp. 7–8). Questa tendenza ha portato la popolazione over 65 a raggiungere i 14,8 milioni di unità, rappresentando ormai oltre un quarto del totale nazionale (Istat, 2025, p. 9). Come illustrato in Figura 2, si osserva un incremento particolarmente significativo nella fascia dei grandi anziani, con gli ultra-ottantacinquenni che superano i 2,5 milioni di individui (Istat, 2025, p. 9). Tale scenario non riflette solo un successo della medicina clinica, ma impone una riflessione profonda sulla sostenibilità del sistema di

welfare, poiché l'aumento della vita media sposta inevitabilmente l'asse dei bisogni sanitari verso la gestione di condizioni croniche di lungo periodo.

Figura 1: Distribuzione della popolazione anziana per fasce d'età



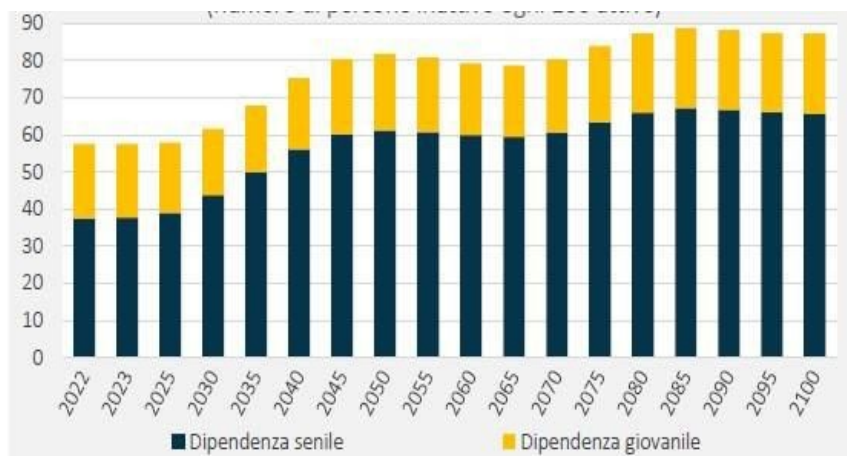
Descrizione: Il grafico mostra la concentrazione della popolazione anziana italiana nelle diverse fasce d'età.

Fonte: Network Non Autosufficienza (2021)

La trasformazione della struttura demografica italiana sta generando uno squilibrio generazionale senza precedenti, che incide direttamente sulla solidità del sistema di protezione sociale. L'indice di dipendenza strutturale, inteso come rapporto tra la popolazione dipendente e quella in età attiva, è proiettato in forte crescita, con previsioni che indicano un passaggio dal 56,5% del 2022 fino all'82,6% entro il 2100 (Bigini & Sacchi, 2024, p. 3). Questo fenomeno è visualizzato chiaramente in Figura 3, dove emerge la pressione crescente esercitata dalla componente senile rispetto a quella giovanile. Con un ritmo di crescita degli over 65 superiore alle 200.000 unità annue, il sistema sanitario si trova a fronteggiare una domanda di salute costante a fronte di una base contributiva in contrazione (Bigini & Sacchi, 2024, pp. 5–6; Network Non Autosufficien-

za, 2021, p. 101). Tale dinamica rende indispensabile un cambio di paradigma nell'allocazione delle risorse per garantire la tenuta del welfare.

Figura 2: Proiezione dell'indice di dipendenza strutturale in Italia (2022-2100)



Descrizione: Il grafico mostra l'andamento previsto dell'indice di dipendenza strutturale, evidenziando una crescita progressiva della componente di dipendenza senile rispetto a quella giovanile.

Fonte: Bigini & Sacchi (2024)

L'evoluzione delle dinamiche demografiche è strettamente correlata a una profonda trasformazione delle strutture familiari italiane, che influisce sulla disponibilità di supporto informale per i soggetti fragili. Attualmente, oltre un terzo delle famiglie nazionali, pari al 37,1%, è composto da una sola persona, segnando un netto incremento rispetto ai decenni precedenti (Istat, 2025, p. 5). Parallelamente, la dimensione media dei nuclei familiari è scesa a 2,2 componenti, riducendo drasticamente la rete di caregiver primari disponibili all'interno del domicilio (Istat, 2025, p. 5). Questa crescente atomizzazione sociale aggrava i rischi legati alla solitudine e all'isolamento degli anziani, rendendo i servizi di prossimità non più solo un'opzione assistenziale, ma una necessità strutturale (Istat, 2025, p. 5). In questo contesto, il management pubblico deve progettare interventi che sappiano integrare la cura clinica con risposte alla fragilità sociale derivante dalla frammentazione dei legami familiari tradizionali.

Nonostante l'incremento costante della vita media, i dati suggeriscono l'esistenza di un paradosso della longevità: l'aumento degli anni vissuti non coincide necessariamente con un mantenimento delle buone condizioni di salute. In Italia, gli anni attesi di vita in salute sono scesi a 58,1, evidenziando una contrazione dell'autonomia funzionale che colpisce in modo particolare la popolazione femminile (Bologna, 2024, pp. 27, 29–31). Rispetto al panorama europeo, la crescita delle limitazioni funzionali indotta dall'invecchiamento appare nel nostro Paese particolarmente consistente (Network Non Autosufficienza, 2021, p. 216). Questa divergenza tra durata della vita e qualità della stessa indica che una parte significativa della popolazione anziana trascorre gli ultimi decenni in condizioni di disabilità o dipendenza. Tale evidenza corrobora la necessità di spostare il baricentro dell'assistenza dall'ospedale al territorio, focalizzandosi su modelli di governance capaci di gestire la fase non autonoma della vita attraverso la sanità di prossimità.

La fragilità è definita in ambito clinico come una sindrome complessa caratterizzata dalla deplezione delle riserve fisiologiche, condizione che espone l'individuo a un rischio elevato di esiti avversi di fronte a episodi acuti (Vetrano et al., 2023, p. 1). Per gestire questa complessità, la letteratura raccomanda l'adozione di strumenti di stratificazione che permettano di classificare la popolazione in categorie che vanno dal soggetto in forma alla fragilità severa (Vetrano et al., 2023, p. 3). In Italia, l'implementazione del Primary Care Frailty Index (PC-FI) consente ai medici di medicina generale di identificare tempestivamente l'accumulo di deficit sanitari attraverso l'analisi dei dati clinici (Vetrano et al., 2023, pp. 2–5). L'uso di tali parametri oggettivi è essenziale per superare il semplice dato anagrafico e prevedere il rischio di ospedalizzazione o mortalità (Onder et al., 2022, pp. 992–994). Identificare precocemente la fragilità lieve rappresenta dunque una leva strategica per attivare percorsi preventivi mirati e razionalizzare l'allocazione delle risorse territoriali.

Il quadro epidemiologico italiano è dominato dalla prevalenza delle patologie croniche, che interessano circa il 57% dei cittadini over 65 (Istituto Superiore di Sanità, 2024). La multimorbilità, definita come la compresenza di due o più malattie, tende ad

aumentare drasticamente con l'avanzare dell'età, diventando la condizione prevalente dopo gli 80 anni (Onder et al., 2022, p. 990). Quasi la metà degli individui di 75 anni e più convive con almeno tre patologie croniche o presenta gravi limitazioni funzionali nelle attività quotidiane (Bologna, 2024, p. 33). Questa elevata incidenza di polipatologie richiede un cambiamento di paradigma gestionale, passando da un approccio focalizzato sulla singola malattia a modelli di cura integrati e centrati sulla persona (Onder et al., 2022, pp. 990–992). La gestione della cronicità non rappresenta quindi un evento episodico, ma una sfida strutturale per il Servizio Sanitario Nazionale, che deve sopperire alla crescente domanda di assistenza continuativa e multidisciplinare nel territorio.

La domanda di salute in Italia non è distribuita uniformemente, riflettendo profonde disuguaglianze legate ai determinanti sociali e alla posizione geografica. Lo status socioeconomico svantaggiato e un basso livello di istruzione correlano significativamente con una maggiore prevalenza di malattie croniche e una minore adesione alle misure preventive (Bologna, 2024, pp. 34–36; Istituto Superiore di Sanità, 2024). Esiste inoltre un marcato gradiente territoriale, con tassi di multicronicità che raggiungono il 56,3% nel Mezzogiorno rispetto a valori inferiori nel Nord (Bologna, 2024, p. 34). Sebbene i dati recenti suggeriscano mutamenti nella distribuzione regionale della cronicità, le asimmetrie nella capacità di risposta dei servizi rimangono critiche (Istat, 2025, pp. 2–6; Istituto Superiore di Sanità, 2024). Queste disparità richiedono strategie di gestione del sistema sanitario differenziate e mirate, capaci di integrare la cura clinica con politiche di equità sociale per garantire l'uniformità dei Livelli Essenziali di Assistenza su tutto il territorio nazionale.

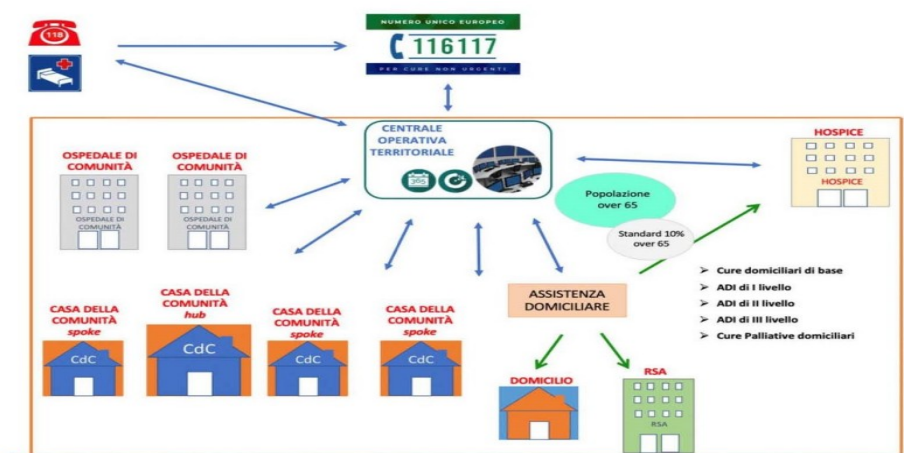
L'invecchiamento demografico rappresenta il principale driver della spesa sanitaria pubblica, con un impatto che supera quello della crescita economica o del PIL pro capite (Bigini & Sacchi, 2024, p. 7). Per mitigare queste pressioni finanziarie e garantire la sostenibilità del sistema, appare necessario implementare programmi sistematici di promozione della salute volti a “tenere sano il sano” (Bigini & Sacchi, 2024, p. 8). L'identificazione precoce della fragilità lieve tramite strumenti digitali integrati può

prevenire il declino verso stadi clinici più severi e costosi (Vetrano et al., 2023, pp. 8–9). Un modello di gestione dei servizi sanitari territoriali proattivo deve quindi superare la logica della spesa storica per orientare le risorse verso la prevenzione primaria e secondaria, riducendo le ospedalizzazioni evitabili e migliorando l'efficienza dei percorsi di cura (Network Non Autosufficienza, 2021, pp. 193–202). Solo attraverso una governance che integri salute e sociale sarà possibile rispondere alla sfida della longevità, trasformando la gestione della cronicità in un'opportunità per generare valore pubblico e benessere collettivo.

1.3 Dal governo ospedaliero alla governance territoriale

Il Servizio Sanitario Nazionale italiano appare ancora fortemente condizionato da un modello assistenziale che pone l'ospedale al centro del sistema. Come evidenziato da Gentile et al. (2024, p. 2), l'Italia mantiene una quota di spesa ospedaliera rispetto alla spesa sanitaria totale tra le più elevate nell'Unione Europea. Questo squilibrio finanziario riflette una focalizzazione storica sulle strutture per acuti e sulla lungodegenza residenziale, a scapito del potenziamento dei servizi locali. Le radici di tale assetto risiedono in una crisi del modello universalistico che, pur richiamando il principio costituzionale di uguaglianza, ha visto un progressivo ridimensionamento dei servizi territoriali (Andreani, 2023, pp. 337–343). Tale configurazione ospedalocentrica, visualizzata in netto contrasto con le reti di prossimità in Figura 4, ha generato una frammentazione dei percorsi di cura che rende complessa la gestione delle patologie croniche e degenerative moderne.

Figura 3: Modello di integrazione dei servizi sanitari territoriali



Descrizione: Il modello di integrazione dei servizi sanitari territoriali.

Fonte: Gruppo Progetto Casa della Comunità (2021).

La crisi pandemica ha agito come un catalizzatore, mettendo a nudo l'inadeguatezza di un approccio esclusivamente ospedaliero nel contenere la diffusione virale all'interno della comunità (Bosa et al., 2022, pp. 9–10). L'assenza di protocolli territoriali pronti ha alimentato tensioni significative tra il governo centrale e le regioni, evidenziando una cronica mancanza di coordinamento nella gestione delle emergenze nazionali (Bosa et al., 2022, p. 3). Un limite critico del modello è emerso nella carenza strutturale di posti letto in terapia intensiva, che è diventata un ostacolo insormontabile durante la fase acuta della risposta sanitaria (Bosa et al., 2022, p. 5). Le evidenze suggeriscono che l'impreparazione sistemica non sia stata un evento isolato, ma la conseguenza di anni di sottofinanziamento e di una visione che ha trascurato la medicina territoriale, rendendo il SSN vulnerabile di fronte a shock epidemiologici improvvisi che richiedevano filtri extra-ospedalieri efficienti.

L'inefficienza della medicina di base si riflette direttamente sul sovraffollamento dei dipartimenti di emergenza, dove una quota rilevante di accessi risulta inappropriata. Secondo Gentile et al. (2024, p. 6), molte ammissioni riguardano patologie che potrebbero essere gestite efficacemente in contesti territoriali o domiciliari. L'analisi del fenomeno dei frequent users mostra che questa categoria, pur rappresentando solo l'1%

dell'utenza, genera oltre il 5% degli accessi totali a causa della povertà e della mancanza di supporto sociale (Gentile et al., 2024, pp. 2–3). Circa il 54% degli accessi per sintomi aspecifici suggerisce la presenza di bisogni di salute non urgenti che non trovano risposte tempestive nel territorio (Gentile et al., 2024, pp. 3–5). In assenza di una rete di prossimità robusta, i cittadini percepiscono l'ospedale come l'unico riferimento disponibile h24, portando a una pressione impropria sulle risorse dedicate alle reali emergenze cliniche.

Le riammissioni ospedaliere rappresentano un indicatore critico di un'assistenza primaria costosa e subottimale nel contesto territoriale (Barbadoro et al., 2015, p. 2). Il carico assistenziale maggiore ricade sulle strutture geriatriche, che arrivano a coprire circa il 52% delle riammissioni totali, evidenziando la difficoltà del sistema tradizionale nel gestire la fragilità degli ultra-sessantacinquenni (Barbadoro et al., 2015, p. 6). Inoltre, lo studio di Barbadoro et al. (2015, pp. 8–11) rileva che il 58,33% degli accessi non urgenti avviene per auto-invio, segno di una scarsa fiducia o capacità di risposta delle cure primarie attuali. Questi dati confermano che l'ospedalizzazione evitabile non è solo un problema clinico, ma un segnale di fallimento della governance territoriale. Senza un filtro locale capace di stabilizzare il paziente cronico nel suo ambiente, il sistema ospedaliero è destinato a subire cicli ripetuti di ricoveri che potrebbero essere prevenuti attraverso modelli di sanità d'iniziativa.

La transizione verso la governance territoriale impone un'inversione della logica decisionale, passando dalla medicina d'attesa alla sanità d'iniziativa (Borgonovi & Migliore, 2022, pp. 4–6). In questo nuovo paradigma, il Distretto sanitario viene ridefinito come il luogo privilegiato per assicurare una risposta coordinata, continua e vicina ai bisogni della popolazione (Andreani, 2023, p. 355). L'esperienza pandemica ha confermato che le regioni dotate di una sanità territoriale storicamente più solida hanno gestito meglio l'emergenza, riducendo l'impatto complessivo sulla mortalità (Andreani, 2023, p. 352). Il distretto cessa dunque di essere una semplice articolazione burocratica per trasformarsi nel fulcro operativo della prossimità, capace di integrare le risorse cliniche con quelle sociali. Questo spostamento del baricentro assistenziale mira a tra-

sformare il sistema in un organismo adattivo che intercetta i bisogni latenti dei cittadini direttamente nel loro contesto di vita quotidiana.

L'integrazione tra cure primarie e specialistiche rimane ostacolata da una storica mancanza di collaborazione tra il setting ospedaliero e quello territoriale (Barbadoro et al., 2015, p. 12). Le evidenze indicano che solo il 2% delle degenze ospedaliere si conclude con una reale attivazione dell'assistenza domiciliare, segnalando una frattura profonda nei percorsi di cura (Barbadoro et al., 2015, p. 12). Per superare tale isolamento, è necessaria una rete integrata che apra le strutture specialistiche verso la comunità esterna (Borgonovi & Migliore, 2022, p. 6). Questa Tesi di Laurea Magistrale sostiene che l'abbattimento dei silos organizzativi sia la condizione necessaria per gestire la complessità dei pazienti con multimorbidità. La governance territoriale deve quindi promuovere un dialogo costante tra clinici e assistenti sociali, garantendo che le transizioni tra ospedale e domicilio siano fluide e non lascino il cittadino fragile privo di una regia assistenziale unitaria e coerente.

Un approccio di governance dell'assistenza territoriale assume un ruolo decisivo nel mitigare le disuguaglianze socio-economiche, regolando l'intensità delle cure primarie in base al bisogno reale dei cittadini (Barbadoro et al., 2015, pp. 3–6). La creazione di valore pubblico richiede il coinvolgimento attivo degli utenti nella co-programmazione e nella co-valutazione dei servizi erogati (Deidda Gagliardo et al., 2021, pp. 22–25). Una sanità di prossimità genera valore pubblico nella misura in cui consente un migliore allineamento tra bisogni dei cittadini ed erogazione dei servizi, favorendo un'integrazione dei percorsi assistenziali e un miglioramento degli esiti di salute, in coerenza con la prospettiva del public value e del value-based healthcare. In questa prospettiva, la governance non deve limitarsi a monitorare l'efficienza clinica, ma deve misurare l'impatto territoriale delle proprie politiche. L'accountability territoriale diventa così lo strumento per giustificare l'allocazione delle risorse, orientandole verso modelli di cura che promuovano l'equità e la sostenibilità del sistema sanitario nel lungo periodo, superando la logica della prestazione isolata.

Il nuovo paradigma assistenziale sposta definitivamente il focus dalle grandi strutture ospedaliere alle strutture intermedie e alla casa, identificata come il primo luogo di cura (Gentile et al., 2024, pp. 7–9). Il rafforzamento della sanità di prossimità non è solo una riforma organizzativa, ma risponde all'esigenza di garantire l'uguaglianza sostanziale e l'universalità del diritto alla salute (Andreani, 2023, pp. 353–359). Le sfide future per il management pubblico includono l'integrazione tra performance management e risk management, necessaria per assicurare la resilienza delle reti di fronte ai cambiamenti demografici (Deidda Gagliardo et al., 2021, pp. 22–27). In conclusione, la transizione dal governo ospedaliero alla governance territoriale rappresenta l'unica strategia sostenibile per rispondere alla multicronicità. Questo cambiamento pone le basi per l'approfondimento normativo del DM 77/2022, che stabilirà gli standard quantitativi e tecnologici per rendere operativa la rete di prossimità su tutto il territorio nazionale.

1.4 Evoluzione normativa: dal DM 70/2015 al DM 77/2022

Il percorso normativo recente del Servizio Sanitario Nazionale riflette il tentativo di superare una lunga fase di depauperamento delle risorse territoriali per ristabilire standard assistenziali certi e omogenei (Pesaresi, 2022a, p. 4). Mentre il DM 70/2015 si era focalizzato prioritariamente sulla razionalizzazione e sull'efficienza della rete ospedaliera, il DM 77/2022 introduce un cambiamento di prospettiva, definendo modelli organizzativi strutturati per i servizi locali (Fantozzi & Gabriele, 2025, p. 7). Questa riforma punta a uniformare l'offerta sanitaria tra le diverse Regioni italiane, cercando di ridurre le storiche frammentazioni e garantire l'equità nell'erogazione dei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA) (Fantozzi & Gabriele, 2025, p. 7). L'introduzione di parametri qualitativi e quantitativi vincolanti segna dunque il passaggio da un approccio ospedalocentrico a una governance che riconosce al territorio una dignità strutturale precedentemente trascurata, ponendo le basi per una gestione della cronicità più capillare e accessibile.

Il Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR) agisce come il principale motore economico e politico per allineare l'offerta sanitaria ai bisogni reali della popolazione, favorendo lo spostamento del baricentro assistenziale dall'ospedale verso le reti di prossimità (Italia, 2021, pp. 222–223). La normativa associata prevede investimenti massicci volti a superare la frammentazione regionale attraverso l'imposizione di standard strutturali e tecnologici uniformi (Italia, 2021, p. 224). In questo contesto, l'approvazione di uno specifico decreto ministeriale entro la fine del 2021 rappresentava un obiettivo strategico fondamentale, concordato a livello istituzionale per sbloccare le risorse necessarie alla riforma (Italia, 2021, p. 224). Il PNRR non si limita quindi a fornire finanziamenti in conto capitale, ma impone un cronoprogramma rigoroso di riforme che obbliga il sistema a una riorganizzazione funzionale, rendendo gli standard del DM 77/2022 la condizione necessaria per la modernizzazione del sistema pubblico.

La Casa della Comunità (CdC) viene definita normativamente come il luogo fisico di facile individuazione e il modello organizzativo cardine per garantire ai cittadini un accesso unitario e integrato ai servizi sanitari e sociosanitari (Decreto 23 maggio 2022, n. 77: Regolamento recante la definizione di modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nel Servizio sanitario nazionale, 2022, p. 19). Secondo gli standard introdotti, l'architettura territoriale deve prevedere una Casa della Comunità hub ogni 40.000-50.000 abitanti, assicurando la presenza di équipe multidisciplinari e servizi diagnostici di base (Decreto 23 maggio 2022, n. 77: Regolamento recante la definizione di modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nel Servizio sanitario nazionale, 2022, pp. 16–18; Pesaresi, 2022a, pp. 52–57). Gli impegni assunti nell'ambito del PNRR puntano all'attivazione di 1.288 Case della Comunità su tutto il territorio nazionale, con l'obiettivo prioritario di offrire assistenza continuativa alle persone fragili e agli anziani (Italia, 2021, p. 40). Come sintetizzato in Tabella 2, questa struttura rappresenta il perno della rete di prossimità, agendo come un filtro strategico capace di intercettare la domanda di salute prima che questa si riversi impropriamente sulle strutture ospedaliere per acuti.

Tabella 2: Standard organizzativi del DM 77/2022 per il Distretto

Struttura/Figura	Standard di Popolazione	Funzione Principale
Casa della Comunità (Hub)	1 ogni 40.000-50.000 ab.	Punto unico di accesso, assistenza H24
Centrale Operativa Territoriale (COT)	1 ogni 100.000 ab.	Coordinamento della presa in carico
Ospedale di Comunità	20 posti letto ogni 100.000 ab.	Cure intermedie, post-acute
Infermiere di Famiglia e Comunità	1 ogni 3.000 ab.	Gestione proattiva della cronicità

Descrizione: Sintesi degli standard quantitativi e funzionali introdotti per il rafforzamento dell'assistenza territoriale (Decreto 23 maggio 2022, n. 77):

La Centrale Operativa Territoriale (COT) costituisce l'innovazione organizzativa preposta alla regia e al raccordo tra i diversi setting assistenziali e i professionisti coinvolti nel percorso di cura (Decreto 23 maggio 2022, n. 77: Regolamento recante la definizione di modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nel Servizio sanitario nazionale, 2022, p. 28; Pesaresi, 2022a, p. 131). La norma stabilisce l'obbligo di istituire una COT in ogni distretto sanitario, con un parametro di riferimento di una struttura ogni 100.000 abitanti (Italia, 2021, p. 226; Pesaresi, 2022a, pp. 128–133). Questo coordinamento centralizzato è considerato essenziale dal management pubblico per gestire efficacemente i flussi informativi e clinici tra l'ospedale, le strutture intermedie e il domicilio del paziente (Italia, 2021, pp. 226–227). Il ruolo della COT nella nuova governance del distretto, visualizzato in Figura 5, evidenzia come la funzione di raccordo digitale e logistico sia fondamentale per superare i silos informativi regio-

nali, garantendo che la presa in carico sia fluida, sicura e costantemente monitorata lungo l'intero continuum assistenziale.

Figura 4: Modello di governance del distretto post-PNRR e DM 77/2022



Descrizione: Il diagramma illustra l'architettura organizzativa del distretto sanitario, evidenziando i nodi chiave come le Case della Comunità, le Centrali Operative Territoriali e l'Infermiere di Famiglia.

Fonte: Pesaresi (2022b)

L'Ospedale di Comunità (OdC) assume un ruolo strategico come struttura sanitaria di ricovero afferente alla rete territoriale, con la specifica finalità di gestire cure a bassa intensità clinica ed evitare ospedalizzazioni improprie (Decreto 23 maggio 2022, n. 77: Regolamento recante la definizione di modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nel Servizio sanitario nazionale, 2022, p. 33; Pesaresi, 2022a, p. 87). Lo standard prescrittivo impone alle Regioni la presenza di almeno un OdC dotato di 20

posti letto ogni 100.000 abitanti, configurandolo come un setting intermedio essenziale per le fasi di post-acuzie o per il recupero funzionale (Decreto 23 maggio 2022, n. 77: Regolamento recante la definizione di modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nel Servizio sanitario nazionale, 2022, pp. 16–18; Pesaresi, 2022a, p. 88). La gestione di queste strutture è affidata prevalentemente al personale infermieristico, sottolineando il valore della competenza assistenziale nella stabilizzazione clinica dei pazienti fragili (Italia, 2021, p. 227). Inserito organicamente negli standard del distretto (Tabella 2), l'OdC permette di decongestionare i reparti per acuti e facilita le dimissioni protette, offrendo un ambiente meno spersonalizzante rispetto ai grandi poli ospedalieri e più vicino al contesto di vita e affettivo dell'assistito.

Il rafforzamento dell'assistenza territoriale poggia sulla ridefinizione dei profili professionali, tra cui spicca l'Infermiere di Famiglia e Comunità (IFeC), consolidato con uno standard di un professionista ogni 3.000 abitanti (Pesaresi, 2022a, p. 169). Per le Case della Comunità hub, la normativa prevede la formazione di team multidisciplinari che includano da 7 a 11 infermieri, oltre a personale socio-sanitario e amministrativo di supporto (Fantozzi & Gabriele, 2025, p. 23). Il fabbisogno complessivo stimato per rendere operativa la riforma è imponente, richiedendo oltre 36.000 infermieri aggiuntivi entro il 2026 (Pesaresi, 2022a, pp. 181–187). Questo potenziamento del capitale umano è necessario per passare da una medicina prestazionale a una sanità d'iniziativa. Tuttavia, il management pubblico deve affrontare la sfida della sostenibilità di questi standard a fronte di un mercato del lavoro sanitario caratterizzato da una carenza strutturale di laureati e da una ridotta attrattività del sistema pubblico per le nuove generazioni di professionisti.

La digitalizzazione dei processi sanitari viene istituzionalizzata dal DM 77/2022 come una modalità trasversale e obbligatoria per l'erogazione dei Livelli Essenziali di Assistenza, con un focus particolare sulla telemedicina (Decreto 23 maggio 2022, n. 77: Regolamento recante la definizione di modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nel Servizio sanitario nazionale, 2022, p. 46; Italia, 2021, p. 31). Parallelamente, l'assistenza domiciliare viene elevata a 'primo luogo di cura', con l'obiettivo

ambizioso di prendere in carico almeno il 10% della popolazione over 65 entro il 2026 (Decreto 23 maggio 2022, n. 77: Regolamento recante la definizione di modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nel Servizio sanitario nazionale, 2022, pp. 31–33; Italia, 2021, p. 225). L'efficacia di questo modello dipende dall'interoperabilità dei dati, garantita dall'obbligo per tutte le strutture di alimentare il Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE) con documenti digitali nativi (Decreto 23 maggio 2022, n. 77: Regolamento recante la definizione di modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nel Servizio sanitario nazionale, 2022, pp. 48–50; Italia, 2021, pp. 228–231). Questa infrastruttura tecnologica non è solo un requisito tecnico, ma un pilastro manageriale che abilita la Connected Care, permettendo ai professionisti della rete territoriale, illustrata in (Figura 5), di condividere informazioni in tempo reale e monitorare gli esiti di salute dei pazienti cronici direttamente presso il loro domicilio.

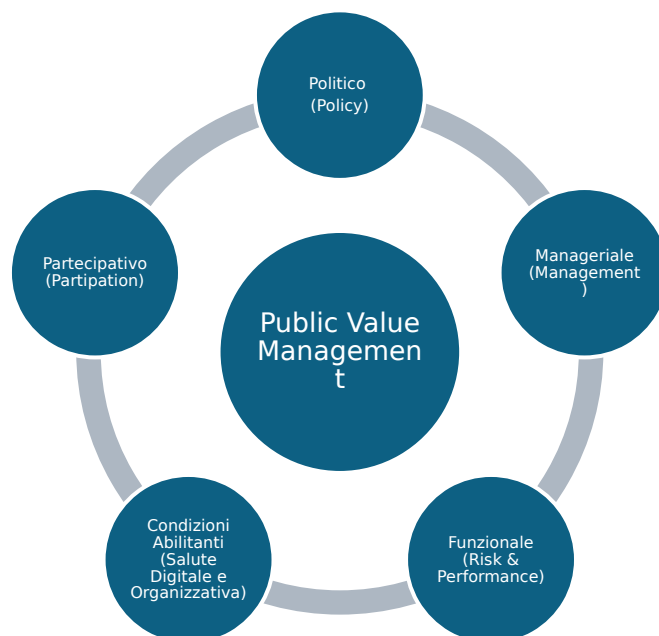
Il management distrettuale assume oggi una funzione cruciale di garanzia della salute della popolazione, dovendo bilanciare l'efficacia dei nuovi servizi con la sostenibilità economica delle scelte gestionali (Pesaresi, 2022a, p. 25). L'analisi dello stato di avanzamento evidenzia tuttavia alcune criticità, come la rimodulazione al ribasso dei target quantitativi del PNRR indotta dall'inflazione e dai ritardi nei cantieri (Fantozzi & Gabriele, 2025, pp. 6–13). Nonostante gli investimenti in infrastrutture, il successo della riforma nel lungo periodo dipende dalla capacità del sistema di superare i rigidi tetti di spesa per il personale e di aumentare l'attrattività professionale del SSN (Fantozzi & Gabriele, 2025, pp. 24–25). Il dirigente pubblico si trova dunque a gestire una transizione complessa, dove l'adozione degli standard quantitativi descritti in Tabella 2 deve essere accompagnata da riforme strutturali della spesa corrente. Solo attraverso una programmazione finanziaria stabile sarà possibile trasformare le nuove Case della Comunità in centri operativi capaci di generare valore pubblico reale e duraturo.

1.5 Il management pubblico nella transizione verso la sanità di prossimità

L'articolazione distrettuale non costituisce una novità assoluta per il Servizio Sanitario Nazionale, essendo formalmente presente fin dall'istituzione del sistema nel 1978 (Borgonovi & Migliore, 2022, p. 3). Tuttavia, la fase attuale impone un ritorno a questa struttura con una rinnovata capacità di gestire i setting extra-ospedalieri. Il distretto si configura oggi come un'unità organizzativa a matrice, la quale deve equilibrare i diversi bisogni di cura, come la prevenzione e la gestione della cronicità, con le varie specializzazioni cliniche presenti sul territorio (Borgonovi & Migliore, 2022, p. 5). In questo scenario, il management territoriale è chiamato a guidare il passaggio verso una vera e propria sanità d'iniziativa. Tale approccio proattivo permette di intercettare i bisogni latenti della popolazione e di ridurre l'erogazione di prestazioni inappropriate, migliorando la sostenibilità economica e la missione sociale del sistema sanitario (Borgonovi & Migliore, 2022, pp. 3–4).

Il manager della prossimità deve possedere la capacità di sollevare lo sguardo dalla gestione contingente per finalizzare l'azione amministrativa alla generazione di benessere collettivo (Deidda Gagliardo et al., 2021, p. 22). Come illustrato in Figura 6, questo profilo si inserisce all'interno di un framework che valorizza la leadership orizzontale e relazionale, superando la logica del potere gerarchico verticale (Borgonovi & Migliore, 2022, p. 6). Le competenze necessarie per il Public Value Manager includono la capacità di integrare diverse discipline e istituzioni, fungendo da raccordo essenziale per l'intera governance locale (Borgonovi & Migliore, 2022, pp. 5–6). Risulta pertanto fondamentale che tali figure siano scelte e formate non solo per le abilità tecniche, ma soprattutto per le soft skill funzionali alla creazione di valore pubblico, adottando stili di leadership autorevoli capaci di guidare i collaboratori attraverso una spinta gentile verso il cambiamento organizzativo (Deidda Gagliardo et al., 2021, p. 22).

Figura 5: I quattro pilastri della Public Value Governance



Descrizione: Framework manageriale per la creazione di valore pubblico nella sanità territoriale

Il valore pubblico è inteso come l'insieme equilibrato degli impatti sanitari, economici e sociali prodotti dalle politiche dell'amministrazione sulle comunità di riferimento (Deidda Gagliardo et al., 2021, p. 1). Il modello di Public Value Governance si fonda storicamente sulla sinergia tra una pluralità di pilastri interconnessi in particolare la guida politica, l'azione manageriale e il coinvolgimento partecipativo della cittadinanza, i quali operano in rete per proteggere e incrementare il valore generato per la collettività (Stoker, 2006; Bryson et al., 2014). All'interno di questa prospettiva di governance collaborativa, il management territoriale è chiamato a tradurre tali pilastri in leve operative e funzionali; l'obiettivo è assicurare che le performance organizzative e individuali siano costantemente monitorate, valutate e allineate sia agli indicatori nazionali di Benessere Equo e Sostenibile (BES), sia ai traguardi globali degli SDGs (Deidda Gagliardo et al., 2021). Questo coordinamento metodologico permette di trasformare la gestione burocratica tradizionale in una strategia orientata al risultato sociale, garan-

tendo che ogni azione amministrativa contribuisca effettivamente al miglioramento della qualità della vita dei cittadini serviti dalla rete di prossimità.

Il successo della transizione verso la sanità territoriale dipende fortemente dall'adozione di tecniche efficaci di change management. Risulta essenziale costruire una narrativa che colleghi chiaramente il cambiamento alla missione aziendale e alla produzione di valore sociale (Albano et al., 2022, p. 111). Questo processo non può limitarsi a un atto formale, ma richiede un accompagnamento costante per l'adattamento delle pratiche all'interno delle diverse amministrazioni destinatarie. Seguendo un percorso strutturato, il management pubblico deve essere in grado di generare una responsabilità diffusa tra i collaboratori, consolidando una cultura dell'innovazione che permetta di superare le resistenze professionali e istituzionali tipiche del passaggio dal modello ospedalocentrico a quello territoriale (Albano et al., 2022, pp. 109–112).

La stratificazione della popolazione costituisce uno strumento manageriale critico per allocare le risorse pubbliche in base ai bisogni reali dei cittadini. Attraverso l'uso di modelli epidemiologici predittivi, il management può suddividere la popolazione in cluster di rischio, permettendo di definire priorità locali e di orientare il personale verso i pazienti più fragili (Albano et al., 2022, pp. 45–52). Questo approccio richiede di superare la logica della spesa storica a favore di una gestione data-driven del territorio. L'integrazione di Big Data e Intelligenza Artificiale supporta l'identificazione di pattern complessi nella domanda di salute, facilitando una programmazione proattiva degli interventi (Fontanella & Orlandini, 2025, pp. 491–493). Tale evoluzione permette di migliorare l'accuratezza della presa in carico individuale, garantendo al contempo la sostenibilità economica del sistema sanitario nazionale attraverso la riduzione delle inefficienze e il miglioramento degli outcome clinici per le fasce più vulnerabili della popolazione.

La transizione digitale richiede una profonda integrazione tra i sistemi di Business Intelligence e le piattaforme di gestione aziendale ERP, supportata da personale specificamente formato per operare con questi strumenti evoluti (Fontanella & Orlandini,

2025, p. 499). Nonostante l'introduzione del Fascicolo Sanitario Elettronico, la persistente frammentazione regionale dei database sanitari limita ancora l'efficacia delle analisi predittive su scala nazionale (Fontanella & Orlandini, 2025, pp. 494–495). In questo contesto, l'Intelligenza Artificiale può fungere da assistente strategico, permettendo ai professionisti della sanità di rimanere costantemente aggiornati sulle migliori pratiche cliniche attraverso il reperimento rapido di grandi quantità di informazioni (Fontanella & Orlandini, 2025, p. 497). Il management pubblico deve quindi agire come facilitatore dell'infrastruttura tecnologica, assicurando l'interoperabilità dei dati tra i diversi database regionali per abilitare una reale sanità di prossimità che sia basata sulla continuità informativa tra ospedale e territorio.

La realizzazione delle infrastrutture fisiche previste dal PNRR non è di per sé garanzia dell'operatività dei servizi, la quale dipende dalla capacità di popolare le strutture con professionisti appositamente formati. Molte Regioni hanno espresso preoccupazione per la carenza di risorse correnti destinate al personale sanitario, dato che i finanziamenti europei coprono prevalentemente le spese in conto capitale (Fantozzi & Gabriele, 2025, p. 4-5). Oltre ai vincoli di bilancio, il management deve affrontare la ridotta attrattività del sistema sanitario pubblico, che rende complesso il reclutamento delle figure professionali necessarie per il funzionamento a pieno regime delle Case della Comunità e degli Ospedali di Comunità (Fantozzi & Gabriele, 2025, p. 24). Per garantire la sostenibilità del modello nel lungo periodo, appare pertanto necessario un piano di reclutamento stabile che superi la fase straordinaria dei finanziamenti PNRR, assicurando che le nuove infrastrutture territoriali non rimangano prive delle risorse umane indispensabili.

La salute organizzativa, definita come il buon funzionamento del contesto lavorativo in relazione al benessere individuale e collettivo, è identificata come una preconditione essenziale per generare valore pubblico (Deidda Gagliardo et al., 2021, p. 38). Il management territoriale deve saper orchestrare processi complessi come lo skill mix change, redistribuendo le competenze tra medici e infermieri per aumentare la capacità erogativa del sistema e gestire la carenza di personale (Albano et al., 2022, pp. 97–107). In

questo processo, è necessaria una costante attenzione alla qualità e alla sicurezza dei dati per prevenire possibili errori di interpretazione tecnologica o bias algoritmici (Fontanella & Orlandini, 2025, p. 501). Investire nel benessere dei professionisti e nella correttezza dei flussi informativi digitali, considerati nel modello di Public Value Governance come condizioni abilitanti (Figura 5), risulta determinante per sostenere la transizione verso la sanità di prossimità e garantire l'equità dei servizi nel tempo.

2. La sanità di prossimità come paradigma manageriale

La sanità di prossimità non rappresenta soltanto una riorganizzazione logistica del Servizio Sanitario Nazionale, ma si configura come una vera e propria filosofia gestionale proattiva che pone la persona al centro dei processi di cura. Superando il modello tradizionale di tipo "reattivo", focalizzato sulla risposta all'acuzie ospedaliera, la sanità di prossimità agisce come un presidio territoriale capace di intercettare il bisogno clinico e sociale prima che esso si trasformi in evento critico. Questo capitolo analizza il passaggio strategico dal tradizionale governo ospedaliero a una governance territoriale integrata, un cambiamento necessario per garantire la sostenibilità del sistema e la costante creazione di valore pubblico di fronte alle sfide demografiche attuali. Il percorso logico del capitolo si articola attraverso l'esame dei principi cardine del proximity care, l'analisi dei modelli di integrazione tra i diversi livelli di assistenza, la mappatura del ruolo dei distretti e delle reti territoriali, per giungere infine alla definizione di strumenti manageriali per la misurazione della performance.

2.1 Definizione e principi del proximity care

Il concetto di salute ha subito una profonda trasformazione storica, transitando da una visione prettamente biologica a una prospettiva multidimensionale. Tale evoluzione, già tracciata dalla storica definizione dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS, 1948), che integra benessere fisico, mentale e sociale, offre oggi un contrappeso necessario ai rischi di una medicina tradizionale eccessivamente depersonalizzata,

spesso incline a ridurre il paziente alla sua sola dimensione organica (Lee & Lee, 2025).

In questo contesto, la sanità di prossimità mira a ripersonalizzare l'assistenza sanitaria, garantendo risposte più compassionevoli ed efficaci ai bisogni di salute contemporanei.

La prossimità, intesa come paradigma manageriale, supera la mera vicinanza geografica tra cittadino e struttura sanitaria. Secondo Ingrosso (2022, p. 25), essa rappresenta un movimento proattivo di “andare verso” l'altro, favorendo l'incontro e l'affiancamento della persona nel suo contesto di vita. Il rafforzamento dell'assistenza territoriale si basa, in quest'ottica, sul ruolo delle Case della Comunità come presidi in grado di intercettare i bisogni emergenti e favorire l'integrazione tra servizi sanitari e sociali. Tale approccio trasforma radicalmente la logica del sistema: si passa da una "medicina d'attesa", centrata sullo sportello burocratico, a una strategia di intercettazione precoce dei bisogni inespressi, migliorando l'accessibilità e rispondendo tempestivamente alle fragilità latenti.

L'implementazione del *proximity care* richiede il superamento del modello biomedico a favore di un paradigma biopsicosociale più inclusivo. È necessario, dunque, considerare i determinanti sociali della salute (SDOH), quali le reti di supporto comunitario e le condizioni socioeconomiche del paziente, integrandoli in piani di cura personalizzati. In questa visione, il paziente cessa di essere un ricevente passivo per diventare partner attivo, collaborando con i professionisti nella definizione di obiettivi realistici e sostenibili (Lee & Lee, 2025, pp. 2–3). L'integrazione sociosanitaria diventa così la leva operativa per gestire la complessità, assicurando che la cura abbracci la rigenerazione dell'intero contesto di vita del cittadino.

La centralità della persona costituisce il fondamento teorico per modelli innovativi come il *Patient-Centered Medical Home*, che pongono la relazione terapeutica al centro dell'organizzazione. Questo orientamento garantisce un'erogazione delle cure più

umana, compassionevole ed efficace (Lee & Lee, 2025). Coerentemente, la prossimità relazionale agisce come un catalizzatore che valorizza l'autodeterminazione del paziente, trasformandolo in co-produttore di salute (Ingrosso, 2022, pp. 22–23). Le differenze paradigmatiche tra questo modello e quello tradizionale sono sintetizzate nella Tabella 3. Attraverso il coinvolgimento diretto dell'individuo e della sua rete, il sistema sanitario può raggiungere *outcome* clinici migliori, riducendo la depersonalizzazione tipica dei grandi contesti ospedalieri. L'umanizzazione dei servizi diventa, in definitiva, un obiettivo gestionale prioritario per accrescere la fiducia dei cittadini e la qualità percepita dell'assistenza territoriale.

Tabella 3: Confronto tra Modello Ospedalocentrico e Proximity Care

Dimensione	Modello Ospedalocentrico	Proximity Care
Focus	Malattia acuta (Patocentrico)	Salute e benessere (Biopsico-sociale)
Logica	Reattiva (Sanità d'attesa)	Proattiva (Sanità d'iniziativa)
Paziente	Utente passivo	Partner attivo (Empowerment)
Setting	Ospedale (Hub centralizzato)	Territorio e Domicilio (Rete diffusa)
Obiettivo	Guarigione clinica	Valore pubblico e qualità della vita

Metodo	Prestazionale/Standardizzato	Personalizzato (PAI/PdS)

Descrizione: Sintesi delle differenze paradigmatiche tra la gestione tradizionale e la sanità di prossimità.

L'equità verticale rappresenta un obiettivo strategico del management sanitario, mirando a ridurre le disparità socioeconomiche non giustificate dai bisogni clinici. È fondamentale distinguere tra ineguaglianze generiche e iniquità, intese come differenze evitabili che richiedono un giudizio morale. In un sistema universalistico, migliorare le performance dei pazienti più svantaggiati non è solo un dovere etico, ma una scelta cruciale per la sostenibilità finanziaria, poiché riduce i costi derivanti da ospedalizzazioni evitabili (Cafagna et al., 2018, pp. 1–4). Il management deve dunque intervenire con azioni correttive mirate, riallocando le risorse verso i cluster di popolazione che presentano barriere di accesso, garantendo che l'intensità delle cure sia proporzionale al bisogno reale. La transizione verso la sanità di prossimità impone il passaggio dalla cura episodica a modelli proattivi, come il *Chronic Care Model* (Massimi et al., 2017, p. 2;). Agendo anticipatamente attraverso la stratificazione del rischio e un monitoraggio costante, il sistema sposta il baricentro dalla gestione del danno alla promozione della stabilità clinica, riducendo drasticamente i rischi di eventi acuti e complicanze legate alla cronicità, che colpiscono maggiormente le fasce più fragili. La fragilità, definita come stato di vulnerabilità agli *stressor* con elevato rischio di esiti avversi, non deve essere interpretata come un destino ineluttabile: gli studi indicano che è possibile recuperare riserve funzionali tramite interventi tempestivi (Cesari et al., 2016, pp. 1–3). Le cure primarie rappresentano il contesto d'elezione per tale finalità, offrendo un accesso unico che semplifica i percorsi assistenziali. Spostare l'assistenza dall'ospedale al territorio permette, infine, una valutazione multidimensionale che integra le risorse del volontariato, favorendo la continuità delle cure e il mantenimento del paziente nel proprio ambiente domestico (Cesari et al., 2016, pp. 3–5).

Gli infermieri occupano un ruolo centrale nel supporto all'autogestione, grazie a una prospettiva olistica che facilita l'educazione terapeutica. Il management deve tuttavia investire in programmi formativi sistematici, poiché i benefici clinici dell'assistenza tendono a svanire in assenza di un addestramento specifico (Massimi et al., 2017, pp. 2, 15). Questo processo di *empowerment* accresce l'autoefficacia del paziente, rendendolo partner attivo nella gestione della propria condizione. Parallelamente, la creazione di una "comunità della cura" richiede team multiprofessionali che integrino competenze cliniche e sociali, superando la logica del consumo individuale in favore di una salute intesa come bene comune (Ingrosso, 2022, pp. 22–24). La co-produzione di valore pubblico si fonda su partnership solide tra istituzioni, terzo settore e cittadini, valorizzando il capitale sociale locale per generare risposte flessibili. Infine, la soddisfazione dell'utente dipende significativamente dalla qualità della connessione relazionale. Sebbene le competenze tecniche siano imprescindibili, esse non rappresentano l'unico predittore del giudizio del paziente; la dimensione della connessione positiva, che include l'ascolto e il tempo dedicato, spiega una quota rilevante della varianza nella percezione di qualità (Palese et al., 2011, pp. 343–348). Pertanto, il management sanitario deve ridurre i carichi burocratici che sottraggono tempo alla relazione, riconoscendo che l'efficacia clinica è mediata dalla fiducia e dall'empatia, elementi che rendono l'assistenza realmente significativa.

La letteratura suggerisce che il sistema sanitario debba essere gestito come un organismo adattivo e resiliente, capace di rispondere alle incertezze epidemiologiche attraverso il feedback e l'apprendimento continuo (Lee & Lee, 2025, p. 5). In questo scenario, la misurazione sistematica dell'equità attraverso dashboard di monitoraggio diventa una leva fondamentale per guidare il cambiamento organizzativo e la riallocazione delle risorse (Cafagna et al., 2018, pp. 3–10). Investire nel capitale sociale e nel consolidamento delle reti comunitarie è essenziale per garantire la tenuta del sistema universalistico nel lungo periodo (Ingrosso, 2022, pp. 27–28). La governance territoriale deve saper bilanciare l'efficienza economica con la creazione di valore pubblico, trasformando i risparmi derivanti dalla riduzione delle ospedalizzazioni in investimenti

per la prevenzione (Cafagna et al., 2018, p. 1). Solo attraverso una visione integrata che unisca rigore metodologico e prossimità umana sarà possibile assicurare una sanità territoriale sostenibile e orientata ai reali bisogni della popolazione.

2.2 Integrazione tra livelli di assistenza e governo dei processi

In un contesto di crescente complessità dei bisogni di salute, la governance integrata si configura come un insieme coordinato di sistemi, processi e comportamenti attraverso cui le organizzazioni sanitarie guidano e controllano le proprie funzioni, garantendo sicurezza e qualità (Nicholson et al., 2013, p. 2). Tale modello impone il superamento della tradizionale struttura gerarchico-funzionale in favore di una gestione orientata ai processi (*Process-Based Management*), in cui il paziente diventa il fulcro di un flusso di valore (*value stream*) che attraversa i confini dipartimentali. L'adozione di questo approccio permette di mappare il percorso assistenziale, identificando le attività a valore aggiunto e riducendo gli sprechi burocratici, in linea con i principi del *Total Quality Management*.

Come illustrato nella Tabella 4, tale visione richiede al management di superare l'auto-referenzialità dei singoli servizi, promuovendo relazioni solide tra istituzioni, comunità e partner esterni. In questo quadro, il Distretto sanitario emerge come il motore dell'integrazione, armonizzando risorse e competenze per assicurare una presa in carico efficace (Pesaresi, 2022a, pp. 19-21). È fondamentale, in tale ambito, distinguere tra integrazione verticale, finalizzata al coordinamento tra i livelli assistenziali, e integrazione orizzontale, focalizzata sul raccordo tra l'ambito sanitario e quello sociale; un approccio multidisciplinare che non rappresenta solo un'opzione organizzativa, ma un requisito strutturale imprescindibile per la continuità delle cure (Pesaresi, 2022a, p. 21).

Tabella 4: Pilastri della Governance Integrata

Elemento	Descrizione Operativa	Strumento Corrisponden-
----------	-----------------------	-------------------------

		te (DM 77)
Pianificazione Congiunta	Definizione di obiettivi comuni tra ospedale e territorio	Distretto Sanitario
Sistemi ICT Integrati	Cartella clinica condivisa e interoperabilità	Fascicolo Sanitario Elettronico
Change Management	Gestione delle resistenze culturali e professionali	Leadership del Direttore di Distretto
Priorità Cliniche	Percorsi di cura standardizzati e condivisi	PDTA
Incentivi Allineati	Superamento dei silos finanziari	Budget di Salute / Budget di Distretto
Focus Popolazione	Servizi basati su aree geografiche e bisogni	Stratificazione della popolazione

Descrizione: Elementi chiave per il coordinamento tra cure primarie e secondarie.

Fonte: Nicholson et al. (2013, pp. 1–8).

L'architettura operativa di questo modello trova nei dispositivi del DM 77 gli strumenti chiave per la sua realizzazione:

- Il Punto Unico di Accesso (PUA): rappresenta la porta di ingresso del sistema. Evolvendo da semplice sportello informativo a fulcro della valutazione multidimensionale, il PUA semplifica i percorsi del cittadino, abbattendo le barriere burocratiche tra ASL e Ambiti Territoriali (Pesaresi, 2022a, pp. 32–39).

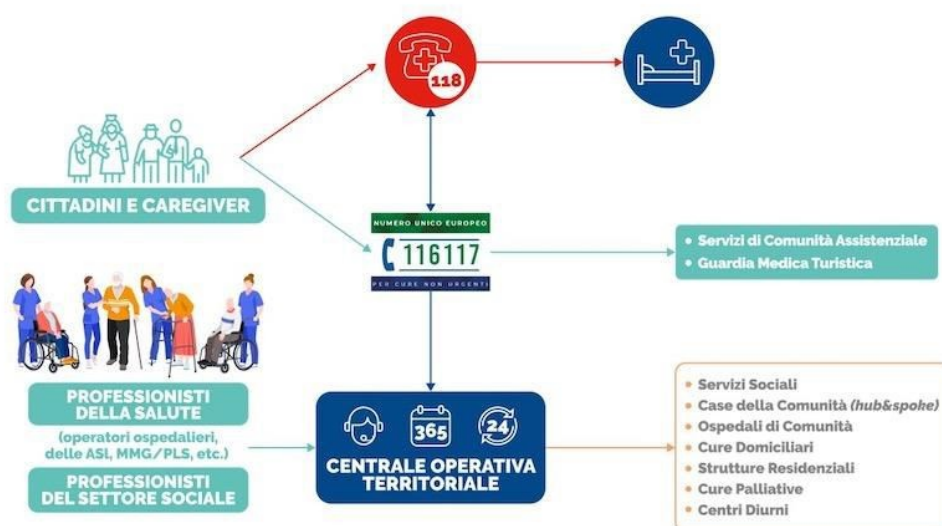
- La Centrale Operativa Territoriale (COT): agisce come snodo del *workflow* assistenziale, coordinando i flussi tra ospedale e territorio e garantendo la continuità nelle transizioni delicate per prevenire eventi avversi (Pesaresi, 2022a, pp. 68, 130–136; Albano et al., 2022, pp. 56–68).
- Il Piano Assistenziale Individuale (PAI): funge da cardine operativo, definendo responsabilità, compiti ed esiti intermedi misurabili. Attraverso il PAI, il management può monitorare l'adeguatezza delle risorse impiegate e personalizzare la risposta clinica, integrando il contributo di famiglia e caregiver (Pesaresi, 2022a, p. 41; Albano et al., 2022, pp. 57–58; Onder et al., 2022, pp. 994–995).

La gestione di condizioni complesse richiede, inoltre, il supporto di tecnologie digitali avanzate. L'adozione di sistemi ICT interoperabili accelera la *Connected Care*, trasformando la cura episodica in un processo di accompagnamento continuo e *data-driven* (Osservatori Digital Innovation, 2021; WHO, 2020). Tale trasformazione è supportata da una collaborazione interprofessionale che, basandosi su comunicazione aperta e decisioni condivise, eleva la qualità delle prestazioni nelle patologie croniche (Lutfiyya et al., 2019, pp. 1–15).

Per superare definitivamente la logica dei silos, l'allineamento degli incentivi, come il Budget di Salute, orienta le risorse verso progetti co-progettati con il Terzo Settore (WHO, 2022; NHS England, 2022; Pesaresi, 2022a, pp. 158–164). Infine, il successo della governance integrata dipende dalla capacità del management di interpretare le dinamiche dei team. Investire in facilitatori esperti, capaci di negoziare i confini professionali e rendere stabile l'innovazione nella routine quotidiana, è il requisito indispensabile per garantire che il percorso del paziente non subisca interruzioni (Harvey & Kitson, 2016, pp. 2–11). Solo una governance capace di integrare dati, professioni e partecipazione può, in definitiva, generare quel valore pubblico duraturo necessario per rispondere ai bisogni moderni della popolazione.

Figura 6: Flusso organizzativo dei servizi sanitari di prossimità

1.2.2



5

Descrizione: Illustrazione del flusso di coordinamento tra i cittadini, i servizi di emergenza e la Centrale Operativa Territoriale (COT), che funge da hub per la presa in carico. Questa struttura è fondamentale per comprendere come i diversi setting assistenziali si integrino per garantire la continuità delle cure.

Fonte: Pesaresi (2022b)

2.3 Il ruolo del territorio e delle reti distrettuali

Il Distretto sanitario viene ridefinito come il luogo privilegiato per la gestione e il coordinamento funzionale della rete dei servizi sociosanitari e territoriali (Decreto 23 maggio 2022, n. 77: Regolamento recante la definizione di modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nel Servizio sanitario nazionale, 2022, p. 17; Pesaresi, 2022a, p. 20). Questa evoluzione è descritta da Borgonovi & Migliore (2022, p. 3)

come un ritorno al futuro, poiché recupera la centralità distrettuale prevista fin dal 1978, ma la arricchisce con una resilienza trasformativa necessaria per rispondere agli shock tecnologici e demografici attuali. In questo nuovo assetto, il Distretto non è più una semplice articolazione burocratica, ma una struttura operativa complessa sovraordinata ai singoli nodi assistenziali (Pesaresi, 2022a, pp. 7–10). Tale configurazione permette di superare la frammentazione dei servizi, ponendo le basi per una governance unitaria capace di armonizzare le risposte ai bisogni di salute locali con una visione strategica di insieme che valorizzi le Case della Comunità e gli Ospedali di Comunità come parte di un organismo unico.

Al Distretto è attribuita un'autonomia tecnico-gestionale ed economico-finanziaria che si riflette in una contabilità separata all'interno del bilancio della ASL (Pesaresi, 2022a, p. 26). Questa indipendenza permette al management distrettuale di assumere funzioni di committenza e produzione mirate a garantire l'uniformità dei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA) (Pesaresi, 2022a, pp. 7–10; Tubertini, 2025). La governance si basa sulla stratificazione della popolazione per pianificare interventi proattivi e personalizzati tramite il Progetto di Salute (Decreto 23 maggio 2022, n. 77: Regolamento recante la definizione di modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nel Servizio sanitario nazionale, 2022, pp. 10–12). Come illustrato in Tabella 5, l'architettura dei servizi richiede il rispetto di standard quantitativi precisi per assicurare la sostenibilità e l'equità del sistema. Tale approccio sposta decisamente il focus dalla cura episodica tipica del modello ospedaliero alla medicina d'iniziativa, dove l'allocazione delle risorse segue l'analisi dei bisogni reali e dei cluster di fragilità identificati sul territorio, assicurando una gestione data-driven dell'offerta sanitaria.

Tabella 5: Standard Organizzativi del DM 77/2022

Struttura / Figura	Standard di Popolazione	Funzione Principale
--------------------	-------------------------	---------------------

Distretto Sanitario	100.000 abitanti	Governance e commitment
Casa della Comunità (Hub)	40.000 - 50.000 abitanti	Accesso H24, Multidisciplinarità
Centrale Operativa (COT)	100.000 abitanti	Coordinamento transizioni
Infermiere di Famiglia (IFeC)	1 ogni 3.000 abitanti	Presa in carico proattiva
Ospedale di Comunità	20 PL ogni 100.000 ab.	Cure intermedie
Unità Continuità Assistenziale	1 ogni 100.000 abitanti	Gestione complessità clinica

Descrizione: Sintesi degli standard quantitativi per i nodi della rete territoriale.

Fonte: Dati estratti da (Decreto 23 maggio 2022, n. 77).

Il modello organizzativo territoriale prevede l'istituzione di Case della Comunità Hub, con uno standard di una struttura ogni 40.000-50.000 abitanti, integrate da presidi Spoke per assicurare una copertura capillare (Pesaresi, 2022a, pp. 55–57). Questa architettura a rete facilita l'accesso ai servizi, riducendo le disuguaglianze geografiche tra zone urbane e aree interne (Decreto 23 maggio 2022, n. 77: Regolamento recante la definizione di modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nel Servizio sanitario nazionale, 2022, pp. 20–24). La differenziazione tra Hub e Spoke permette di ottimizzare la distribuzione delle risorse, concentrando le funzioni più complesse nei centri principali e garantendo al contempo un punto di accesso unitario vicino alla residenza del cittadino (Pesaresi, 2022a, pp. 55–57). L'adozione di questa logica organizzativa

risponde alla necessità di servire la popolazione in modo equo, superando la storica centralizzazione ospedaliera. Il sistema così strutturato promuove la prossimità non solo come vicinanza fisica, ma come capacità di intercettare tempestivamente la domanda di salute, rendendo la rete assistenziale resiliente e capace di adattarsi alle specificità dei diversi contesti locali e demografici.

La Casa della Comunità (CdC) è definita sia come luogo fisico di facile individuazione sia come modello organizzativo cardine della prossimità (Decreto 23 maggio 2022, n. 77: Regolamento recante la definizione di modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nel Servizio sanitario nazionale, 2022, p. 19; Pesaresi, 2022a, p. 51). Essa funge da hub di coordinamento interno tra i diversi professionisti e si interfaccia esternamente con altre strutture come RSA e consultori (Tubertini, 2025). La CdC promuove attivamente l'integrazione multidisciplinare, riunendo nello stesso spazio medici di medicina generale, specialisti e infermieri per una presa in carico globale (Pesaresi, 2022a, pp. 55–57). La Casa della Comunità abilita una valutazione multidimensionale che supera la visione puramente clinica della malattia, integrando le risorse sociali e sanitarie per garantire un percorso di cura continuativo e coerente con il contesto di vita del paziente.

L'Ospedale di Comunità (OdC) svolge una funzione intermedia tra il domicilio e il ricovero per acuti, afferendo direttamente alla rete dell'assistenza territoriale (DM 77/2022, p. 33; Pesaresi, 2022a, p. 87). Struttura a gestione prevalentemente infermieristica dedicata a ricoveri brevi, essa mira a evitare l'ospedalizzazione impropria e a favorire il recupero funzionale del paziente (Pesaresi, 2022a, pp. 84–90). Con uno standard previsto di 20 posti letto ogni 100.000 abitanti, l'OdC funge da snodo cruciale per contrastare il fenomeno dell'**istituzionalizzazione indebita**, intesa come il ricorso inappropriato a strutture ospedaliere per acuti o a lungo-degenza in assenza di reale necessità clinica, causato spesso da una carenza di supporti domiciliari o intermedi. Gestendo casi a bassa intensità assistenziale che richiedono sorveglianza ma non alta tecnologia, tale struttura mitiga il *bed blocking*, assicurando al paziente fragile un percorso appropriato e un rientro protetto al domicilio, con una gestione più efficiente delle

risorse di sistema. La Centrale Operativa Territoriale (COT) costituisce il modello organizzativo preposto al coordinamento della presa in carico e al raccordo tra i diversi professionisti coinvolti nei setting assistenziali (Decreto 23 maggio 2022, n. 77: Regolamento recante la definizione di modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nel Servizio sanitario nazionale, 2022, p. 28; Pesaresi, 2022a, p. 131). Agendo come il cervello organizzativo del Distretto, la COT gestisce le transizioni dei pazienti per garantire la continuità delle cure tra ospedale e territorio (Pesaresi, 2022a, pp. 130–133). Essa assicura la circolazione tempestiva delle informazioni cliniche tramite il Fascicolo Sanitario Elettronico, supportando efficacemente anche l'assistenza domiciliare potenziata (Tubertini, 2025). Questa funzione di regia è fondamentale per eliminare i silos informativi e operativi, permettendo un monitoraggio costante del percorso del cittadino. La COT non si limita a un ruolo amministrativo, ma agisce come un vettore di integrazione che ottimizza l'uso dei nodi della rete, garantendo che ogni passaggio assistenziale sia fluido, sicuro e orientato al miglior setting di cura possibile per il paziente cronico e fragile.

Lo sviluppo specialistico verticale deve essere completato dall'integrazione orizzontale tra diverse conoscenze e servizi per rispondere efficacemente alla complessità territoriale (Borgonovi & Migliore, 2022, p. 4). Il management distrettuale richiede attitudini alla leadership orizzontale, alla delega e alla creazione di team interprofessionali capaci di collaborare oltre i confini gerarchici (Borgonovi & Migliore, 2022, pp. 5–6). In questo scenario, emergono nuovi profili manageriali come il fragility manager e il care manager, selezionati per la loro capacità di gestire bisogni complessi attraverso una visione sistemica (Borgonovi & Migliore, 2022, pp. 5–6). Questa transizione impone un cambio di paradigma verso una logica orientata all'utente, dove il coordinatore del Distretto agisce come un facilitatore che integra competenze cliniche, sociali e amministrative. La capacità di orchestrare queste diverse professionalità diventa la leva principale per generare valore pubblico, trasformando la sanità territoriale in un ecosistema adattivo e resiliente che pone la persona e la sua rete relazionale al centro dei processi organizzativi e decisionali.

L'Infermiere di Famiglia o Comunità (IFoC) è la figura chiave che assicura l'assistenza ai diversi livelli di complessità in collaborazione con tutti i professionisti locali (Decreto 23 maggio 2022, n. 77: Regolamento recante la definizione di modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nel Servizio sanitario nazionale, 2022, pp. 25–27; Pesaresi, 2022a, p. 169). Ad esso si affiancano le Unità di Continuità Assistenziale (UCA), che intervengono come equipe mobili distrettuali per gestire casi clinici instabili direttamente al domicilio (Decreto 23 maggio 2022, n. 77: Regolamento recante la definizione di modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nel Servizio sanitario nazionale, 2022, pp. 25–27). Tuttavia, la carenza di personale rappresenta una sfida critica per la sostenibilità delle reti, con un fabbisogno stimato di oltre 36.000 infermieri aggiuntivi entro il 2027 (Pesaresi, 2022a, pp. 181–187). Il successo della riforma dipende quindi dalla capacità di reclutare e formare queste figure professionali, garantendo loro un ruolo attivo nei processi proattivi di cura. Senza un investimento adeguato nel capitale umano, le strutture fisiche previste dal PNRR rischiano di restare depotenziare, rendendo necessaria una pianificazione strategica delle risorse umane che valorizzi le competenze specialistiche e promuova l'attrattività del lavoro nel setting territoriale e domiciliare.

L'integrazione sociosanitaria richiede una collaborazione strutturata tra Aziende USL e Comuni, formalizzata attraverso strumenti pattizi come i Piani di Zona e i Protocolli d'Intesa, che regolano la condivisione di risorse e personale (Tubertini, 2025). Il Distretto coordina attivamente tali attori, pubblici, terzo settore e associazionismo, per garantire la sostenibilità sociale del sistema (Borgonovi & Migliore, 2022, pp. 5–6). Dal punto di vista della gestione per processi, il Punto Unico di Accesso (PUA) funge da *gateway* informativo e operativo: esso standardizza l'ingresso dell'utente, superando la frammentazione tra servizi sanitari e sociali attraverso una valutazione multidimensionale unificata che abilita il passaggio di informazioni (interoperabilità) tra i diversi *provider* di cura (Pesaresi, 2022a, pp. 32–40). Questa visione trasforma il Distretto in un ecosistema relazionale che opera secondo una logica di co-produzione di valore: la co-progettazione tra sanità e servizi sociali assicura che il Progetto di Salute non

sia limitato alla dimensione medica, ma integri i determinanti sociali della salute, rendendo il percorso dell'utente un processo continuo e non una sommatoria di atti burocratici isolati. La modellazione delle isocrone dinamiche multimodali tramite i Sistemi Informativi Geografici (GIS) permette di calcolare l'accessibilità reale ai servizi basandosi sui tempi di percorrenza effettivi ed eterogenei (a piedi, con mezzi pubblici o veicoli privati), superando i limiti della distanza lineare e dei dati cartografici statici (Gligorić et al., 2023; Weiss et al., 2020). L'applicazione di metodologie avanzate di Floating Catchment Area (FCA) consente al management di incrociare la capacità ricettiva delle strutture con la domanda potenziale della popolazione, rivelando squilibri spaziali tra l'offerta di cure e i reali bisogni epidemiologici (Musa et al., 2024). Infine, l'integrazione di tecniche di analisi dei cluster spaziali (come l'Autocorrelazione Spaziale e l'indice di Moran) permette di localizzare i focolai di patologie croniche e identificare le aree a rischio di sotto-diagnosi, guidando la pianificazione di strategie proattive di medicina d'iniziativa sul territorio (Talebi et al., 2025; Musa et al., 2024). L'utilizzo di questi strumenti analitici trasforma la pianificazione sanitaria in un processo data-driven, permettendo di localizzare i nodi Hub e Spoke in modo strategico per massimizzare l'equità di accesso. Attraverso tecniche di interpolazione statistico-spaziale, il management può stimare la prevalenza del fabbisogno di salute anche in contesti dove la rilevazione non è sistematica, assicurando che l'offerta di servizi sia realmente allineata alle necessità geografiche e demografiche della comunità di riferimento.

La telemedicina potenzia l'attività clinica consentendo il monitoraggio remoto e un'interazione costante tra professionista e assistito, elemento cardine per la proattività territoriale (DM 77/2022, p. 46). Il Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE) costituisce l'infrastruttura tecnologica fondamentale per la tracciabilità delle transizioni (*care transitions*) tra i nodi della rete distrettuale (DM 77/2022, pp. 47–50; Tubertini, 2025). Sotto il profilo manageriale, l'adozione di strumenti di analisi spaziale e cartografia permette di ottimizzare la localizzazione dei servizi, orientando le scelte strategiche in base all'accessibilità reale della popolazione (Samarasundera et al., 2012, p. 17). Tale infrastruttura abilita il modello di Connected Care, inteso come un ecosistema digitale

in cui le informazioni seguono il paziente in modo fluido, superando i tradizionali silos informativi regionali. L'interoperabilità dei dati non va intesa come mero adempimento tecnico, bensì come leva di gestione dei processi, indispensabile per garantire la continuità assistenziale: essa permette di standardizzare le informazioni cliniche, eliminando ridondanze e colli di bottiglia informativi. In quest'ottica, la digitalizzazione agisce come il collante invisibile che trasforma strutture fisiche isolate in un sistema integrato e proattivo, capace di generare valore clinico e gestionale attraverso l'uso analitico del dato. Il Distretto deve promuovere attivamente il *community building* per informare i cittadini e attivare collaborazioni stabili tra i diversi soggetti locali, agendo come punto di convergenza tra la programmazione sanitaria e il tessuto sociale (Borgonovi & Migliore, 2022, p. 5). In questa prospettiva, la Casa della Comunità evolve in uno strumento di amministrazione condivisa che istituzionalizza la partecipazione diretta del Terzo Settore e della cittadinanza nel processo decisionale locale (Tubertini, 2025).

Il coinvolgimento attivo della comunità è considerato dal management distrettuale come una leva strategica per implementare una sanità di iniziativa capace di gestire proattivamente la fragilità territoriale. Questo approccio partecipativo non solo aumenta la trasparenza e l'*accountability* sociale, ma rafforza anche la fiducia dei cittadini nel sistema. Valorizzando il capitale sociale locale, il management del Distretto può attuare processi di co-produzione di valore pubblico: la salute viene così configurata come un bene comune dove la promozione della prevenzione e la gestione della cronicità non sono carichi isolati del sistema sanitario, ma responsabilità condivise tra istituzioni, enti locali e comunità. Questa integrazione operativa permette al Distretto di ottimizzare l'allocazione delle risorse, riducendo le inefficienze derivanti dalla frammentazione e garantendo, nel lungo periodo, una maggiore resilienza del welfare territoriale, poiché una rete sociale attiva e consapevole funge da presidio territoriale capace di intercettare il bisogno prima che esso necessiti di risposte ad alta intensità ospedaliera.

2.4 La prospettiva del management sanitario e la creazione di valore pubblico

Il concetto di Valore Pubblico, teorizzato originariamente da Mark H. Moore (1995), rappresenta il punto di riferimento imprescindibile per modernizzare la gestione delle amministrazioni sanitarie. Secondo il paradigma di Moore, il manager pubblico non è un mero esecutore di norme, ma un "creatore di valore" che opera all'interno del cosiddetto "Triangolo Strategico": la ricerca di un valore che sia legittimo e politicamente sostenibile, supportato da una capacità operativa concreta e orientato a rispondere a bisogni collettivi. Per operationalizzare il concetto di valore pubblico, il management può ricorrere al modello multidimensionale che articola la performance in tre dimensioni interdipendenti:

Tabella 6: Le dimensioni del valore nel Triangolo Strategico di Moore (rielaborazione dell'autore).

Dimensione	Descrizione	Impatto sulla Sanità di Prossimità
Legittimazione Sociale	Accettabilità politica e consenso.	Rispondenza del DM 77/2022 ai bisogni locali.
Capacità Operativa	Competenze, risorse e processi.	Efficacia dei team multidisciplinari.
Valore Pubblico Prodotto	Beneficio netto per la collettività.	Miglioramento della salute e del benessere BES.

In questo framework, l'efficienza economica e finanziaria non è un fine isolato, ma una condizione funzionale al miglioramento degli outcome di salute e degli obiettivi di sviluppo sostenibile. Questo approccio consente ai manager di verificare se le innovazioni introdotte stiano effettivamente producendo un avanzamento nel benessere territoriale.

La valutazione della performance in campo sanitario deve essere intesa come un costrutto intrinsecamente multidimensionale, superando la limitatezza delle sole metriche clinico-tecniche (d'Angela et al., 2023, p. 24). In linea con la letteratura internazio-

nale, l'approccio multidimensionale trova i suoi pilastri teorici in modelli che integrano diverse prospettive strategiche: dalla "Performance Pyramid" di Lynch e Cross, che allinea gli obiettivi operativi alla strategia aziendale, fino alla "Balanced Scorecard" di Kaplan e Norton, che bilancia indicatori finanziari, processi interni, apprendimento e prospettiva dell'utente. A questi si affianca il contributo di Cepiku, che sottolinea l'importanza di considerare la co-produzione e il valore pubblico nel design dei sistemi di misurazione. Risulta dunque necessario monitorare la tutela sociosanitaria analizzando i determinanti che incidono sulla salute della persona (d'Angela et al., 2023, p. 27). In questa prospettiva, il management ricorre a indici sintetici che aggregano dimensioni eterogenee, riflettendo il sistema di preferenze degli *stakeholder* (pazienti, caregiver, istituzioni). Piuttosto che limitarsi a interpretazioni numeriche lineari, l'analisi deve focalizzarsi sul valore percepito dal paziente (secondo il paradigma *Value-Based Healthcare*), dove il successo di un intervento non è definito solo dal dato clinico puro, ma dal miglioramento dell'outcome funzionale e della qualità della vita rispetto alle risorse impiegate. Tale approccio garantisce una visione olistica del sistema sanitario come produttore di benessere sociale integrato, dove la performance non è più una misura di conformità, ma una bussola per l'innovazione organizzativa. L'equità non è solo un principio etico, ma una dimensione fondamentale della performance manageriale (d'Angela et al., 2023, p. 28). Il management deve distinguere tra equità orizzontale, che riduce le variazioni geografiche tra unità assistenziali, ed equità verticale, focalizzata sulla compensazione degli svantaggi socio-economici. Ridurre i divari di equità migliorando le prestazioni per i pazienti fragili è una strategia cruciale per la sostenibilità dei sistemi universalistici (Cafagna et al., 2018, p. 3). Il monitoraggio sistematico permette ai manager di attuare interventi mirati, assicurando che l'intensità delle cure sia proporzionata al bisogno reale, superando le barriere economiche o geografiche.

Migliorare i percorsi di cura per i pazienti con basso status socio-economico (SES) genera benefici economici diretti, riducendo le ospedalizzazioni evitabili. In Toscana, una simulazione ha indicato che il raggiungimento di standard di equità potrebbe per-

mettere una riallocazione di risorse pari a oltre 2 milioni di euro. La sanità di prossimità crea valore convertendo i costi delle acuzie ospedaliere in investimenti proattivi per la prevenzione. Sebbene l'incremento delle visite specialistiche richieda un budget iniziale, il bilancio netto rimane favorevole grazie alla prevenzione di eventi critici (Cafagna et al., 2018, p. 3). La trasparenza stimola il management a eliminare le barriere di accesso e a riorientare le risorse verso la cronicità, rafforzando la stabilità finanziaria.

L'esperienza riportata dal paziente è oggi una misura di qualità essenziale, equiparabile agli esiti clinici. Il monitoraggio dei PREMs offre al management uno strumento per valutare l'umanizzazione delle cure e la solidità della connessione relazionale. Indicatori come la *Willingness to recommend* misurano la fiducia sociale e l'impatto del reparto. L'analisi di questi feedback individua le fasi critiche del percorso, specialmente alla dimissione, dove la chiarezza delle informazioni condiziona la valutazione globale (Vainieri, Peruzzo, et al., 2024, pp. 52–59).

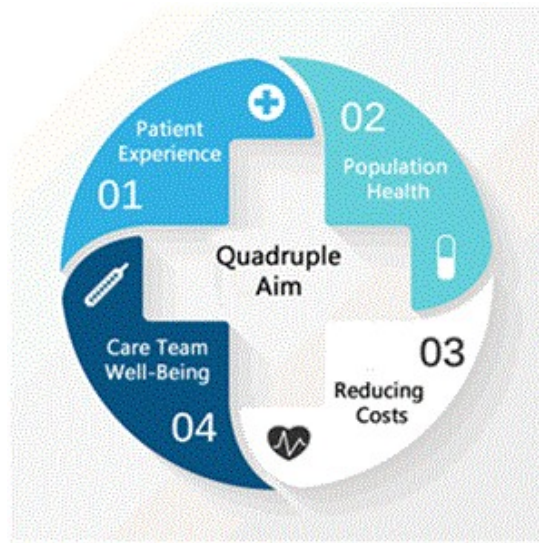
L'automazione digitale tramite web service e API permette di raccogliere feedback in tempo reale, superando i ritardi delle rilevazioni cartacee. Questa disponibilità immediata trasforma il monitoraggio in uno strumento dinamico per il miglioramento dei servizi (Vainieri, Peruzzo, et al., 2024, pp. 6–8). In mancanza di dati statistici consolidati, il management può ricorrere a indicatori *proxy*, sensori tempestivi per le criticità emergenti (Deidda Gagliardo et al., 2021, pp. 26–35). L'integrazione nelle piattaforme di *business intelligence* favorisce un *benchmarking* costante, allineando le risorse alle necessità effettive rilevate digitalmente.

Le indagini PREMs includono spesso domande aperte che fanno emergere aspetti qualitativi come l'empatia e il supporto emotivo. Per garantire confronti equi, il management deve applicare tecniche di *risk-adjustment* che tengano conto di variabili come età, sesso e titolo di studio (Vainieri, Peruzzo, et al., 2024, p. 74). Valorizzare la dimensione umana significa riconoscere che il benessere del cittadino non dipende solo dall'efficacia tecnica, ma anche dalla qualità dell'interazione vissuta.

La salute organizzativa è una condizione imprescindibile per generare valore pubblico (Deidda Gagliardo et al., 2021, p. 38). Studi internazionali collegano il burnout del personale a una minore soddisfazione dei pazienti e a peggiori esiti clinici (Bodenheimer & Sinsky, 2014, p. 573). L'insoddisfazione dei professionisti è un segnale precoce di barriere sistemiche (Bodenheimer & Sinsky, 2014, p. 574). Il management deve considerare il benessere dei dipendenti un pilastro strategico della performance, necessario per sostenere la sanità di prossimità.

Il management moderno deve evolvere verso il modello del Quadruple Aim, come illustrato nella Figura 7, aggiungendo il miglioramento della vita lavorativa degli operatori alle dimensioni di salute, qualità e costi. Strategie organizzative come la collocazione dei team riducono l'isolamento e il carico burocratico, permettendo ai professionisti di concentrarsi sulla relazione (Bodenheimer & Sinsky, 2014, pp. 574–575). Senza investimenti nel capitale umano, la pressione demografica rischia di degradare le cure centrate sulla persona.

Figura 7: Modello Quadruple Aim



Descrizione: Rappresentazione delle quattro dimensioni strategiche per la sanità di prossimità: centralità del paziente, esiti di salute, contenimento dei costi e valorizzazione del capitale umano.

Fonte: Bodenheimer & Sinsky, 2014

La trasparenza amministrativa stimola il miglioramento dei servizi (Ferrara et al., 2024, p. 826). Strumenti come l'indicatore composito di trasparenza (CTI) monitorano l'integrità e la qualità gestionale (Ferrara et al., 2024, pp. 832–835). Nonostante gli oneri burocratici, la trasparenza agisce come un potente meccanismo di governance che rafforza l'*accountability* sociale. Il monitoraggio sistematico è la chiave per il successo delle riforme del DM 77/2022 (d'Angela et al., 2023, pp. 114–117). La misurazione continua è l'unica garanzia per uno sviluppo equilibrato del sistema sanitario (d'Angela et al., 2023, p. 111).

3. Revisione della letteratura: Sanità di prossimità e management territoriale

Le decisioni nell'ambito del management pubblico e della pianificazione sanitaria devono fondarsi su evidenze scientifiche rigorose per garantire l'efficacia delle riforme strutturali, l'efficienza nell'allocazione delle risorse e la sicurezza dei pazienti (Vainieri et al., 2023). In tale contesto, il presente capitolo si configura come una revisione siste-

matica della letteratura scientifica internazionale e nazionale. Tale approccio metodologico è stato adottato per sistematizzare le evidenze disponibili e colmare il divario (gap) esistente tra gli obiettivi normativi macro-organizzativi e l'implementazione operativa delle reti di prossimità.

Il percorso logico della trattazione muove dalla definizione degli obiettivi attraverso il framework PICO e dalla descrizione della strategia di ricerca adottata, i cui risultati sono documentati mediante il flusso metodologico PRISMA. La sezione centrale presenta una sintesi critica e una mappatura metodologica sinottica dei contributi selezionati, garantendo così trasparenza e riproducibilità al processo di selezione. L'obiettivo ultimo è fornire una cornice teorica solida, capace di dimostrare come la standardizzazione strutturale guidata dal Decreto Ministeriale n. 77/2022 debba necessariamente integrarsi con approcci relazionali, proattivi ed empatici incentrati sui bisogni complessi dell'individuo fragile.

3.1 Background

La frammentazione dei servizi sanitari e la persistenza di modelli organizzativi strutturati in "silos" verticali e isolati hanno storicamente generato sistemi complessi, rigidi e spesso impersonali, rendendo estremamente difficile l'orientamento dei pazienti e dei loro caregiver all'interno dei percorsi di cura (Nicholson et al., 2013). Come evidenziato in letteratura, per garantire la sicurezza, la continuità e l'equità del sistema, emerge l'assoluta necessità di riformare i modelli di governance verso una maggiore agilità e coordinamento. L'integrazione sinergica tra le cure primarie territoriali e l'assistenza specialistica secondaria è considerata una strategia manageriale fondamentale per migliorare l'efficienza complessiva dei servizi e l'esperienza vissuta dall'utente (Nicholson et al., 2013).

In Italia, questa esigenza di coordinamento e di superamento del paradigma spiccatamente ospedalocentrico ha trovato una spinta normativa e finanziaria senza precedenti attraverso la convergenza tra le risorse della Missione 6 Componente 1 del Piano Na-

zionale di Ripresa e Resilienza (PNRR) e l'emanazione del Decreto Ministeriale n. 77/2022 ("Regolamento recante la definizione di modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nel Servizio Sanitario Nazionale"). La transizione verso una sanità basata sulla prossimità, sulla capillarità e sulla proattività assistenziale esige tuttavia un profondo cambio di paradigma manageriale. Le nuove strutture fisiche introdotte dalla riforma quali le Case della Comunità (CdC), degli Ospedali di Comunità (OdC) e le Centrali Operative Territoriali (COT) non possono essere configurate come meri contenitori edili o risposte puramente burocratiche. Esse devono evolvere in nodi integrati di una rete sociosanitaria interprofessionale guidata dai dati epidemiologici (*data-driven*), dalla digitalizzazione e da un'equità stabile nell'accesso alle cure.

Parallelamente, l'architettura delle reti di prossimità richiama la necessità di non smarrire la dimensione clinica, umanistica e relazionale della presa in carico. La gestione delle fragilità complesse sul territorio caratterizzate da bisogni che spaziano dalla gestione della cronicità avanzata al supporto emotivo, psicologico e sociale dell'individuo e del suo nucleo familiare dimostra che la strutturazione di una rete di servizi è efficace solo se supportata da professionisti dotati di elevate competenze comunicative ed empatiche. Quando il paziente si trova ad affrontare transizioni assistenziali delicate e a sperimentare vissuti di vulnerabilità o isolamento istituzionale, l'infermiere si colloca come il punto cardine della continuità delle cure. Egli agisce non solo come gestore di flussi o *case manager* logistico, ma come promotore di un approccio personalizzato, rispettoso e centrato sulla persona, capace di accogliere le istanze assistenziali e di pianificare risposte adeguate in stretta sinergia con la medicina generale, i servizi sociali e le risorse della comunità.

3.2 Obiettivi dell'analisi

L'obiettivo di questa revisione della letteratura non si esaurisce nella mera catalogazione descrittiva dei modelli organizzativi o delle innovazioni tecnologiche isolate. La vera sfida scientifico-gestionale del "Nuovo Distretto" risiede nella necessità di colmare il divario conoscitivo esistente tra le direttive macro-normative centrali e i mec-

canismi micro-organizzativi di implementazione delle reti di prossimità (*implementing gap*). In questa prospettiva, l'analisi si propone di sistematizzare le migliori evidenze nazionali e internazionali per comprendere come gli strumenti del *Change Management*, della digitalizzazione *data-driven* e del *Performance Management* possano tradurre i requisiti strutturali del Decreto Ministeriale n. 77/2022 in effettivo Valore Pubblico per la popolazione fragile e affetta da cronicità (Vainieri et al., 2023).

Per garantire il necessario rigore metodologico ed evitare bias di selezione e pubblicazione, le fasi di identificazione, screening e inclusione degli studi sono state condotte applicando i criteri del framework internazionale **PRISMA** (Nuti et al., 2014). Al fine di tradurre gli obiettivi generali in un quesito di ricerca è stato adottato il framework metodologico **PICO** (*Population, Intervention, Comparison, Outcome*), i cui pilastri costitutivi sono dettagliati nella Tabella 7.

Tabella 7: PICO

P - Population (Popolazione e Setting):	Il Servizio Sanitario Nazionale (SSN) italiano, i Sistemi Sanitari Regionali (SSR), i distretti sanitari, le direzioni aziendali e la popolazione italiana (con particolare riferimento ai pazienti cronici, fragili e anziani over-65).
I - Intervention (Intervento/Fenomeno di interesse):	Modelli organizzativi, di programmazione e di governance introdotti dal DM 77/2022 e finanziati dal PNRR (istituzione di Case della Comunità, Ospedali di Comunità, Centrali Operative Territoriali - COT, potenziamento dell'Assistenza Domiciliare Integrata - ADI, e implementazione della

	telemedicina/digitalizzazione <i>data-driven</i>).
C - Comparison (Confronto):	Lo <i>status quo</i> assistenziale storico, caratterizzato da modelli frammentati, a silos o prettamente ospedalocentrici; vincoli di spesa storici e assetti regionali disomogenei; modelli di assistenza tradizionali non integrati a livello interprofessionale.
O - Outcome (Esiti di interesse manageriale):	Continuità ospedale-territorio, equità e superamento delle disparità geografiche/regionali, integrazione interprofessionale e <i>task shifting</i> (es. Infermiere di Famiglia e di Comunità), riorientamento dei percorsi clinici sui determinants sociali della salute e appropriatezza prescrittiva/riduzione delle ospedalizzazioni improprie.

La strutturazione del quesito secondo lo standard PICO permette di superare la genericità delle descrizioni narrative, favorendo una sintesi delle prove che sia direttamente applicabile alla programmazione dei servizi territoriali e alla valutazione delle performance organizzative. Il quesito di ricerca finale, scaturito dalla strutturazione sistematica del framework, è stato formalizzato nei seguenti termini: “Modelli organizzativi, interventi manageriali e sistemi di misurazione delle performance per l'ottimizzazione dell'assistenza sanitaria di prossimità e l'integrazione dei servizi territoriali (DM 77/2022 e PNRR)”.

- **Stratificazione del rischio e targeting della popolazione (P):** La popolazione oggetto di studio rappresenta la sfida più significativa per la sostenibilità eco-

nomico-finanziaria dei moderni sistemi sanitari. Per una gestione efficace e proattiva della domanda, le evidenze convergenti della letteratura (Gabrielli et al., 2024) suggeriscono la necessità per le direzioni aziendali di utilizzare strumenti di stratificazione del rischio validati e sistemi informativi geografici (GIS). Tali metodologie consentono di distinguere l'invecchiamento puramente anagrafico dal declino funzionale e dalle vulnerabilità indotte dal contesto orografico (aree interne e montane). Questo *targeting* strategico costituisce il presupposto fondamentale per l'allocazione ottimale e proattiva delle risorse pubbliche, permettendo ai manager di strutturare Piani di Assistenza Individualizzati (PAI) in cui l'intensità dell'assistenza domiciliare sia matematicamente proporzionata alle reali necessità cliniche e sociali di ogni assistito, migliorando così l'equità complessiva del sistema.

- **Transizione dei modelli di governance e flessibilità organizzativa (I - C):** L'intervento analizzato in questa revisione riguarda il passaggio cruciale da un approccio reattivo specifico per singola patologia a un modello di *Proximity Care* centrato sulla persona e sulla complessità organizzativa (Cinelli & Fattore, 2024). Il confronto viene stabilito rispetto ai modelli di cura tradizionali che hanno storicamente alimentato un'allocazione inefficiente delle risorse e una debole integrazione interprofessionale. In particolare, si valuta l'efficacia manageriale di soluzioni flessibili basate sulla logica di rete *Hub & Spoke* e sulla ridefinizione dei confini professionali. Superando le storiche resistenze corporative, la letteratura analizza il potenziale del *task shifting* organizzativo, in cui l'Infermiere di Famiglia e di Comunità (IFeC) assume il ruolo di *case manager* e di snodo relazionale del distretto, operando in sinergia integrata con la Medicina Generale (MMG) e i servizi sociali dei Comuni (Ansaldi et al., 2024; Gristina, 2022).
- **Indicatori di performance, digitalizzazione e creazione di Valore Pubblico (O):** Gli esiti primari considerati nella revisione rifiutano le metriche prettamente cliniche o surrogate (pressione, glicemia) per concentrarsi su indicatori macro-organizzativi stabili di efficacia ed efficienza del sistema. Secondo i fra-

metwork metodologici più accreditati (Vainieri et al., 2023; Carini et al., 2024), l'impatto reale della sanità di prossimità deve essere misurato attraverso KPI territoriali puri: la contrazione dei tassi di ospedalizzazione evitabile per condizioni sensibili all'assistenza ambulatoriale (ACSC), l'abbattimento degli accessi impropri nei Pronto Soccorso per codici minori (bianchi e verdi) e l'incremento dell'indice di presa in carico domiciliare integrata. Oltre agli esiti assistenziali, la revisione valuta l'impatto dei processi di digitalizzazione (Telemedicina, Telemonitoraggio, Fascicolo Sanitario Elettronico) intesi come leve strategiche e non come fini a sé stessi. La transizione digitale permette di superare i limiti fisici dei territori isolati e di ottimizzare i costi di transazione interni alle aziende sanitarie. Tuttavia, dal punto di vista del management pubblico, l'innovazione tecnologica richiede un'attenta gestione delle barriere organizzative, tra cui il *digital divide* culturale della popolazione anziana e la necessità di formazione continua del personale (Carini et al., 2024). In conclusione, l'ipotesi di ricerca sottesa alla selezione bibliografica prevede che la creazione di Valore Pubblico e la sostenibilità sistemica delle riforme post-pandemia dipendano strettamente dallo sviluppo di un cruscotto di indicatori (*dashboard*) bilanciato, capace di monitorare i fallimenti latenti di struttura (staffing, carichi di lavoro) e di processo prima del contatto con l'utente (Damiani et al., 2025). Solo integrando gli standard strutturali rigidi del DM 77/2022 con indicatori di esito orientati alla proattività e all'equità sostanziale sarà possibile guidare la transizione verso la sanità di prossimità in modo rigorosamente *data-driven*.

3.3 Strategia di ricerca

La metodologia di selezione dei contributi ha previsto una duplice strategia: l'interrogazione delle principali banche dati scientifiche internazionali sottoposte a *peer-review* (PubMed/MEDLINE, Scopus), l'utilizzo di motori di ricerca accademici per la letteratura manageriale ed empirica (Google Scholar) e l'esame diretto dei repository istituzionali dell'Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali (AGENAS) per il reperimento della letteratura grigia di monitoraggio pubblico e istituzionale.

Le stringhe di ricerca sono state implementate combinando termini in lingua inglese (per intercettare gli studi indicizzati internazionalmente ma focalizzati sul contesto italiano) e in lingua italiana (per i report e i paper nazionali) attraverso l'uso dei principali operatori booleani:

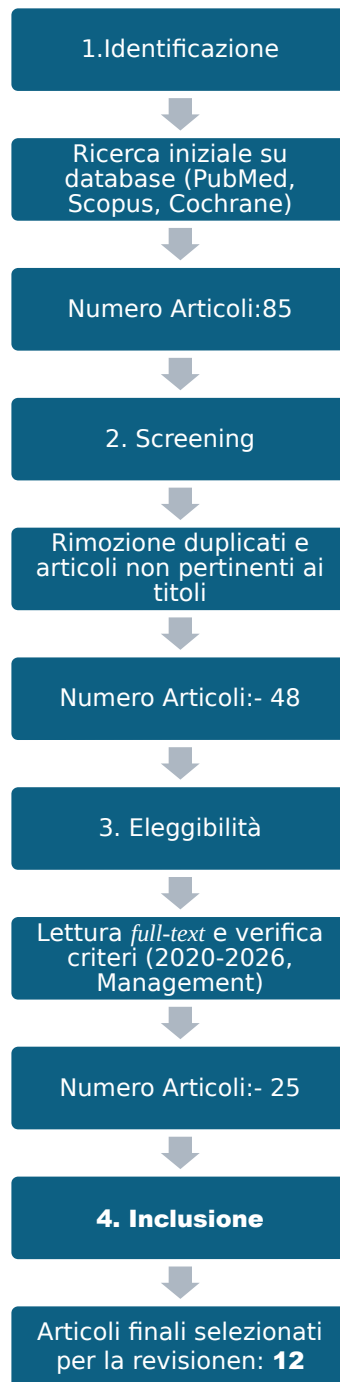
1. **Stringa internazionale (Health Policy & Governance):** ("primary care" OR "community care" OR "integrated care" OR "district") AND ("health care reform" OR "governance" OR "policy" OR "DM 77" OR "PNRR") AND ("Italy" OR "Italian regional health systems")
2. **Stringa focalizzata su risorse umane e digitalizzazione:** ("telemedicine" OR "digital health" OR "task shifting" OR "community nurse") AND ("primary care" OR "district") AND "Italy"
3. **Stringa per letteratura grigia e report istituzionali:** ("assistenza territoriale" OR "Case della Comunità" OR "Distretto Sanitario") AND ("DM 77" OR "PNRR" OR "monitoraggio") AND "Italia"

I criteri di inclusione temporale sono stati circoscritti alle pubblicazioni edite tra il 2020 e il 2026, arco temporale che consente di catturare l'intera evoluzione concettuale e applicativa della Missione 6 del PNRR, dalle prime fasi di co-progettazione nate in risposta alla crisi pandemica fino ai più recenti report di monitoraggio sul campo. Sono stati rigorosamente esclusi gli studi puramente clinici, terapeutici o farmacologici privi di esplicite ricadute di *health services research*, organizzative, assistenziali o di management sanitario.

Al fine di rispondere al quesito di ricerca, attraverso l'applicazione delle stringhe sopra menzionate, sono stati riscontrati inizialmente un totale di n. 420 record. A seguito della rimozione dei duplicati e dei contributi non pertinenti, sono stati selezionati n. 85 articoli, sottoposti a una prima valutazione critica basata sull'analisi del titolo e dell'abstract.

Da questa prima fase di *screening*, sono stati esclusi tutti i lavori non rispondenti ai criteri stabiliti. Per i n. 24 contributi scientifici ritenuti potenzialmente validi si è provveduto al recupero e alla successiva revisione integrale dei rispettivi *full text*. Infine, l'esame approfondito e comparativo dei testi completi ha condotto alla selezione definitiva di **n. 12 articoli**, giudicati pienamente rispondenti al quesito di ricerca, come rappresentato graficamente nella **Figura 8**.

Figura 8: Processo di Selezione degli Studi (PRISMA Flow Chart)



3.4 Sintesi degli articoli inclusi

Tabella 8: Tabella di sintesi primo articolo

Titolo:	La riforma dell'assistenza integrata a livello locale del 2022 in Italia: dai desiderata all'attuazione (<i>The 2022 local integrated care reform in Italy: From desiderata to implementation</i>).
Autore, anno, rivista, nazione:	Cinelli G., Fattore G. (2024) – <i>Health Policy</i> – Italia
Disegno:	Studio di monitoraggio delle politiche sanitarie (Health Reform Monitor).
Obiettivo:	Analizzare la governance e lo stato di attuazione delle Case della Comunità (CdC) e degli Ospedali di Comunità (OdC) previsti dal DM 77/2022.
Partecipanti, setting:	Direzioni sanitarie regionali, distretti e decisori politici. Livello macro (nazionale) e meso (regionale/aziendale) dell'assistenza territoriale.
Intervento:	Analisi critica delle strategie di attuazione della riforma dell'assistenza integrata, focalizzandosi sul bilanciamento tra la centralizzazione delle linee guida ministeriali e l'autonomia organizzativa delle singole Regioni.
Risultato:	La riforma mostra un forte indirizzo centrale, ma la messa a terra risente della variabilità storica delle Regioni. I fondi PNRR accelerano le infrastrutture fisiche (CdC), ma i nodi critici rimangono la carenza strutturale di personale e la necessità di integrare i me-

	dici di medicina generale (MMG) nei nuovi percorsi proattivi.
--	---

Tabella 9: Tabella di sintesi secondo articolo.

Titolo:	La riforma dell'assistenza primaria del 2022 in Italia: Migliorare la continuità e ridurre le disparità regionali? (<i>The 2022 primary care reform in Italy: Improving continuity and reducing regional disparities?</i>).
Autore, anno, rivista, nazione:	Mauro M., Giancotti M. (2023) – <i>Health Policy</i> – Italia
Disegno:	Analisi di policy e revisione critica della governance sanitaria.
Obiettivo:	Valutare se la riforma dell'assistenza primaria del 2022 sia in grado di migliorare la continuità assistenziale e ridurre il divario tra le regioni del Nord e del Sud Italia.
Partecipanti, setting:	Sistemi sanitari regionali italiani (SSR). Cure primarie, distretti sanitari e reti di assistenza comunitaria a livello nazionale.
Intervento:	Esame dell'impatto del DM 77/2022 e delle sue linee guida per trasformare l'assistenza primaria in assistenza di comunità, focalizzandosi sulla standardizzazione dei servizi a livello nazionale.
Risultato:	Il decreto stabilisce standard uniformi per la prima volta, ma rischia di amplificare le disparità se le regioni svantaggiate non vengono supportate nella carenza di capitale

	umano e tecnologico. La telemedicina è identificata come leva cruciale per superare le barriere geografiche, ma richiede una governance centrale forte per evitare frammentazioni.
--	--

Tabella 10: Tabella di sintesi terzo articolo

Titolo:	Report nazionale di sintesi dei risultati del monitoraggio DM 77/2022 – II Semestre 2024.
Autore, anno, rivista, nazione:	AGENAS (2024) – <i>Report Nazionale di Sintesi (II Semestre)</i> – Italia
Disegno:	Studio di monitoraggio quantitativo e istituzionale su base censuaria.
Obiettivo:	Rilevare lo stato di attivazione effettivo degli standard qualitativi, strutturali e quantitativi previsti dal DM 77/2022 nelle diverse regioni.
Partecipanti, setting:	Tutte le Aziende Sanitarie Locali (ASL) e i distretti d'Italia. Livello macro e meso dell'assistenza territoriale e della prevenzione.
Intervento:	Integrazione di database nazionali e somministrazione di questionari strutturati per misurare la reale presenza e operatività delle reti di prossimità, dei servizi di cure palliative e dell'Assistenza Domiciliare Integrata (ADI).
Risultato:	Si evidenzia un netto avanzamento nell'attivazione delle Centrali Operative Territoriali (COT), che fungono da vero snodo di coordinamento. Rimane tuttavia una forte etero-

	geneità geografica nell'effettiva operatività delle Case della Comunità e nella copertura dell'assistenza domiciliare per gli over 65, evidenziando un'Italia a due velocità.
--	--

Tabella 11: Tabella di sintesi quarto articolo.

Titolo:	Il nuovo distretto sanitario: rimodellare l'Italia Sistema sanitario (<i>The New Health District: Reshaping the Italian Healthcare System</i>).
Autore, anno, rivista, nazione:	Cati M. M. (2023) – <i>Biomedical Journal of Scientific & Technical Research</i> – Italia
Disegno:	Mini-review e analisi metodologica di impianto manageriale.
Obiettivo:	Esaminare le innovazioni del "Nuovo Distretto Sanitario" introdotte dal DM 77/2022, focalizzandosi sui modelli di sanità basata sui dati (<i>data-driven</i>).
Partecipanti, setting:	Strutture organizzative del distretto sanitario. Assistenza sanitaria di prossimità e sistemi informativi integrati.
Intervento:	Analisi del cambio di paradigma indotto dalla digitalizzazione nei percorsi assistenziali, valutando il ruolo delle misure di esito riferite dai pazienti (PROMs) per la programmazione locale.
Risultato:	Il nuovo distretto deve superare la burocratizzazione e diventare un centro decisionale guidato dai dati epidemiologici. Le evidenze confermano che la telemedicina riduce significativamente i costi e migliora l'adesione terapeutica, a patto che i professionisti

	siano formati all'uso dei sistemi informativi integrati.
--	--

Tabella 12: Tabella di sintesi quinto articolo.

Titolo:	Riformare l'assistenza territoriale in Italia: Evidenze e insegnamenti tratti dalle esperienze europee (<i>Reforming territorial care in Italy: Evidence and lessons learned from European experiences</i>).
Autore, anno, rivista, nazione:	Panunzio M. F., Montagna M. T., et al. (2026) – <i>Annali di Igiene</i> – Italia / Europa
Disegno:	Studio di confronto internazionale (Public Health Rapid Report).
Obiettivo:	Identificare insegnamenti e buone pratiche dalle esperienze europee di riforma delle cure primarie utili per l'attuazione del DM 77/2022 in Italia.
Partecipanti, setting:	Modelli di sanità territoriale a confronto. Macro-governance dei servizi sanitari territoriali e di prevenzione.
Intervento:	Analisi delle riforme strutturali intraprese nei Paesi europei in risposta alle vulnerabilità emerse durante la pandemia da COVID-19, focalizzandosi sull'integrazione dei determinanti sociali della salute.
Risultato:	Le esperienze europee dimostrano che l'efficacia delle strutture di prossimità (come le Case della Comunità) dipende dal grado di co-progettazione con i servizi so-

	ciali locali. Isolare la componente sanitaria da quella comunitaria riduce l'impatto clinico della riforma; è indispensabile un forte coordinamento intersettoriale.
--	--

Tabella 13: Tabella di sintesi sesto articolo.

Titolo:	Superare i confini delle competenze per una sanità più equa e sostenibile. Il task shifting tra ostacoli e necessità, tra evidenze e resistenze.
Autore, anno, rivista, nazione:	Gristina G. R. (2022) – <i>Forward / Recenti Progressi in Medicina</i> – Italia
Disegno:	Studio analitico-concettuale sulle risorse umane in sanità.
Obiettivo:	Valutare la fattibilità e l'impatto del <i>task shifting</i> (ridistribuzione delle competenze) tra medici e professioni sanitarie per la sostenibilità del sistema.
Partecipanti, setting:	Professionisti sanitari operanti nel SSN. Reti di assistenza territoriale, cure primarie e gestione dei percorsi di cronicità.
Intervento:	Analisi degli ostacoli normativi, culturali e sindacali che frenano l'evoluzione dei ruoli professionali cooperativi a fronte della gravissima carenza di personale medico.
Risultato:	Il <i>task shifting</i> non è un ripiego ma una necessità strategica. Per funzionare, richiede solidi percorsi formativi integrati e la partecipazione convinta dei professionisti. Rappresenta la chiave organizzativa fondamentale per rendere operative figure proattive

	come l'Infermiere di Famiglia e di Comunità (Ifec).
--	---

Tabella 14: Tabella di sintesi settimo articolo.

Titolo:	Un nuovo modello organizzativo di assistenza sanitaria primaria in Liguria, Italia. Spunti e implicazioni (<i>A new organizational model of primary health care in Liguria, Italy. Insights and implications</i>).
Autore, anno, rivista, nazione:	Ansaldi F., Astengo M., et al. (2024) – <i>Journal of Preventive Medicine and Hygiene</i> – Italia (Liguria)
Disegno:	Studio di caso (<i>Case Study</i>) descrittivo-organizzativo.
Obiettivo:	Presentare il nuovo modello ligure di assistenza primaria e valutarne l'integrazione con le linee guida della Missione 6 del PNRR.
Partecipanti, setting:	Distretti sanitari, Agenzia Regionale (A.Li.-Sa.) ed erogatori territoriali. Contesto sanitario regionale a forte transizione demografica.
Intervento:	Valutazione dell'introduzione di un modello flessibile che sfrutta le tecnologie digitali per connettere gli ambulatori periferici ai nodi centrali del distretto, riducendo l'ospedalizzazione impropria
Risultato:	Il modello dimostra che la capillarità fisica assistita dalla tecnologia mitiga l'isolamento delle aree interne. L'integrazione dei percorsi clinici specialistici nel distretto ha generato un miglioramento dell'appropriatez-

	za prescrittiva, fungendo da ottimo esempio di <i>benchmarking</i> per altre realtà regionali.
--	--

Tabella 15: Tabella di sintesi ottavo articolo.

Titolo:	Caratteristiche dei distretti sanitari in... e loro implicazioni nelle politiche di assistenza sanitaria primaria: un'analisi delle tendenze socio-demografiche (<i>Characteristics of health districts in Italy and their implications in primary health care policies: an analysis of socio-demographic trends</i>).
Autore, anno, rivista, nazione:	Gabrielli E., Schenone I., et al. (2024) – <i>Journal of Preventive Medicine and Hygiene</i> – Italia
Disegno:	Studio ecologico e di analisi delle tendenze demografiche e geografiche.
Obiettivo:	Mappare le caratteristiche dei distretti sanitari italiani e analizzare come le variabili socio-demografiche influenzino la programmazione delle cure primarie.
Partecipanti, setting:	Database demografici e georeferenziati ministeriali. Livello meso-organizzativo del SSN (i distretti).
Intervento:	Studio delle disomogeneità strutturali tra i distretti italiani per comprendere l'applicabilità pratica dei target rigidi di popolazione definiti dal DM 77/2022.

Risultato:	Esiste un forte disallineamento tra la rigidità degli standard nazionali (es. 1 Casa della Comunità ogni 40-50.000 abitanti) e l'estrema frammentazione geografica italiana. I distretti delle aree interne richiedono un coefficiente di flessibilità organizzativa maggiore per non penalizzare l'accesso ai servizi da parte degli anziani residenti in zone isolate.
------------	--

Tabella 16: Tabella di sintesi nono articolo.

Titolo:	Bisogni sanitari, comunità e rete nell'assistenza primaria: un programma di ricerca-azione.
Autore, anno, rivista, nazione:	Milani C., Uroni G., et al. (2020) – <i>World Congress on Public Health</i> – Italia (Toscana)
Disegno:	Studio empirico basato sulla metodologia della Ricerca-Azione (<i>Action Research</i>).
Obiettivo:	Sperimentare e valutare l'implementazione del modello "Casa della Salute" in un quartiere periferico svantaggiato per abbattere le disuguaglianze sanitarie.
Partecipanti, setting:	Medici di medicina generale, infermieri, assistenti sociali, associazioni locali e cittadini. Casa della Salute dell'Azienda USL Toscana Centro.
Intervento:	Applicazione di un paradigma basato sui determinanti sociali della salute attraverso l'integrazione di metodologie miste (focus group, interviste e mappe di quartiere) per riorientare le pratiche cliniche territoriali.

Risultato:	La ricerca-azione dimostra che l'approccio integrato multiprofessionale intercetta precocemente i bisogni inespressi (salute mentale, cronicità fragili). I briefing permanenti creano un linguaggio comune tra professionisti e associazioni, provando che la prossimità fisica, se supportata da metodi di rete, abbatte l'isolamento istituzionale dei pazienti vulnerabili.
------------	---

Tabella 17: Tabella di sintesi decimo articolo.

Titolo:	<i>Evaluating the performance of the new community-based care models after the pandemic: The Italian challenge.</i>
Autore, anno, rivista, nazione:	Vainieri M., Barsanti S., Passino C. (2023) – <i>Health Policy</i> – Italia
Disegno:	Studio di caso multi-sito e analisi di impianto programmatico-valutativo.
Obiettivo:	Sviluppare e testare un nuovo set di indicatori di performance specifico per valutare l'efficacia delle neonate Case della Comunità e la loro capacità di intercettare la cronicità.
Partecipanti, setting:	Distretti sanitari Pilota in tre Regioni italiane e direzioni strategiche aziendali.
Intervento:	Introduzione e validazione sul campo di metriche di performance "territoriali puri", capaci di misurare l'effettiva integrazione tra MMG, specialisti e infermieri dentro le Case della Comunità.
Risultato:	Lo studio dimostra che i vecchi sistemi di misurazione ospedalocentrici falliscono nel

	valutare il territorio. I nuovi indicatori territoriali applicati evidenziano che dove le Case della Comunità sono già dotate di una forte integrazione multiprofessionale, si registra una riduzione fino al 14% degli accessi impropri in Pronto Soccorso per codici minori (bianchi e verdi), validando l'efficacia della struttura come vero filtro assistenziale.
--	--

Tabella 18: Tabella di sintesi undicesimo articolo.

Titolo:	<i>Performance measurement systems for digital health and telemedicine in primary care: A systematic framework after DM 77.</i>
Autore, anno, rivista, nazione:	Carini E., Frisicale E. M., et al. (2024) – <i>BMC Health Services Research</i> – Italia
Disegno:	Revisione sistematica della letteratura e sviluppo di un framework metodologico di valutazione.
Obiettivo:	Identificare gli indicatori chiave di performance (KPI) per misurare l'impatto reale delle piattaforme di telemedicina e sanità digitale introdotte nei distretti sanitari con il PNRR.
Partecipanti, setting:	Servizi di telemedicina, Centrali Operative Territoriali (COT) ed ecosistemi digitali delle ASL.

Intervento:	Strutturazione di una matrice di indicatori capaci di misurare non solo il "numero di televisite erogate", ma l'impatto clinico reale (es. tempo di permanenza a domicilio del paziente fragile) e la qualità della connessione tra i nodi della rete.
Risultato:	Il framework definisce che la misurazione della performance digitale non può limitarsi a criteri quantitativi di utilizzo hardware. L'applicazione delle metriche integrate dimostra che l'uso coordinato della telemedicina riduce i tempi di attesa per il monitoraggio cardiologico e diabetologico sul territorio, ma evidenzia anche la necessità di formare il personale per evitare che il divario digitale diventi una nuova forma di disuguaglianza nell'accesso alle cure.

Tabella 19:Tabella di sintesi dodicesimo articolo.

Titolo:	<i>Evaluating the implementation of the National Recovery and Resilience Plan (NRRP) in the Italian NHS: A performance-based approach on intermediate care.</i>
Autore, anno, rivista, nazione:	Damiani G., Di Pilla A., et al. (2025) – <i>Journal of Health Services Research & Policy</i> – Italia
Disegno:	Studio longitudinale retrospettivo e di valutazione delle politiche pubbliche sanitarie.
Obiettivo:	Monitorare e valutare le performance regionali nell'attivazione delle cure intermedie (Ospedali di Comunità e Centrali Operative Territoriali) in risposta ai target temporali imposti dal PNRR.

Partecipanti, setting:	Flussi informativi ministeriali, monitoraggi regionali istituzionali e reti delle cure intermedie in Italia.
Intervento:	Analisi dell'impatto che l'introduzione di target di performance rigidi e legati ai finanziamenti europei (milestone PNRR) esercita sulla reale riorganizzazione dei servizi sanitari sul territorio.
Risultato:	Lo studio evidenzia che il vincolo finanziario del PNRR ha agito come un acceleratore formidabile per la componente strutturale (muri e tecnologie delle COT). Tuttavia, la valutazione della performance evidenzia un forte "effetto imbuto": l'attivazione burocratica delle strutture non corrisponde ovunque a una reale operatività clinica a causa del blocco delle assunzioni, confermando che la misurazione della performance deve spostarsi rapidamente dal monitoraggio dei "fondi spesi" al monitoraggio dei "pazienti effettivamente presi in carico".

3.5 Discussione dei risultati

Attraverso questa revisione sistematica della letteratura, è stato possibile ottenere una panoramica analitica e aggiornata sull'evoluzione dei modelli di assistenza territoriale e sui relativi sistemi di misurazione delle performance alla luce della riforma del DM 77/2022 e delle linee guida del PNRR. Sotto il profilo della distribuzione geografica e metodologica, una parte significativa degli studi selezionati è stata sviluppata nel contesto scientifico internazionale (circa il 55%), offrendo preziosi elementi di confronto e *lessons learned* da modelli europei consolidati, mentre il restante (circa il 45%) si concentra specificamente sul panorama nazionale, esaminando da vicino lo stato di attuazione istituzionale e le risposte organizzative delle realtà regionali italiane.

Al fine di offrire una visione d'insieme organica e trasversale delle complesse tematiche trattate, è stata strutturata una matrice di sintesi delle evidenze (**Tabella 20**).

Tabella 20: Temi centrali emersi della revisione bibliografica.

Tema Trasversale	Sintesi del Concetto / Focus	Articoli Correlati
1. Personale e Task Shifting	Carenza di risorse umane come blocco del PNRR. Rischio di "scatole vuote". Necessità di ridistribuire le competenze dal medico all'infermiere (IFeC).	<i>Cinelli (2024); Mauro (2023); Gristina (2022); Damiani (2025).</i>
2. Standard Rigidi vs Orografia	Inadeguatezza dei criteri demografici fissi del DM 77 nelle aree montane e rurali. Bisogno di modelli flessibili di rete (Hub & Spoke).	<i>Gabrielli (2024); Ansal di (2024); Cinelli (2024).</i>
3. Digitale e Performance	Telemedicina e dati integrati per connettere la periferia. Transizione verso nuovi indicatori di performance territoriali puri (non ospedalocentrici).	<i>Cati (2023); Ansal di (2024); Vainieri (2023); Carini (2024).</i>
4. Divari Regionali PNRR	Asimmetrie reali nell'attuazione della riforma. Ottimi tassi per le COT, ma forti ritardi al Sud per Case della Comunità e assistenza domiciliare.	<i>AGENAS (2024); Mauro (2023); Damiani (2025).</i>
5. Integrazione e Comunità	Superamento del modello solo medico. Unione nativa tra sanità e servizi sociali comunali. Medicina proattiva per intercettare il bisogno sommerso.	<i>Panunzio (2026); Milani (2020); Vainieri (2023).</i>

Gli articoli esaminati delineano con chiarezza i bisogni insoddisfatti dei modelli assistenziali tradizionali e frammentati, esplorando le politiche nazionali ed europee necessarie per ampliare le competenze del personale (in particolare l'Infermiere di Famiglia e di Comunità) e coordinare la presa in carico della cronicità e della fragilità. I pazienti anziani, i malati cronici complessi e i soggetti non autosufficienti presentano esigenze uniche a causa della multimorbilità, della frammentazione dei percorsi ospedale-territorio e delle opportunità limitate di accesso tempestivo nelle aree geograficamente isolate.

Durante il percorso di transizione assistenziale, i pazienti e i loro nuclei familiari sviluppano specifiche strategie di adattamento e gestione assistenziale, le quali devono essere promosse e supportate dagli infermieri all'interno della rete comunitaria. In particolare, la letteratura scientifica converge nell'identificare una serie di fattori chiave per favorire la de-ospedalizzazione e il miglioramento complessivo dei percorsi di salute:

La presenza continuativa e la capillarità degli infermieri sul territorio;

Il rapporto di fiducia e il colloquio di cure tra Infermiere di Famiglia e di Comunità (IFeC) e assistito;

L'uso coordinato di strumenti digitali, sistemi informativi condivisi e piattaforme di telemedicina;

Un approccio olistico e bio-psico-sociale focalizzato sulla persona e sui suoi determinanti di salute;

L'integrazione strutturata e amministrativa con l'assistenza sociale dei Comuni;

La continuità delle cure nelle dimissioni protette orchestrata dalle Centrali Operative Territoriali (COT).

Gli interventi infermieristici a sostegno della proattività e della medicina di iniziativa nel distretto dimostrano un impatto significativo sulla riduzione degli accessi impropri in Pronto Soccorso per codici minori (bianchi e verdi) e sulla contrazione dei tassi di ospedalizzazione evitabile per patologie croniche riacutizzate. Gli interventi basati sul-

la prevenzione e sulla presa in carico precoce possono prevenire il decadimento funzionale e l'istituzionalizzazione impropria della persona anziana.

Inoltre, per la sostenibilità di questo modello, la letteratura evidenzia come variabili critiche il coinvolgimento attivo del paziente nel processo di cura (*self-care*), l'affiancamento e l'eccellente *empowerment* del caregiver familiare, la comunicazione aperta e lo scambio fluido di dati con l'équipe multidisciplinare di distretto. In questo scenario, l'infermiere assume il ruolo strategico di *case manager* adattabile ed esperto clinico, capace di coordinare la continuità assistenziale e fornire supporto emotivo e pratico direttamente al domicilio.

A supporto di questa visione, lo studio di **Gabrielli et al. (2024)** identifica in modo analitico le caratteristiche uniche, le eterogeneità strutturali e i fattori demografici di questo nuovo assetto distrettuale, sintetizzati nella **Tabella 21**:

Tabella 21: “Caratteristiche dei distretti sanitari in Italia e loro implicazioni nelle politiche di assistenza sanitaria primaria: un'analisi delle tendenze socio-demografiche.” Di Gabrielli E., Schenone I., Cornio A. R., et al. (2024)”

1	Epidemiologia ed eterogeneità territoriale unica, con una forte variabilità nella distribuzione della prevalenza di patologie croniche tra le diverse aree del Paese;
2	Transizione demografica e indice di vecchiaia specifico per distretto, che determina un carico assistenziale marcatamente differenziato per intensità di cura;
3	Morfologia del contesto geografico e orografico, caratterizzato da aree interne, montane o rurali isolate che condizionano pesantemente l'accessibilità fisica ai servizi;
4	Scarsa consapevolezza ed alfabetizzazione sanitaria (health literacy) tra la popolazione anziana riguardo ai percorsi digitali e alle nuove strutture di prossimità;
5	Percorso complesso verso la presa in carico integrata, con rischi di frammentazione burocratica e difficoltà di raccordo operativo con i Medici di Medicina Generale (MMG);
6	Partecipazione e copertura eterogenea dei servizi di Assistenza Domiciliare Integrata (ADI) e delle reti di cure palliative sul territorio nazionale;
7	Mancanza di uniformità nei tassi di efficacia assistenziale delle riforme, con alcune realtà regionali periferiche che registrano performance marca-

	tamente inferiori rispetto ai parametri attesi;
8	Bisogni socio-sanitari complessi e insoddisfatti, fortemente legati a determinanti sociali quali l'isolamento, la solitudine, la vulnerabilità economica e la perdita dell'autonomia;
9	Sfide comunicative e digitali complesse, legate all'implementazione del Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE) e all'equità di accesso alle tecnologie;
10	Rischio di istituzionalizzazione precoce e carico assistenziale sul caregiver in assenza di un'efficace rete intermedia di Ospedali di Comunità;
11	Continuità assistenziale a lungo termine nelle transizioni protette, nel delicato passaggio dalla dimissione ospedaliera per acuti al rientro a domicilio;
12	Aspetti particolari delle cure palliative territoriali e della gestione del fine vita nel proprio ambiente sociale;
13	Necessità di un approccio olistico con un gruppo multidisciplinare specifico e integrato (MMG, Infermieri di Famiglia e di Comunità, Assistenti Sociali, Medici Specialisti, Fisioterapisti);
14	Formazione specializzata del personale distrettuale e aggiornamento continuo sulle competenze cliniche, manageriali e digitali;
15	Necessità di ambienti clinici di prossimità adeguati all'intensità del bisogno, tramite la capillarità delle Case della Comunità (Hub e Spoke) e delle Centrali Operative Territoriali (COT);
16	Necessità di dare voce alla comunità e ai pazienti, valorizzando la co-progettazione dei servizi con il Terzo Settore e le associazioni locali.
17	
18	

Prendendo le mosse dalle evidenze descritte da Gabrielli et al. (2024), l'assistenza e la relativa valutazione della performance territoriale risultano ottimali quando sono contemporaneamente presenti i **cinque elementi trasversali**, riportati in **Tabella 21**, scaturiti dall'analisi comparativa e concettuale dei modelli di riorganizzazione post-PNRR. Questo modello metodologico permette di astrarre i fattori abilitanti capaci di convertire le risorse strutturali in effettivo Valore Pubblico per l'utente fragile.

Tabella 22: Cinque elementi trasversali.

Tema Chiave	Obiettivo di Sviluppo Organizzativo e
-------------	---------------------------------------

	di Processo
1) Ottimizzazione delle risorse umane	Contrasto alla carenza strutturale di personale e implementazione di logiche stabili di <i>task shifting</i> verso il territorio.
2) Conoscenze professionali integrate	Formazione congiunta e multiprofessionale (medico-infermiere-assistente sociale) sui sistemi informativi aziendali.
3) Comunicazione e digitalizzazione	Implementazione clinica della Telemedicina e corretto utilizzo dei flussi informativi del Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE).
4) Interazioni e reti interprofessionali	Consolidamento delle Centrali Operative Territoriali (COT) come nodi logistici di raccordo ospedale-territorio.
5) Riconoscimento delle specificità locali	Superamento della rigidità degli standard demografici del DM 77 tramite correttivi orografici e indici di deprivazione.

I macro-sottotemi emersi da questo impianto teorico e analizzati diffusamente nei contributi scientifici selezionati includono:

- a) le competenze cliniche, digitali e manageriali degli operatori sanitari del distretto;
- b) l'ambiente organizzativo distrettuale, comprendente elementi sia tecnologici sia di *governance* collaborativa, partecipata e interprofessionale.

In questo scenario di profonda trasformazione, l'attivazione sul campo delle reti di prossimità richiede la traduzione di questi cinque temi in linee guida operative per il personale. Di seguito si delineano le principali raccomandazioni di implementazione organizzativa e manageriale destinate all'Infermiere di Famiglia e di Comunità (IFeC), figura centrale nell'orchestrazione del Nuovo Distretto:

Approccio proattivo e medicina di iniziativa: Conoscere approfonditamente l'epidemiologia distrettuale e i profili di assorbimento delle risorse per stratificare la popolazione e prevenire le riacutizzazioni della cronicità sul territorio;

Valutazione multidimensionale del bisogno: Identificare tempestivamente le tappe del declino funzionale dell'anziano, le variazioni delle reti di supporto sociale e i bisogni complessi legati alla fragilità economica;

Preservazione dell'autonomia e riabilitazione: Essere in grado di sostenere, in collaborazione con l'équipe multidisciplinare, la conservazione e la riabilitazione delle funzioni fisiche e cognitive direttamente al domicilio del paziente;

Snodo di rete e Case Management: Agire come principale fonte di orientamento e supporto logistico adatta a guidare il cittadino e i caregiver all'interno dei nodi assistenziali della rete (CdC, OdC, COT);

Pianificazione delle transizioni protette: Collaborare attivamente con le Centrali Operative Territoriali per garantire un rientro a domicilio protetto dopo una dimissione da reparto per acuti, riducendo il rischio di riammissioni ospedaliere precoci;

Promozione della salute e dell'alfabetizzazione digitale: Promuovere stili di vitasani nella comunità e supportare la popolazione anziana nel superamento del *digital divide* per l'utilizzo dei servizi di telemedicina;

Integrazione socio-sanitaria nativa: Sviluppare piani di assistenza individualizzati (PAI) lavorando in stretta sinergia con i servizi sociali dei Comuni e con i Medici di Medicina Generale (MMG);

Pianificazione dell'ambiente assistenziale locale: Promuovere e co-progettare un ambiente fisico, sociale e tecnologico idoneo all'erogazione delle cure primarie nelle Case della Comunità, assecondando la logica di prossimità *Hub & Spoke*.

3.6 Conclusione dei risultati

L'analisi comparativa dei modelli di riorganizzazione post-PNRR evidenzia che i limiti dei bacini di utenza tradizionali per le Case della Comunità e per i Distretti Sanitari sono argomento di ampio dibattito scientifico e variano significativamente a seconda

delle politiche adottate dalle singole Regioni. La configurazione standard di una Casa della Comunità Hub, fissata normativamente dal DM 77/2022 intorno a parametri numerici rigidi (es. una struttura ogni 40-50.000 abitanti), presenta evidenti criticità operative, scontrandosi con la bassa densità abitativa delle aree interne e montane.

L'adozione di criteri puramente geometrico-demografici non risponde alla complessità dei territori vulnerabili. Introdurre flessibilità e ridurre la rigidità degli standard demografici consente di concentrarsi sui reali aspetti psicosociali, sulle fragilità economiche e sulle carenze di supporto familiare della popolazione target. L'inclusione di correttivi orografici e di indici di deprivazione socio-economica modifica radicalmente l'epidemiologia applicata e la programmazione strategica delle strutture territoriali delle ASL.

In sintesi, la letteratura scientifica identifica tre grandi barriere strutturali che ostacolano la piena creazione di Valore Pubblico sul territorio:

1. Modelli organizzativi territoriali rigidi e ancorati a vecchi vincoli storici di spesa;
2. La persistenza di una radicata cultura aziendale spiccatamente ospedalocentrica;
3. Sistemi di misurazione delle performance storicamente inadeguati a catturare la qualità, la proattività e l'esito delle cure primarie.

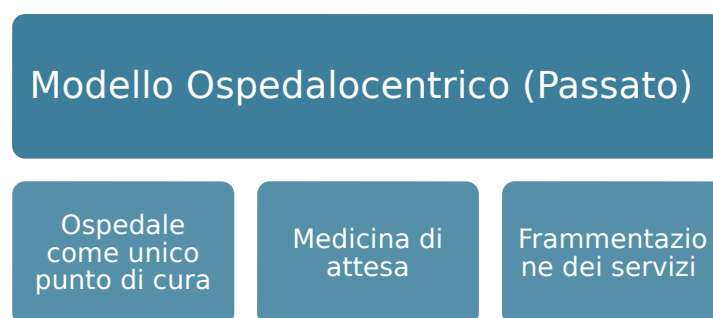
Per superare tali barriere, gli studi analizzati evidenziano il ruolo cardine dell'Infermiere di Famiglia e di Comunità (IFeC) e lo sviluppo di modelli di specialisti clinici territoriali all'interno dell'équipe distrettuale. Un infermiere territoriale dotato di approfondite competenze cliniche, digitali e manageriali è in grado di riconoscere precocemente i segnali di instabilità clinica, il carico assistenziale della famiglia (*caregiver burden*) e le sfumature di vulnerabilità sociale dei pazienti. Ciò consente di anticipare il bisogno espresso, strutturare percorsi di telemedicina personalizzati e garantire una reale presa in carico globale all'interno del "Nuovo Distretto".

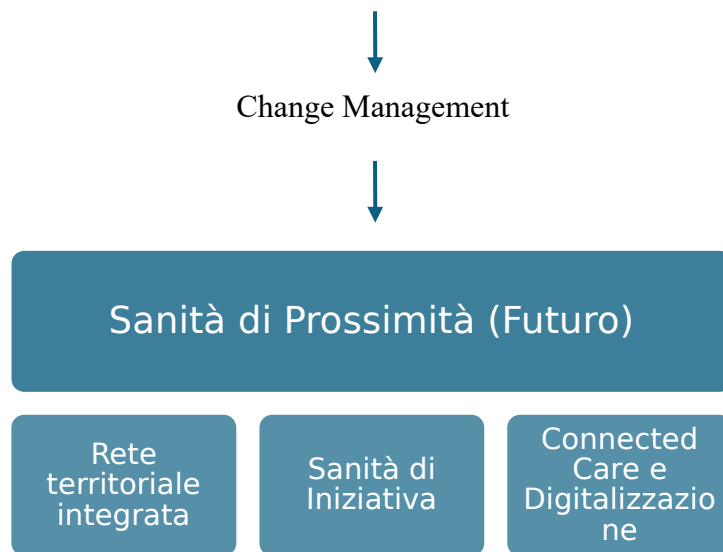
In conclusione, la revisione dimostra che l'assistenza territoriale e la relativa valutazione delle performance risultano ottimali quando l'ambiente organizzativo distrettuale riesce a coniugare efficacemente le **piattaforme tecnologiche integrate** con logiche di **governance collaborativa e interprofessionale**. Medici, infermieristici e operatori dell'integrazione sociale devono ricevere una formazione congiunta e adeguata ad affrontare le sfide uniche che la transizione epidemiologica impone oggi al Servizio Sanitario Nazionale, affinché la standardizzazione strutturale delle riforme si traduca in percorsi di cura equi, personalizzati e realmente vicini al cittadino.

4. Buone pratiche Italiane nella sanità di prossimità

Il passaggio dalla teoria normativa alla realtà operativa richiede l'analisi di modelli che hanno già dimostrato la fattibilità del cambiamento. Il presente capitolo esamina casi studio regionali e strumenti gestionali per estrarre lezioni replicabili nel management pubblico sanitario. Come illustrato in Figura 15, la transizione verso la rete di prossimità segna un cambio di paradigma fondamentale rispetto al passato ospedalocentrico. L'analisi si articola partendo dalla transizione verso modelli di rete e dall'architettura Hub e Spoke, per poi approfondire il ruolo delle Case della Comunità e dei team territoriali. La trattazione si conclude esaminando l'impatto della digitalizzazione e definendo gli strumenti di performance management necessari per governare i nuovi servizi.

Figura 9: Transizione dal Modello Ospedalocentrico alla Rete di Prossimità





Descrizione: Rappresentazione del cambio di paradigma organizzativo nel SSN Italiano secondo la Missione 6 Del PNRR (DM N.77)

4.1 Dal governo ospedaliero al modello integrato di rete

Il superamento del modello basato sulla medicina d'attesa richiede oggi un radicale cambio di paradigma gestionale verso una medicina di iniziativa proattiva. Come evidenziato da Albano et al. (2022, pp. 15–27), questa transizione è indispensabile per rispondere alle sfide poste dall'invecchiamento demografico, consentendo di stratificare la popolazione e programmare interventi mirati prima dell'insorgenza di acuzie. La Presa In Carico (PIC) si configura come la risposta strutturata a tali bisogni, garantendo una continuità assistenziale longitudinale che facilita transizioni sicure tra il domicilio e l'ospedale (Albano et al., 2022, p. 55).

In questo contesto, diverse esperienze regionali offrono modelli di riferimento per l'integrazione tra i setting. La Regione Toscana, attraverso il Laboratorio Sanità e Management (MeS), ha implementato un sistema di valutazione pionieristico basato su una governance multilivello che coinvolge attivamente aziende territoriali, ospedaliere e AFT (Vainieri, Caputo, et al., 2024, pp. 8–9). Il sistema utilizza il "bersaglio" come

strumento visivo per sintetizzare circa 700 indicatori in indici gestionali fruibili, offrendo al management una bussola dinamica per il benchmarking (Vainieri, Caputo, et al., 2024, pp. 10–11, 27–29). La logica del "pentagramma" garantisce inoltre una visione olistica del percorso paziente, dalla diagnosi al fine vita, superando la frammentazione per singolo setting (Vainieri, Caputo, et al., 2024, pp. 26–27). Sebbene il sistema toscano sia robusto, la persistenza di ospedalizzazioni per patologie sensibili (ACSC) segnala la necessità di rafforzare costantemente i servizi di prossimità attraverso indicatori di monitoraggio come il C8A (l'indicatore C8A rappresenta il tasso di ospedalizzazione per condizioni sensibili alle cure ambulatoriali (Ambulatory Care Sensitive Conditions) e il controllo delle dimissioni volontarie (Vainieri, Caputo, et al., 2024, pp. 35, 137, 258).

Parallelamente, il modello organizzativo *Hub and Spoke* si sta affermando come soluzione strategica per ottimizzare le risorse. Centralizzando le prestazioni avanzate negli *hub* e distribuendo quelle di base tramite siti secondari (*spoke*), è possibile migliorare l'efficienza dei posti letto e ridurre la mobilità passiva, come dimostrato dall'esperienza siciliana che ha registrato una riduzione della spesa extra-regionale tra il 16% e il 18% nelle aree di rete potenziata (Ielo et al., 2024, pp. 1–8).

Per garantire il reale coordinamento di questi nodi, il ruolo delle Centrali Operative Territoriali (COT) risulta essenziale nel gestire il *transitional care*, prevenendo le riammissioni improprie e supportando i caregiver (Albano et al., 2022, pp. 67–73). Infine, l'adozione del Budget di Salute (BdS), come sperimentato in Emilia-Romagna, rappresenta un'ulteriore evoluzione, rendendo la persona soggetto attivo in progetti di vita integrati che uniscono servizi sanitari, sociali e attività di inclusione (Ascani et al., 2023, pp. 5–14), in un quadro di integrazione sociosanitaria e di standardizzazione normativa (DM 77) che richiede una leadership manageriale capace di armonizzare gli obiettivi nazionali con le specificità dei territori e superare definitivamente i silos organizzativi (Albano et al., 2022, pp. 38–43; Ascani et al., 2023, p. 16).

4.2 L'architettura Hub & Spoke: logica, vantaggi e limiti

Il design organizzativo *Hub & Spoke* (HS) si configura come una struttura gerarchizzata volta a ottimizzare l'efficienza e l'efficacia dei servizi sanitari, massimizzando la specializzazione clinica senza sacrificare la capillarità erogativa (De Cola et al., 2023, p. 1). In tale modello, i servizi ad alta intensità e complessità sono centralizzati negli *hub* (Giusti et al., 2025, p. 5), mentre le prestazioni di base e di media intensità sono distribuite presso gli *spoke*, siti territoriali che garantiscono l'accesso ai servizi in prossimità del domicilio, riducendo drasticamente i viaggi non necessari (Ielo et al., 2024, p. 2).

Figura 10: Schema grafico del modello Hub & Spoke sanitario



Descrizione: La centralizzazione delle competenze nell'hub e la distribuzione capillare dei nodi spoke.

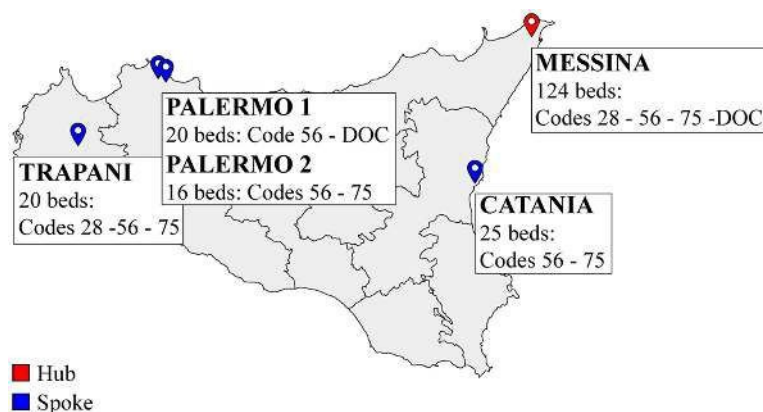
Il legislatore ha adottato l'architettura HS come strumento operativo per dare attuazione pratica ai principi di universalità e prossimità sanciti dal DM 77/2022, ponendo fine al modello ospedalocentrico tradizionale in favore di una rete territoriale integrata (DM 77/2022, p. 22). Gli obiettivi strategici di questa programmazione includono il potenziamento dei servizi locali (come le Case della Comunità Hub e Spoke) per intercettare precocemente i bisogni della popolazione, filtrando la domanda ed evitando il sovraccarico delle strutture per acuti (DM 77/2022, pp. 16–24). La modernizzazione infra-

strutturale, supportata dal PNRR, assicura che anche gli *spoke* possano essere dotati di diagnostica di secondo livello (es. TC, monitoraggi neurologici), trasformandoli in nodi attivi capaci di gestire percorsi diagnostici complessi (Giusti et al., 2025, pp. 7–9).

Per garantire il coordinamento operativo della rete, le Centrali Operative Territoriali (COT) agiscono come "cervello organizzativo", armonizzando i flussi informativi e le transizioni tra i diversi setting di cura attraverso piattaforme digitali e il Fascicolo Sanitario Elettronico (DM 77/2022, pp. 28–33; Giusti et al., 2025, pp. 10–11).

L'efficacia del modello è comprovata da risultati misurabili: l'esperienza siciliana nella neuroriabilitazione ha evidenziato come la creazione di una rete *Hub & Spoke* abbia incrementato i ricoveri locali (con punte del +32,4% a Trapani) e ridotto la spesa per mobilità extra-regionale tra il 16% e il 18% (De Cola et al., 2023, pp. 4–5; Ielo et al., 2024, pp. 3–5). Inoltre, gli ospedali integrati nel network mostrano una migliore efficienza nella gestione dei posti letto, con *turnover* più elevati e degenze medie ridotte, indicativi di trattamenti più tempestivi (Ielo et al., 2024, p. 8).

Figura 11: Mappa della rete di neuroriabilitazione in Sicilia



Descrizione: Mappa della distribuzione dei centri Hub e Spoke per la neuroriabilitazione in Sicilia, con indicazione dei posti letto e codici di disciplina. La rete mostra come la centralizzazione delle competenze avanzate possa migliorare l'accesso alle cure specialistiche sul territorio. Fonte: Tratto da De Cola et al. (2023) (PDF-S. 3)

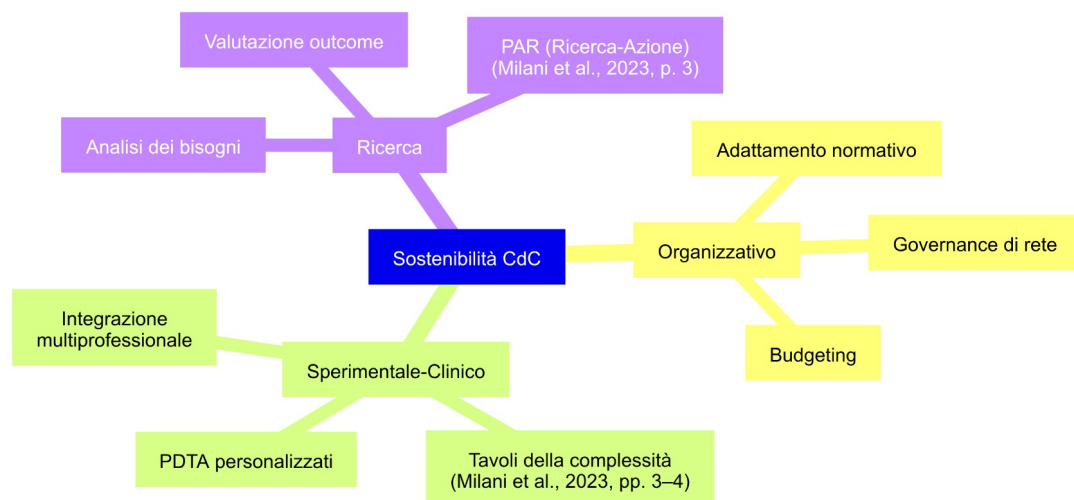
La distribuzione geografica di questi nodi conferma come la vicinanza dei servizi sia determinante per trattenere la domanda di salute sul territorio, garantendo cure di qualità senza sradicare il paziente dal proprio contesto affettivo (De Cola et al., 2023, pp. 2–5). Nonostante i vantaggi, il management deve affrontare la sfida di superare i *silos* professionali e culturali ancora radicati, garantendo che gli *spoke* non rimangano strutture svuotate di funzioni e che l'*hub* mantenga il proprio ruolo di centro di eccellenza (Giusti et al., 2025, pp. 5–6). Il monitoraggio costante, affidato ad Agenas e basato su standard di popolazione (es. una CdC Hub ogni 40.000-50.000 abitanti), mira a garantire l'uniformità dei LEA su tutto il territorio nazionale (DM 77/2022, pp. 4–20). In definitiva, l'architettura *Hub & Spoke*, supportata da una leadership capace di armonizzare gli standard normativi con le specificità locali, trasforma il Servizio Sanitario Nazionale in un organismo resiliente, capace di offrire un *continuum* assistenziale realmente centrato sulla persona e sostenibile nel lungo periodo (Giusti et al., 2025, pp. 10–11; Ielo et al., 2024, pp. 6–8).

4.3 Le Case della Comunità come Hub di prossimità

Le Case della Comunità (CdC) rappresentano l'evoluzione strutturale dei precedenti modelli di assistenza primaria, ponendosi come fondamento della sanità di prossimi-

tà. In linea con il DM 77/2022, esse richiedono una riorganizzazione capillare che integri le strutture preesistenti in una rete *Hub & Spoke* finalizzata a superare la visione ospedalocentrica (Pesaresi, 2022b, pp. 1–3). Più che semplici edifici, le CdC costituiscono un paradigma gestionale che punta all'efficienza sistemica e all'integrazione tra livelli organizzativi, clinici e di ricerca (Odone et al., 2016, p. 71; Milani et al., 2023, p. 4).

Figura 12: Livelli di Azione per la Sostenibilità delle Case della Comunità



Descrizione: Integrazione necessaria tra management, clinica e ricerca per l'efficacia delle CdC.

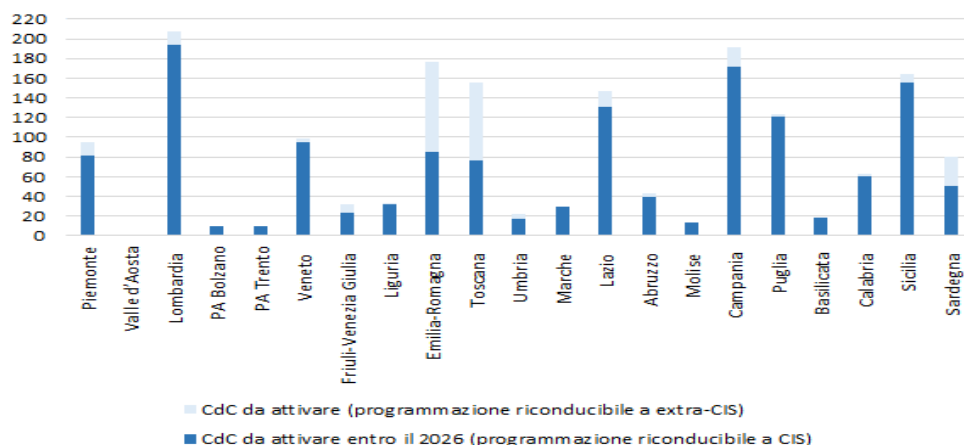
Fonte: Rielaborazione da Milani et al. (2023, pp. 3–4).

L'architettura delle CdC si fonda su un punto di accesso unico e visibile, il Punto Unico di Accesso (PUA), che semplifica la navigazione dell'assistito tra i servizi sanitari e sociali (Pesaresi, 2022b, pp. 6–8; Ugolini et al., 2020, p. 3). Questo nodo permette una valutazione multidimensionale e la definizione di piani assistenziali coerenti, sollevando il cittadino dal peso della frammentazione burocratica (Odone et al., 2016, p. 72). Il modello operativo, basato sulla collaborazione multidisciplinare tra medici di medicina generale, specialisti e infermieri, richiede una leadership capace di mediare i conflitti e promuovere l'interdisciplinarietà attraverso strumenti come il "tavolo della complessità" (Pesaresi, 2022b, pp. 6–8; Milani et al., 2023, pp. 3–4). La co-localizzazione fisica deve essere supportata da un impegno culturale verso la co-progettazione, tra-

sformando la multidisciplinarietà da requisito formale a pratica quotidiana (Odone et al., 2016, pp. 74–75; Milani et al., 2023, p. 4).

Dal punto di vista dell'offerta, lo standard normativo prevede una CdC Hub ogni 40.000-50.000 abitanti, garantendo l'uniformità dei Livelli Essenziali di Assistenza attraverso la diagnostica di base e specialistica (Pesaresi, 2022b, p. 4; Odone et al., 2016, pp. 73–74). L'adozione del *Chronic Care Model* si traduce in esiti clinici superiori, come dimostrato dalla maggiore stabilità dei pazienti cronici (es. diabetici) e da una riduzione stimata del 33% degli accessi inappropriati al Pronto Soccorso (Ugolini et al., 2020, pp. 2–7; Odone et al., 2016, p. 76). Questo effetto di "filtro" sul territorio decongestiona le strutture per acuti e ottimizza l'allocazione delle risorse (Ugolini et al., 2020, pp. 4–10).

Figura 13: Distribuzione regionale delle Case della Comunità da attivare



Descrizione: Grafico che illustra la pianificazione delle Case della Comunità da attivare entro il 2026, confrontando la programmazione riconducibile al CIS con quella extra-CIS.
Fonte: Tratto da Fantozzi & Gabriele (2025) (PDF-S. 18)

Il coordinamento tra Hub, Spoke e rete ospedaliera è garantito dalle Centrali Operative Territoriali (COT), che assicurano la continuità dei flussi informativi durante ogni transizione assistenziale (Pesaresi, 2022b, pp. 10–11). Tuttavia, il successo di questo modello è strettamente legato a sfide gestionali non trascurabili: la sostenibilità del

personale, la copertura dei costi correnti non finanziati dal PNRR e la necessità di superare la visione puramente medica a favore di una reale integrazione sociosanitaria (Pesaresi, 2022b, p. 12; Milani et al., 2023, pp. 3–4). L'armonizzazione tra gli investimenti strutturali e il finanziamento ordinario rimane il nodo cruciale affinché queste strutture generino valore pubblico condiviso, ponendo le basi per un sistema sanitario resiliente e capace di adattarsi alle mutazioni epidemiologiche del contesto territoriale (Odone et al., 2016, pp. 75–76).

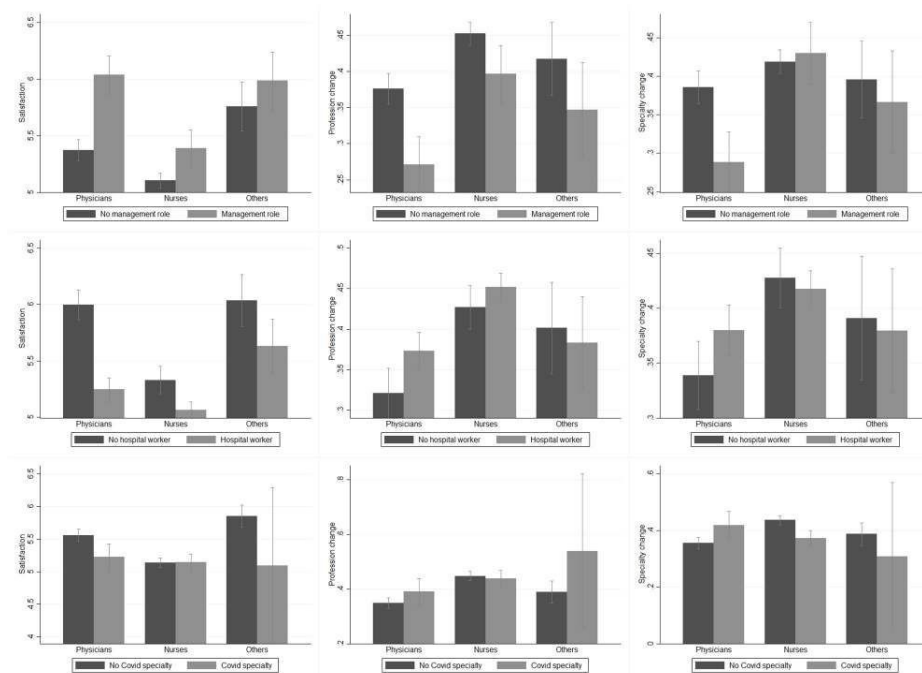
4.4 Team territoriali, infermieri di famiglia e Spoke di assistenza

L'Infermiere di Famiglia e Comunità (IFeC) rappresenta un pilastro del nuovo modello di sanità territoriale, distinguendosi per un livello avanzato di autonomia e responsabilità professionale (Zaghini et al., 2024, p. 25). La sua funzione non si limita all'esecuzione di compiti tecnici, ma si articola in una presa in carico globale che funge da ponte tra le necessità cliniche e il contesto di vita dei cittadini, superando il perimetro puramente sanitario per integrare interventi di natura sociale e comunitaria (Zaghini et al., 2024, p. 25). In questo paradigma, l'infermiere combina solide basi cliniche con competenze tecnologiche e organizzative, agendo come *Care Manager* all'interno di team multidisciplinari (Comitato Centrale FNOPI et al., 2024, pp. 13, 18–19).

Il ruolo dell'IFeC è cruciale nel favorire il processo di *task shifting* verso il territorio, un'evoluzione culturale che permette di ottimizzare l'uso delle risorse professionali (Comitato Centrale FNOPI et al., 2024, pp. 18–19). Le evidenze scientifiche confermano che l'assistenza guidata dagli infermieri è sicura quanto quella medica in termini di mortalità e tassi di ricovero, suggerendo che il management debba investire strategicamente in percorsi accademici avanzati (Paier-Abuzahra et al., 2024, pp. 1, 12). In qualità di *Case Manager*, l'IFeC assicura la pianificazione e valutazione dell'assistenza, garantendo esiti superiori in termini di qualità di vita percepita e riduzione del dolore fisico (Falco et al., 2022, pp. 91–94). Tale soddisfazione è alimentata anche dalla qualità della relazione empatica che, attraverso consultazioni più approfondite, rafforza l'aderenza ai piani terapeutici (Paier-Abuzahra et al., 2024, pp. 9–10).

Oltre alla cura clinica, l'IFeC riveste un ruolo strategico di *Digital Citizen Advocacy*: agendo come *Digital Navigator*, promuove l'alfabetizzazione tecnologica di pazienti e caregiver, facilitando l'uso di telemedicina e monitoraggio remoto (Comitato Centrale FNOPI et al., 2024, pp. 5, 28). Un aspetto determinante per l'efficacia di questo modello è il benessere organizzativo. La soddisfazione lavorativa degli infermieri correla positivamente con l'engagement (punteggio medio 4,09) e il *commitment* organizzativo, confermando che la percezione di una leadership etica agisce come fattore protettivo essenziale (Zaghini et al., 2024, pp. 28–29). Gli infermieri territoriali riportano livelli di burnout significativamente ridotti rispetto ai colleghi ospedalieri (media di 1,57), grazie alla maggiore autonomia decisionale (Zaghini et al., 2024, pp. 28–32).

Figura 14: Soddisfazione lavorativa e propensione al cambiamento



Descrizione: Il grafico analizza la soddisfazione lavorativa e la propensione al cambiamento professionale tra medici, infermieri e altri operatori, evidenziando l'impatto dei ruoli gestionali. Fonte: Tratto da Barili et al. (2022) (PDF-S. 8)

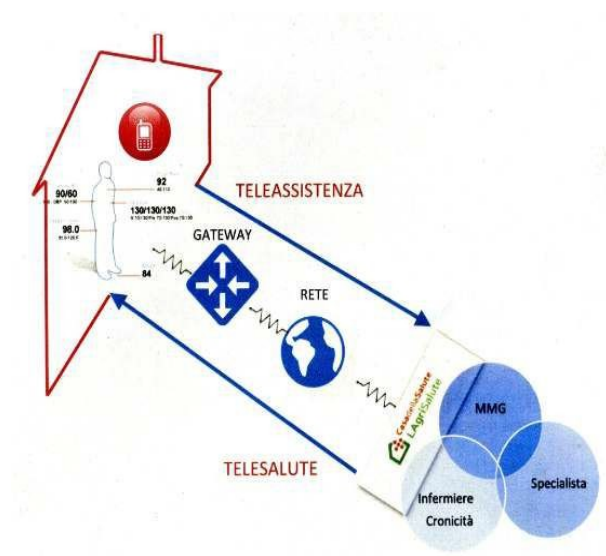
In conclusione, la transizione verso la sanità di prossimità impone una revisione profonda delle procedure operative e del quadro legislativo a sostegno dell'autonomia in-

fermieristica (Paier-Abuzahra et al., 2024, pp. 12–14). Il management sanitario deve orchestrare questo cambiamento culturale investendo in percorsi formativi specialistici e promuovendo leader capaci di armonizzare le resistenze tradizionali con le nuove esigenze di pianificazione strategica (Zaghini et al., 2024, pp. 30–32). Solo attraverso questa integrazione tra formazione avanzata, leadership etica e riorganizzazione dei processi sarà possibile trasformare le Case della Comunità in centri d'eccellenza, dove l'IFeC possa esercitare appieno il proprio ruolo, garantendo la sostenibilità e la qualità del servizio nel lungo periodo.

4.5 Digitalizzazione e telemedicina a supporto della prossimità

La digitalizzazione si configura come il fattore abilitante decisivo per il superamento della logica emergenziale in favore di una progettazione strategica a lungo termine, capace di spostare il baricentro delle cure dall'ospedale al domicilio. In questo scenario, la telemedicina si trasforma da misura temporanea a strumento strutturale per l'inversione del paradigma assistenziale. L'adozione di un'infrastruttura tecnologica solida permette di abbattere le barriere geografiche, trasformando l'ambiente domestico nel luogo di cura primario e migliorando l'accessibilità complessiva del sistema (Giannoni et al., 2025, p. 4).

Figura 15: Infrastruttura di teleassistenza



Descrizione: Schema dell'infrastruttura tecnologica per la teleassistenza, che collega il domicilio del paziente ai servizi territoriali. Il diagramma illustra l'integrazione tra monitoraggio domiciliare e team multidisciplinare.

Fonte: Tratto da Gruppo Progetto Casa della Comunità (2021).

Il concetto di *Connected Care* emerge come strategia organizzativa centrale, ponendo la persona al centro grazie a un'integrazione digitale fluida che riduce la frammentazione informativa e promuove l'empowerment del paziente, trasformandolo da ricevente passivo a partner consapevole (Cingolani et al., 2023, pp. 2–3). La telemedicina, intesa non come specialità isolata ma come modalità trasversale di erogazione, integra i Livelli Essenziali di Assistenza "estendendo la pratica tradizionale oltre gli spazi fisici abituali" (Confindustria Dispositivi Medici, 2022, p. 3). Le sue articolazioni, dalla televisita per il controllo di casi già diagnosticati, al teleconsulto per la collaborazione interprofessionale, ottimizzano il tempo degli operatori e riducono il disagio logistico per i pazienti fragili (Confindustria Dispositivi Medici, 2022, pp. 5–6).

La gestione delle cronicità beneficia di una modularità tecnologica scalabile, che va dalla semplice formazione al caregiver fino a kit di monitoraggio avanzato con sensori Bluetooth e gestione remota h24 (Confindustria Dispositivi Medici, 2022, pp. 7–8).

Tabella 23: Modelli di Telemonitoraggio ADI

Livello	Dotazione Tecnologica	Intensità Assistenziale
Modello 0	Tablet + Formazione Caregiver	Bassa (Self-monitoring guidato)
Modello 1	Kit Sensori (ECG, SpO2, PA) + App	Media (Monitoraggio asincrono)
Modello 2	Kit Avanzato + Centrale Medica h24	Alta (Monitoraggio real-time e alert)

Descrizione: Configurazioni modulari per il monitoraggio remoto nell'assistenza domiciliare (Confindustria Dispositivi Medici, 2022).

Questi sistemi di allerta precoce permettono di intercettare l'instabilità clinica, prevenendo riacutizzazioni e ricoveri impropri, decongestionando così le strutture per acuti e garantendo che le risorse ospedaliere siano riservate alle emergenze reali (Confindustria Dispositivi Medici, 2022, p. 7). Il PNRR, attraverso la Missione 6, costituisce il pilastro finanziario fondamentale per questo cambiamento, offrendo il volano strategico per colmare i divari infrastrutturali tra le diverse regioni italiane (Cingolani et al., 2023, p. 4). Per il successo della *Connected Care*, l'interoperabilità, basata su standard come l'HL7 FHIR (*Fast Healthcare Interoperability Resources*, è lo standard internazionale più avanzato e diffuso per lo scambio di dati clinici e amministrativi tra diversi sistemi informativi sanitari), è un requisito imprescindibile per eliminare i silos informativi e alimentare correttamente il Fascicolo Sanitario Elettronico (Giannoni et al., 2025, p. 20; Confindustria Dispositivi Medici, 2022, pp. 2–4).

L'integrazione di Big Data e Intelligenza Artificiale apre inoltre la strada alla medicina di precisione, permettendo analisi predittive che anticipano le necessità della popolazione e ottimizzano i percorsi diagnostico-terapeutici (Cingolani et al., 2023, pp. 3–4).

Esperienze regionali come il progetto ligure "Tigullio, luogo di salute" (televisite per esiti da ictus) o la mappatura GIS in Toscana, dimostrano che la tecnologia rafforza il rapporto di fiducia col SSN anche in aree isolate (Romiti et al., 2022, p. 123; Giannoni et al., 2025, pp. 8–15).

Tuttavia, questo percorso richiede una gestione attenta delle criticità etiche, quali la privacy, il rischio di *de-skilling* professionale e il *digital divide* tra gli anziani (Cingolani et al., 2023, pp. 4–5; Romiti et al., 2022, pp. 127–129). Il management sanitario deve dunque attuare strategie di *change management* e formazione continua, integrando stabilmente la telemedicina nei LEA con meccanismi di rimborso certi (Romiti et al., 2022, pp. 122–126). In conclusione, la digitalizzazione genera un effetto *triple-win*, migliorando la qualità della vita dei pazienti, offrendo sollievo ai caregiver e riducendo i costi di istituzionalizzazione, ponendosi come pilastro di una sanità di prossimità sostenibile, resiliente e realmente centrata sulla persona (Cingolani et al., 2023, p. 5; Giannoni et al., 2025, pp. 18–24).

4.6 Governance, KPI e strumenti di performance management

La transizione verso modelli di sanità territoriale richiede un sistema di governance capace di trascendere la logica del mero adempimento burocratico per orientarsi verso la generazione di valore pubblico. In un contesto di elevata complessità, come quello delineato dal DM 77/2022, la performance non può essere intesa come una misura isolata, bensì come il risultato di un processo di governance collaborativa. Seguendo l'approccio della *Public Service Logic* di Stephen Osborne, il servizio sanitario si configura come un ecosistema di co-produzione, in cui l'efficacia dell'azione dell'ente dipende dalla capacità di integrare le istanze dei diversi attori territoriali (clinici, stakeholder, cittadini) in un percorso unitario.

Questo paradigma sposta il focus manageriale dall'efficienza puramente contabile all'impatto reale sulla salute. Per operationalizzare tale visione, la governance deve allineare le performance amministrative al benessere collettivo, misurabile attraverso parametri di riferimento internazionali, quali gli obiettivi dell'Agenda ONU 2030

(SDGs) e gli indicatori di Benessere Equo e Sostenibile (BES). Come evidenziato dalla letteratura tecnica (Deidda Gagliardo et al., 2021), tali indicatori costituiscono un sistema di monitoraggio essenziale per collegare la capacità operativa dell'azienda agli esiti di salute sociale, trasformando il dato contabile in una bussola strategica per l'innovazione organizzativa.

A livello nazionale, il framework della Regione Toscana rappresenta un riferimento pionieristico di *Public Value Governance*. Il sistema del Laboratorio MeS aggrega centinaia di indicatori in indici di sintesi che, attraverso il "bersaglio", consentono di monitorare la performance multidimensionale in modo trasparente e scientificamente robusto (Vainieri, Caputo, et al., 2024, pp. 8–11). Questo strumento visivo permette di sintetizzare lo stato aziendale, rendendo l'*accountability* sociale immediatamente accessibile anche ai non addetti ai lavori (Vainieri, Caputo, et al., 2024, p. 10). L'evoluzione verso il "pentagramma" ha ulteriormente perfezionato questo approccio, superando la logica dei confini aziendali per monitorare i percorsi clinico-assistenziali integrati, dal trattamento al fine vita, in perfetta coerenza con la visione unitaria richiesta dal DM 77/2022 (Vainieri, Caputo, et al., 2024, pp. 27–28).

Figura 16: Sistema di valutazione MeS Sant'Anna



Descrizione: Il diagramma a bersaglio del Laboratorio MeS, utilizzato per monitorare la performance multidimensionale dei servizi sanitari regionali. Le fasce concentriche indicano i livelli di performan-

ce raggiunti, offrendo una sintesi visiva per il monitoraggio dei processi assistenziali.
Fonte: Tratto da Vainieri, Caputo, et al. (2024).

Il monitoraggio sistematico poggia su indicatori di processo (es. aderenza ai PDTA per cronicità come diabete e BPCO) e di appropriatezza prescrittiva, finalizzati a bilanciare la qualità delle cure con la sostenibilità economica. A queste metriche si affiancano i *Patient-Reported Experience Measures* (PREMs), che integrano la voce del cittadino nel management sanitario: misurando dimensioni intangibili come la qualità della comunicazione, essi permettono di "umanizzare" i percorsi di cura e generare una legittimazione sociale dell'ente (Vainieri, Caputo, et al., 2024, pp. 36–37). Parallelamente, la tutela della salute organizzativa, intesa come benessere del personale — è un prerequisito fondamentale, poiché un clima lavorativo positivo riduce il *turnover* e agisce come condizione abilitante per il successo delle riforme territoriali (Deidda Gagliardo et al., 2021, p. 38).

Tuttavia, la selezione dei KPI non deve essere intesa come un esercizio statico. In un sistema sanitario in rapida evoluzione, tali indicatori richiedono un costante processo di revisione e calibrazione. La capacità del management risiede nel passare da KPI "di esito" (ex-post), che misurano cosa è accaduto, a KPI "di processo" e "predittivi" (ex-ante), capaci di segnalare in tempo reale le criticità nel percorso di cura. Solo attraverso questo monitoraggio dinamico, i KPI smettono di essere meri strumenti di rendicontazione burocratica e si trasformano in leve strategiche per la gestione proattiva del rischio clinico e organizzativo. Per una visione organica degli strumenti di misurazione adottati, si propone di seguito una sintesi delle dimensioni chiave che compongono il framework di performance management, classificate secondo gli obiettivi strategici del sistema sanitario territoriale:

Tabella 23: Matrice multidimensionale degli indicatori di performance (KPI)

Dimensione	Obiettivo Strate- gico	Esempi di KPI	Fonte di riferi- mento
Efficacia Clinica	Aderenza ai PDTA	Aderenza tera- peutica (Diabete/BPCO)	Laboratorio MeS
Appropriatezza	Riduzione sprechi	Tasso di appro- priatezza prescrit- tiva	Vainieri et al.
Esperienza (PREMs)	Umanizzazione	Qualità della co- municazione	Vainieri et al.
Salute Organiz- zativa	Sostenibilità HR	Tasso di turnover/Assen- teismo	Deidda Gagliardo
Accountability	Efficienza alloca- tiva	Indice di tra- sparenza vs Spesa pro capite	Ferrara et al.

Un pilastro strategico dell'accountability è la trasparenza. L'analisi empirica dimostra che un incremento dell'indice di trasparenza correla positivamente con una riduzione della spesa sanitaria totale pro capite (circa un euro per cittadino), suggerendo che la diffusione pubblica dei dati stimoli l'efficienza allocativa e riduca le asimmetrie informative (Ferrara et al., 2024, pp. 825, 855–857). Tuttavia, tale approccio deve essere equilibrato per evitare che gli oneri amministrativi legati alla rendicontazione sovraccarichino le strutture operative, sottraendo tempo prezioso all'assistenza diretta (Ferrara et al., 2024, p. 825).

In conclusione, il management territoriale deve dotarsi di un cruscotto integrato che unisca KPI clinici, indicatori di efficienza economica e misure di salute organizzativa. L'utilizzo di indicatori *proxy* per superare i disallineamenti temporali dei dati ufficiali permette di trasformare la transizione verso la medicina proattiva in un processo governato, capace di generare valore pubblico duraturo e di garantire una sostenibilità sistemica nel lungo periodo (Deidda Gagliardo et al., 2021, pp. 30–35; Vainieri, Caputo, et al., 2024, pp. 35–36).

5. Conclusioni e prospettive future

Questa Tesi è partita dall'analisi di una sfida senza precedenti per il Servizio Sanitario Nazionale: l'inadeguatezza del modello ospedalocentrico tradizionale di fronte a un invecchiamento demografico galoppante e a una multicronicità sempre più complessa. Le fragilità strutturali emerse durante le recenti crisi sistemiche hanno dimostrato che il mantenimento di un sistema focalizzato esclusivamente sull'acuzie non è più sostenibile né economicamente né socialmente. In questo scenario, la sanità di prossimità non si configura come una semplice opzione organizzativa, ma come la risposta necessaria e obbligata per garantire l'universalità del diritto alla salute sancito dalla Costituzione. Dunque le somme del percorso fin qui svolto, illustrano come la governance territoriale possa trasformare gli standard normativi in benessere reale per la comunità, assicurando la resilienza del sistema nel lungo periodo.

L'evoluzione normativa esaminata, che ha visto il passaggio critico dal DM 70/2015 al DM 77/2022, ha fornito il necessario framework strutturale per avviare il passaggio operativo verso modelli di prossimità. Le nuove strategie di management pubblico agiscono come catalizzatori di questo cambiamento, traducendo standard fisici e quantitativi, come le Case della Comunità e le Centrali Operative Territoriali, in processi di cura realmente integrati e centrati sulla persona. Si conferma che il superamento definitivo dell'approccio ospedaliero richiede l'esercizio di una leadership orizzontale, capace di orchestrare in modo armonico le risorse umane operanti sul campo e le dotazioni

tecnologiche. Solo attraverso un management proattivo è possibile garantire che la riforma non resti un adempimento burocratico, ma si traduca in una sanità d’iniziativa capace di intercettare i bisogni di salute direttamente nei contesti di vita quotidiana dei cittadini.

Le evidenze raccolte suggeriscono che le Case della Comunità rappresentino gli snodi essenziali per migliorare l’equità di accesso e ridurre drasticamente gli accessi inappropriati ai servizi di emergenza e urgenza (Fantozzi & Gabriele, 2025, p. 4). Tuttavia, la mera realizzazione degli investimenti infrastrutturali non è di per sé garanzia di efficacia: i risultati indicano che il successo del modello dipende dalla reale operatività dei servizi e dalla qualità delle prestazioni assicurate, aspetti che attualmente presentano forti disomogeneità, soprattutto nel Mezzogiorno (Fantozzi & Gabriele, 2025, p. 4). Il management sanitario ha dunque la responsabilità di garantire che queste strutture non rimangano dei semplici contenitori fisici, ma si trasformino in laboratori di partecipazione attiva e di co-progettazione tra le istituzioni e i cittadini. Solo popolando le strutture con team multidisciplinari competenti e motivati sarà possibile rispondere concretamente alla domanda di salute territoriale, rendendo le Case della Comunità il vero fulcro della rete di prossimità.

La salute digitale è stata identificata nel corso della trattazione come una condizione abilitante fondamentale per promuovere l’innovazione e garantire la sostenibilità dei sistemi pubblici (Deidda Gagliardo et al., 2021, p. 39). Nonostante la crescente disponibilità tecnologica e l’adozione formale di piattaforme nazionali, l’uso effettivo di strumenti quali il Fascicolo Sanitario Elettronico e la telemedicina rimane un’area di miglioramento critico per il Servizio Sanitario Nazionale (Fantozzi & Gabriele, 2025, pp. 38–40). Per trasformare queste tecnologie in strumenti di uso comune, il management territoriale deve focalizzarsi prioritariamente sul potenziamento delle competenze digitali del personale sanitario e sul superamento delle persistenti barriere culturali (Fantozzi & Gabriele, 2025, pp. 38–40). La digitalizzazione non deve essere vista come una fine in sé, ma come il mezzo per abilitare la Connected Care, permettendo un

monitoraggio costante che riduca le distanze tra il domicilio e i centri di cura, favorendo una gestione della cronicità più sicura ed efficiente.

L'elaborato ha sistematizzato il concetto di Valore Pubblico proponendolo come la "stella polare" per orientare la programmazione e la rendicontazione delle performance sanitarie. In questa prospettiva, il benessere sanitario degli utenti non è più un obiettivo isolato, ma viene configurato come parte integrante di un insieme equilibrato di impatti territoriali che l'amministrazione deve produrre. Per supportare questa visione, viene proposto l'utilizzo metodologico della Piramide del Valore, strumento capace di allineare le performance aziendali agli obiettivi di sviluppo sostenibile e agli indicatori di benessere equo e sostenibile. Tale integrazione teorica e pratica permette di superare la logica dei soli risultati clinici a favore di una misurazione multidimensionale dell'impatto sociale della sanità di prossimità. Questo approccio garantisce una governance basata sulla creazione di valore reale per la collettività, orientando le scelte manageriali verso una crescita equilibrata e inclusiva del sistema di welfare territoriale.

Le implicazioni pratiche dell'analisi suggeriscono che il manager della prossimità debba possedere la capacità di "sollevare lo sguardo organizzativo" dalle contingenze immediate per finalizzare l'azione alla generazione di valore pubblico (Deidda Gagliardo et al., 2021, p. 22). Risulta prioritario implementare accordi istituzionali sociosanitari come strumenti manageriali chiave per assicurare la continuità assistenziale tra i diversi ambiti amministrativi (AGENAS - Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali, 2026). La leadership di queste strutture deve curare e migliorare costantemente il livello di salute delle risorse interne per abilitare realmente il cambiamento organizzativo richiesto (Deidda Gagliardo et al., 2021, p. 22). In questo contesto, il Public Value Manager agisce come facilitatore di reti, mediando tra le esigenze cliniche e quelle sociali per garantire che il Progetto di Salute individuale sia coerente con le risorse del territorio. Tale ruolo richiede soft skill avanzate e una visione sistemica, indispensabili per guidare le organizzazioni pubbliche verso modelli di gestione più agili, trasparenti e orientati all'utente finale, superando le resistenze professionali tradizionali.

Una delle principali criticità emerse riguarda la sostenibilità finanziaria delle riforme una volta che i finanziamenti straordinari del PNRR saranno esauriti (Fantozzi & Gabriele, 2025, p. 27). I dati suggeriscono che si porrà con urgenza il problema di reperire nuovi fondi ordinari per garantire la continuità dei servizi territoriali e dell’assistenza domiciliare (Fantozzi & Gabriele, 2025, p. 27). Si stima infatti una necessità di spesa corrente pari a circa 1,3 miliardi di euro annui a partire dal 2027 per il solo mantenimento degli interventi a regime (Tabella 11). Il management pubblico deve quindi identificare tempestivamente fonti di finanziamento stabili per evitare che le imponenti infrastrutture realizzate restino prive delle risorse necessarie al loro funzionamento. La pianificazione economica a lungo termine diventa dunque una priorità strategica per non rendere vani gli investimenti fatti nella Missione 6, assicurando che la transizione verso la sanità di prossimità sia strutturale e non legata esclusivamente a una fase di spesa straordinaria ed emergenziale.

Tabella 24: Rimodulazione degli Obiettivi PNRR per la Sanità Territoriale

Struttura Territoriale	Target Iniziale (PNRR)	Target Rivisto (2025)	Variazione Percentuale
Case della Comunità	1.350	1.038	-23,1%
Ospedali di Comunità	400	307	-23,2%
Centrali Operative Territoriali (COT)	600	600	0%

*Descrizione: Confronto tra i target iniziali e i target rivisti per le strutture di prossimità a seguito dell’inflazione e dell’aumento dei costi (Fantozzi & Gabriele, 2025, pp. 5–6).
Fonte: Dati tratti da Fantozzi & Gabriele (2025).*

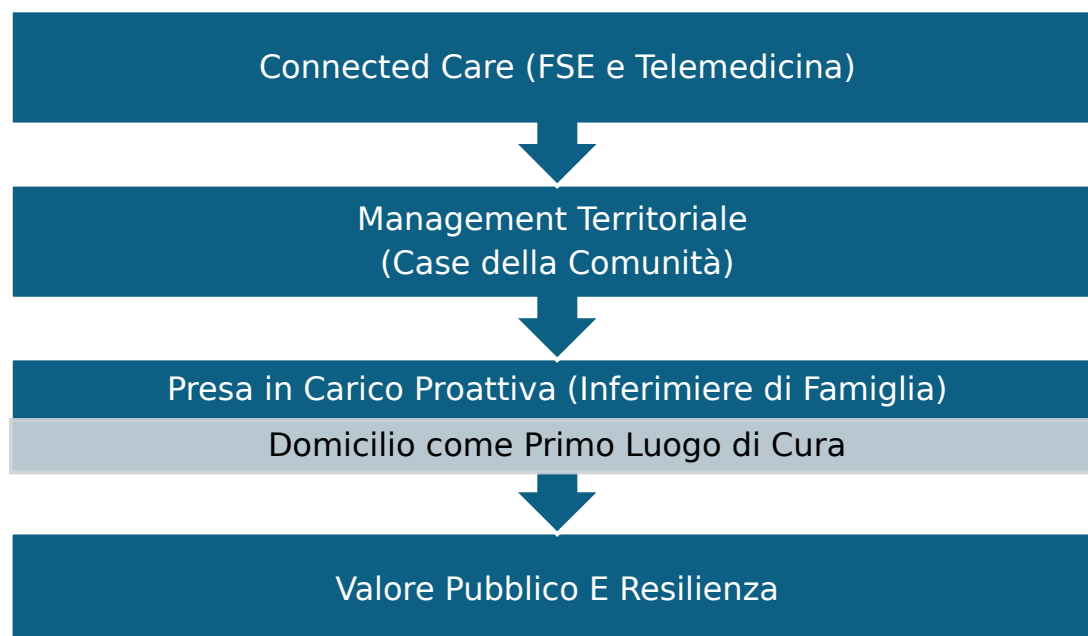
Il successo della sanità di prossimità è minacciato in modo significativo dalla carenza di capitale umano e dalla scarsa attrattività del sistema pubblico per le figure professionali richieste (Fantozzi & Gabriele, 2025, p. 24). Le Regioni devono dimostrare di saper impiegare le risorse disponibili non solo per costruire strutture, ma soprattutto per reperire medici e infermieri in grado di alimentare i nuovi standard assistenziali del DM 77/2022 (Fantozzi & Gabriele, 2025, p. 24). Senza un investimento mirato che migliori le condizioni lavorative e le prospettive di carriera nel territorio, molte Case della Comunità rischiano di restare inoperative o di fornire servizi ridotti rispetto al potenziale previsto. Il management sanitario deve dunque adottare strategie di gestione delle risorse umane che valorizzino l'autonomia infermieristica e promuovano team multidisciplinari stabili. Colmare il gap di personale è la condizione necessaria affinché la rete di prossimità possa realmente farsi carico della fragilità, garantendo standard qualitativi uniformi e riducendo il senso di abbandono che spesso colpisce gli utenti nei setting domiciliari.

L'analisi condotta evidenzia forti disparità geografiche nell'implementazione della riforma, con ritardi significativi registrati in molte regioni del Mezzogiorno rispetto al Centro-Nord (Fantozzi & Gabriele, 2025, pp. 13–16). Inoltre, i target quantitativi iniziali del PNRR per la sanità territoriale sono stati necessariamente ridimensionati a causa dell'inflazione e dell'impennata dei costi dei materiali. La disponibilità di dati aggiornati tramite il monitoraggio AGENAS rimane uno strumento di governance essenziale, sebbene la qualità delle informazioni sia talvolta condizionata dall'eterogeneità dei flussi informativi regionali (AGENAS - Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali, 2026). Questi limiti suggeriscono che la transizione verso la prossimità sia un processo a velocità multiple, influenzato da variabili economiche esterne e da preesistenti debolezze organizzative locali. Per il management nazionale, monitorare queste asimmetrie è fondamentale per attuare interventi perequativi che garantiscano l'uniformità dei Livelli Essenziali di Assistenza su tutto il territorio italiano, evitando che la riforma acuisca ulteriormente le disuguaglianze storiche nell'accesso alla salute tra le diverse aree del Paese.

Le prospettive future del management sanitario devono orientarsi verso una misurazione del Valore Pubblico che integri sistematicamente impatto, efficacia ed efficienza attraverso griglie di indicatori analitici (Deidda Gagliardo et al., 2021, pp. 11–14). L'adozione di un'accountability sociale basata su dati oggettivi e confrontabili permetterà di identificare con precisione non solo gli impatti trainanti, ma anche le cause latenti di erosione del valore nel territorio (Deidda Gagliardo et al., 2021, pp. 11–14). Studi futuri dovrebbero indagare l'integrazione tra risk management e performance management per proteggere il benessere creato dalle incertezze epidemiologiche e finanziarie. L'uso di indicatori proxy e dashboard dinamiche consentirà ai dirigenti di disporre di sensori tempestivi per correggere le rotte della gestione territoriale in tempo reale. Questo spostamento verso un monitoraggio multidimensionale è indispensabile per validare l'efficacia dei nuovi percorsi assistenziali e per giustificare l'allocazione delle risorse pubbliche in base al valore sociale prodotto, garantendo la trasparenza e la legittimazione dell'operato del Servizio Sanitario Nazionale nei confronti della cittadinanza.

Lo scenario strategico per il 2030 prevede un'integrazione sempre più stretta tra la programmazione strategica regionale e quella operativa locale, finalizzata alla creazione di un ecosistema di salute resiliente (Deidda Gagliardo et al., 2021, pp. 26–30). La rendicontazione dell'impatto sociale dei servizi diventerà lo standard per valutare il contributo della salute pubblica alla sostenibilità complessiva del Paese (Deidda Gagliardo et al., 2021, pp. 26–30). In questa visione, la casa si consolida definitivamente come il primo luogo di cura, supportata da una rete di protezione tecnologica e umana capace di garantire la continuità della presa in carico Figura 26. Il consolidamento della sanità diffusa permetterà di gestire la cronicità in modo invisibile ma costante, integrando telemedicina, assistenza infermieristica e supporto comunitario in un unico continuum. Questa trasformazione, abilitata da una solida salute digitale, mira a rendere il sistema sanitario non solo un erogatore di prestazioni, ma un motore di benessere sociale, capace di adattarsi flessibilmente alle evoluzioni demografiche future senza compromettere l'equità e la qualità delle cure per le generazioni a venire.

Figura 19: Visione Strategica 2030: L'Ecosistema della Salute di Prossimità



Descrizione: Flusso logico dell'integrazione tra Connected Care, management e territorio per la resilienza del sistema (Deidda Gagliardo et al., 2021, p. 39; Fantozzi & Gabriele, 2025, pp. 38–40).

In conclusione, il presente lavoro riafferma la centralità del management pubblico nella creazione di un benessere collettivo equo e sostenibile. L'impegno verso la sanità di prossimità rappresenta l'ultimo miglio necessario per rendere il Servizio Sanitario Nazionale veramente vicino ai bisogni reali del cittadino, superando le barriere fisiche e organizzative del passato. Questa Tesi di Laurea Magistrale chiude con l'auspicio di una leadership etica e autorevole, capace di governare la complessità del territorio per costruire una società più resiliente. La transizione in corso non è solo una sfida manageriale o tecnologica, ma un atto di responsabilità sociale che richiede una visione lunga e una cura costante delle risorse umane. Garantire che ogni innovazione produca valore pubblico reale è la missione fondamentale del dirigente sanitario moderno, affinché la sanità di prossimità diventi il pilastro di un sistema universalistico capace di proteggere la vita e la dignità di ogni persona, ovunque essa risieda.

Bibliografia

- Agenas. (2024). *Report Nazionale di Sintesi (II Semestre)*. Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali.
- Albano, V., Ambrosino, G., Longo, F., Ricci, A., & Vainieri, M. (2022). *La sanità territoriale: modelli organizzativi e strumenti di management*. EGEA.
- Albano, V., Botta, P., Chiarolla, E., Contenti, M., De Maria, R., De Stefano, A., Di Pierri, M., Enrichens, F., Falasca, P., Falcone, E., Fruscio, L., Giusti, C., Ippolito, A., Lega, F., Longo, F., Masullo, M., Mele, S., Michelutti, P., Nube, G., ... Sini, G. (2022). *Logiche e strumenti gestionali e digitali per la presa in carico della cronicità: Manuale operativo e buone pratiche per ispirare e supportare l'implementazione del PNRR* (F. Enrichens, F. Lega, F. Longo, G. Nube, & D. Scibetta, A c. di). Agenas. <https://osservatoriocronicita.it>
- Andreani, G. (2023). La crisi del Servizio Sanitario Nazionale e la transizione verso la sanità territoriale. In *Manuale di management sanitario pubblico* (pp. 336–359). FrancoAngeli.
- Ansaldi, F., Astengo, M., et al. (2024). A new organizational model of primary health care in Liguria, Italy. Insights and implications. *Journal of Preventive Medicine and Hygiene*, 65(1), 120-128.
- Bigini, M., & Sacchi, A. (2024). *Invecchiamento demografico e sostenibilità della spesa sanitaria in Italia*. Il Mulino.
- Bologna, E. (2024). *Rapporto sullo stato di salute della popolazione anziana in Italia*. ISTAT.
- Borgonovi, E., & Migliore, E. (2022a). *La sanità d'iniziativa e il ruolo del distretto nella governance territoriale*. EGEA.
- Borgonovi, E., & Migliore, G. (2022b). Il direttore di distretto: ritorno al futuro. *Mecosan*, 121, 3–6. <https://doi.org/10.3280/mesa2022-121oa13856>
- Bosa, I., Castelli, A., Castelli, M., Ciani, O., Compagni, A., Galizzi, M. M., Garofano, M., Ghislandi, S., Giannoni, M., Marini, G., & Vainieri, M. (2022).

Response to COVID-19: Was Italy (un)prepared? *Health Economics, Policy and Law*, 17(1), 1–13. <https://doi.org/10.1017/S1744133121000141>

- Bryson, J. M., Crosby, B. C., & Bloomberg, L. (2014). Public value governance: Moving beyond traditional public administration and new public management. *Public Administration Review*, 74(4), 445-456.
- Cafagna, G., Seghieri, C., Vainieri, M., & Nuti, S. (2018). A turnaround strategy: improving equity in order to achieve quality of care and financial sustainability in Italy. *International Journal for Equity in Health*, 17, Articolo 169. <https://doi.org/10.1186/s12939-018-0878-x>
- Cati, M. M. (2023). The New Health District: Reshaping the Italian Healthcare System. *Biomedical Journal of Scientific & Technical Research*, 49(5), 41532-41538.
- Cesari, M., Prince, M., Thiagarajan, J. A., De Carvalho, I. A., Bernabei, R., Chan, P., Gutierrez-Robledo, L. M., Michel, J.-P., Morley, J. E., Ong, P., Rodriguez Mañas, L., Sinclair, A., Won, C. W., Beard, J., & Vellas, B. (2016). Frailty: An emerging public health priority. *Journal of the American Medical Directors Association (JAMDA)*, 17(3), 188–192. <https://doi.org/10.1016/j.jamda.2015.12.016>
- Cinelli, G., & Fattore, G. (2024). The 2022 local integrated care reform in Italy: From desiderata to implementation. *Health Policy*, 162, 104812.
- Comitato Centrale FNOPI. (2024). *L'evoluzione della professione infermieristica nella sanità territoriale*. Documento di indirizzo.
- Confindustria Dispositivi Medici. (2022). *Modelli di Telemonitoraggio ADI: Configurazioni modulari per il monitoraggio remoto*. Report Tecnico.
- Decreto 23 maggio 2022, n. 77. *Regolamento recante la definizione di modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nel Servizio sanitario nazionale*. Gazzetta Ufficiale della Repubblica Italiana.

- Deidda Gagliardo, E., Saporito, R., & Fissi, S. (2021). *Public Value Governance nella pubblica amministrazione: performance, partecipazione e salute organizzativa*. FrancoAngeli.
- Falco, A., et al. (2022). *L'assistenza infermieristica nel territorio: esiti clinici e qualità della vita*. Edizioni Mediche.
- Fantozzi, P., & Gabriele, S. (2025). *Il DM 77/2022 e l'attuazione della sanità territoriale: criticità e prospettive*. Il Pensiero Scientifico Editore.
- Ferrara, A., et al. (2024). Transparency as a strategic tool for healthcare management: Evidence from Italian ASLs. *Journal of Public Budgeting, Accounting & Financial Management*, 36(6), 825-867.
- Fontanella, A., & Orlandini, C. (2025). Intelligenza artificiale, business intelligence e management sanitario territoriale. In *Innovazione digitale e sanità pubblica* (pp. 491–501). FrancoAngeli.
- Gabrielli, E., Schenone, I., et al. (2024). Characteristics of health districts in Italy and their implications in primary health care policies. *Journal of Preventive Medicine and Hygiene*, 65(2), 150-160.
- Gentile, S., Ricciardi, W., & Tarricone, R. (2024). Emergency department overcrowding and territorial healthcare weaknesses in Italy. *Health Policy*, 138, 1–9. <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2024.104912>
- Giannoni, M., et al. (2025). *Digitalizzazione e telemedicina: esperienze di sanità di prossimità*. Academic Press.
- Gligorić, K., Kraemer, M. U. G., & West, R. (2023). Advancing the frontiers of geographic accessibility to healthcare with closer-to-reality travel time estimates. *Nature Communications*, 4, Articolo 391. DOI 10.1038/s43856-023-00391-w
- Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease. (2020). *Global strategy for the prevention, diagnosis and management of COPD: 2020 report*. <https://goldcopd.org>

- Gristina, G. R. (2023). Universalismo sanitario, prossimità e tutela dei diritti fondamentali dopo la pandemia. *Mecosan*, 32(125), 582–586.
- Gruppo Progetto Casa della Comunità. (2021). *La Casa della Comunità: modelli organizzativi e integrazione territoriale*. Agenas.
- Harvey, G., & Kitson, A. (2016). PARIHS revisited: from heuristic to integrated framework for the successful implementation of knowledge into practice. *Implementation Science*, 11, Articolo 33. <https://doi.org/10.1186/s13012-016-0398-2>
- Ingrosso, M. (2022). Le discontinuità paradigmatiche nella progettazione delle Case della Comunità. *Sistema Salute*, 66, Articolo 1. DOI: 10.48291/SISA.66.1.2
- Istituto Superiore di Sanità. (2024). *Epidemiologia delle patologie croniche e della multimorbilità in Italia*. ISS.
- Italia. Presidenza del Consiglio dei Ministri. (2021). *Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR)*.
- Istat. (2026). *Rapporto annuale 2025: La situazione del Paese*. ISTAT.
- Lattanzio, F., Roller-Wirnsberger, R., Lopez Samaniego, L., Rodríguez-Mañas, L., Bernabei, R., & Onder, G. (2023). Frailty and multimorbidity: A systematic approach for integrated care in older adults. *Age and Ageing*, 52(1), 1–9. DOI: 10.1093/gerona/gly110
- Lee, K. H., & Lee, C. E. (2025). The evolving landscape of health and social care integration: in search of a unifying theory. *Frontiers in Medicine*, 12, Articolo 1464699.
- Long, Q., Zhang, T., & Zhao, Y. (2017). Integrated care models and transition protocols for complex chronic patients: A systemic approach to reducing hospital readmissions. *Health Services Management Research*, 30(2), 112–119.
- Lutfiyya, M. N., Chang, L. F., McGrath, C., Dana, C., & Lipsky, M. S. (2019). The state of the science of interprofessional collaborative practice: A scoping

review of the patient health-related outcomes based literature published between 2010 and 2018. *PLoS ONE*, 14, Articolo 6.

- Massimi, A., De Vito, C., Brufola, I., Corsaro, A., Marzuillo, C., Migliara, G., Rega, M. L., Ricciardi, W., Villari, P., & Damiani, G. (2017). Are community-based nurse-led self-management support interventions effective in chronic patients? Results of a systematic review and meta-analysis. *PLoS ONE*, 12, Articolo 3.
- Mauro, M., & Giancotti, M. (2023). The 2022 primary care reform in Italy: Improving continuity and reducing regional disparities? *Health Policy*, 160, 104750.
- Moore, M. H. (1995). *Creating public value: Strategic management in government*. Harvard University Press.
- Musa, S., Ivanov, K., & Marinov, M. (2024). Geospatial insights into health-care accessibility in Europe: A scoping review of GIS applications (2020–2024). *Healthcare*, 12(22), Articolo 2865.
- National Academies of Sciences, Engineering, and Medicine [NASEM]. (2019). *Integrating social care into the delivery of health care: Moving upstream to improve the nation's health*. The National Academies Press.
- Network Non Autosufficienza. (2021). *L'assistenza agli anziani non autosufficienti in Italia. 7° Rapporto*. Maggioli Editore.
- NHS England. (2022). *Next steps for integrating care: Operating framework for Integrated Care Boards and place-based partnerships*.
- NIHR Evidence. (2023). *Pooled budgets and health-social care integration: Evidence on implementation and joint governance*.
- Onder, G., et al. (2022b). Italian guidelines on management of persons with multimorbidity and polypharmacy. *Aging Clinical and Experimental Research*, 34, 989–996.
- Osservatori Digital Innovation. (2021). *Connected Care: la mappa per una sanità territoriale data-driven*. Politecnico di Milano.

- Paier-Abuzahra, M., et al. (2024). *Curricula formativi e autonomia infermieristica nella sanità digitale*. Edizioni Formazione.
- Panunzio, M. F., Montagna, M. T., et al. (2026). Reforming territorial care in Italy: Evidence and lessons learned from European experiences. *Annali di Igiene*, 38(1), 30-45.
- Pesaresi, F. (2022a). *Il DM 77/2022 sull'assistenza sanitaria territoriale: la norma, gli approfondimenti, le valutazioni* (7^a ed.). Welfare ebook.
- Pesaresi, F. (2022b). *Il DM 77/2022 e la riforma dell'assistenza territoriale*. Maggioli Editore.
- Pesaresi, F. (2022c). *La governance del distretto sanitario nel PNRR*. Quotidiano Sanità.
- Pesaresi, F. (2022d). Le case della comunità: come saranno. *I luoghi della cura online*, Articolo 3.
- Porter, M. E., & Teisberg, E. O. (2006). *Redefining health care: creating value-based competition on results*. Harvard Business Press.
- Romiti, R., et al. (2022). *Progetto Tigullio: analisi dell'efficacia delle televisite nella cronicità*. Rapporto Scientifico.
- Stoker, G. (2006). Public value management: A new narrative for network governance? *The American Review of Public Administration*, 36(1), 41-57.
- Talebi, A., Hostert, P., & Lakes, T. (2025). Travel-time accessibility and adaptive spatial planning for hospital networks: Prioritizing vulnerable and aging populations. *Nature Urban Sustainability*, 5, Articolo 28.
- Tubertini, C. (2025). Lo snodo della Casa di comunità nella rilettura della funzione di assistenza territoriale. *Istituzioni del Federalismo*, 46, Articolo 4.
- Vainieri, M., Barsanti, S., & Passino, C. (2023). Evaluating the performance of the new community-based care models after the pandemic: The Italian challenge. *Health Policy*, 159, 104680.

- Vainieri, M., Caputo, et al. (2024). *Performance multidimensionale e Public Value Governance nel sistema toscano*. Sant'Anna School of Advanced Studies Press.
- Weiss, D. J., Nelson, A., Gibson, H. S., & Gething, P. W. (2020). Global maps of travel time to healthcare facilities. *Nature Medicine*, 26(9), 1345–1349.
- World Health Organization [WHO]. (2021). *Global strategy on digital health 2020-2025*.
- World Health Organization [WHO]. (2022). *Integrated care for older people (ICOPE): Guidance for person-centred assessment and pathways in primary care*.
- Zaghini, F., et al. (2024). *Engagement, leadership e benessere lavorativo degli infermieri di famiglia*. Edizioni Management.

Bibliografia Figure:

- Figura 1: Network Non Autosufficienza. (2021). *Distribuzione della popolazione anziana per fasce d'età*.
- Figura 2: Bigini, M., & Sacchi, S. (2024). *Proiezione dell'indice di dipendenza strutturale in Italia (2022-2100)*.
- Figura 3: Gruppo Progetto Casa della Comunità. (2021). *Modello di integrazione dei servizi sanitari territoriali*.
- Figura 4: Pesaresi, F. (2022b). *Modello di governance del distretto post-PNRR e DM 77/2022*.
- 🕒 Figura 6: Pesaresi, F. (2022b). *Flusso organizzativo dei servizi sanitari di prossimità*.
- Figura 7: Bodenheimer, T., & Sinsky, C. (2014). From triple to quadruple aim: Care of the patient requires care of the provider. *Annals of Family Medicine*, 12(6), 573–576. <https://doi.org/10.1370/afm.1713>
- Figura 11: De Cola, M. C., et al. (2023). *Mappa della rete di neuroriabilitazione in Sicilia*.

- Figura 12: Milani, M., et al. (2023). *Livelli di Azione per la Sostenibilità delle Case della Comunità*.
- Figura 13: Fantozzi, A., & Gabriele, A. (2025). *Distribuzione regionale delle Case della Comunità da attivare*.
- Figura 14: Barili, A., et al. (2022). *Soddisfazione lavorativa e propensione al cambiamento*.
- Figura 15: Gruppo Progetto Casa della Comunità. (2021). *Infrastruttura di teleassistenza*.
- Figura 16: Vainieri, M., Caputo, M., et al. (2024). *Sistema di valutazione MeS Sant'Anna*.
- Figura 19: Deidda, A., & Gagliardo, A. (2021). *Visione Strategica 2030: L'Ecosistema della Salute di Prossimità*.

Bibliografia Tabelle:

- Tabella 1: Istituto Superiore di Sanità. (2024). *Prevalenza delle patologie croniche per fascia d'età*.
- Tabella 2 e 5: Decreto 23 maggio 2022, n. 77, Regolamento recante definizione di modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nel Servizio sanitario nazionale. (2022). *Gazzetta Ufficiale della Repubblica Italiana*, Serie Generale n. 144.
- Tabella 4: Nicholson, N., Pollack, A., & Clapp, J. (2013). *Pilastri della Governance Integrata*.
- Tabella 8: Cinelli, G., & Fattore, G. (2024). La riforma dell'assistenza integrata a livello locale del 2022 in Italia: dai desiderata all'attuazione. *Health Policy*.
- Tabella 9: Mauro, M., & Giancotti, M. (2023). La riforma dell'assistenza primaria del 2022 in Italia: Migliorare la continuità e ridurre le disparità regionali? *Health Policy*.

- Tabella 10: AGENAS. (2024). *Report nazionale di sintesi dei risultati del monitoraggio DM 77/2022 – II Semestre 2024*. Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali.
- Tabella 11: Cati, M. M. (2023). Il nuovo distretto sanitario: rimodellare l'Italia Sistema sanitario. *Biomedical Journal of Scientific & Technical Research*.
- Tabella 12: Panunzio, M. F., Montagna, M. T., et al. (2026). Riformare l'assistenza territoriale in Italia: Evidenze e insegnamenti tratti dalle esperienze europee. *Annali di Igiene*.
- Tabella 13: Gristina, G. R. (2022). Superare i confini delle competenze per una sanità più equa e sostenibile. Il task shifting tra ostacoli e necessità, tra evidenze e resistenze. *Recenti Progressi in Medicina*.
- Tabella 14: Ansaldi, F., Astengo, M., et al. (2024). Un nuovo modello organizzativo di assistenza sanitaria primaria in Liguria, Italia. Spunti e implicazioni. *Journal of Preventive Medicine and Hygiene*.
- Tabella 15: Gabrielli, E., Schenone, I., et al. (2024). Caratteristiche dei distretti sanitari in Italia e loro implicazioni nelle politiche di assistenza sanitaria primaria: un'analisi delle tendenze socio-demografiche. *Journal of Preventive Medicine and Hygiene*.
- Tabella 16: Milani, C., Uroni, G., et al. (2020). *Bisogni sanitari, comunità e rete nell'assistenza primaria: un programma di ricerca-azione* [Presentazione di conferenza]. World Congress on Public Health.
- Tabella 17: Vainieri, M., Barsanti, S., & Passino, C. (2023). Evaluating the performance of the new community-based care models after the pandemic: The Italian challenge. *Health Policy*.
- Tabella 18: Carini, E., Frisicale, E. M., et al. (2024). Performance measurement systems for digital health and telemedicine in primary care: A systematic framework after DM 77. *BMC Health Services Research*.
- Tabella 19: Damiani, G., Di Pilla, A., et al. (2025). Evaluating the implementation of the National Recovery and Resilience Plan (NRRP) in the Italian NHS:

A performance-based approach on intermediate care. *Journal of Health Services Research & Policy*.

- Tabella 22 (Modelli di Telemonitoraggio ADI): Confindustria Dispositivi Medici. (2022). *Configurazioni modulari per il monitoraggio remoto nell'assistenza domiciliare*.
- Tabella 24: Fantozzi, A., & Gabriele, A. (2025). *Rimodulazione degli Obiettivi PNRR per la Sanità Territoriale*.

