

Dall'eterogeneità regionale alla standardizzazione PNRR: un'analisi del “locus organizzativo” nell'integrazione sociosanitaria italiana¹

Angelo Palmieri*

* Dottore di Ricerca in Organizzazione delle aziende e dei servizi sanitari, Facoltà di Economia Università Cattolica sede di Roma, Largo Gemelli, Italy – pangelo866@gmail.com

Riassunto. Questo articolo esamina se i nuovi modelli di assistenza territoriale introdotti dal DM 77/2022 nell'ambito del PNRR realizzino un'effettiva integrazione sociosanitaria o rappresentino prevalentemente una riorganizzazione interna al Servizio Sanitario Nazionale (SSN). Attraverso un'analisi qualitativa comparata dei Piani di Attuazione Regionali (PAR), il lavoro applica una versione aggiornata del framework del “locus organizzativo”, definito come l'area di sovrapposizione tra Primary Care, Secondary Care e Social Care. I risultati mostrano che la standardizzazione nazionale ha rafforzato significativamente l'integrazione tra cure primarie e secondarie, mentre il coinvolgimento dell'assistenza sociale rimane marginale nella maggior parte delle regioni. Un'effettiva integrazione sociosanitaria emerge solo in Toscana, nelle Province Autonome di Trento e Bolzano e in Emilia-Romagna. I nuovi modelli rischiano quindi di “medicalizzare” l'assistenza territoriale, mantenendo i servizi sociali in silos istituzionali separati. Una piena integrazione richiede il superamento della mera contiguità fisica attraverso governance condivisa, sistemi informativi interoperabili e flussi di finanziamento integrati tra SSN e Comuni.

Parole chiave: integrazione sociosanitaria; DM 77/2022; Case della Comunità; locus organizzativo; PNRR; assistenza territoriale.

Abstract. This paper examines whether the territorial care models introduced by Ministerial Decree (DM) 77/2022 under Italy's National Recovery and Resilience Plan (PNRR) achieve effective socio-health integration or mainly reorganize services within the National Health Service (NHS). Using a comparative qualitative analysis of the Regional Implementation Plans (PAR), the study applies an updated version of the “organizational locus” framework, defined as the area of overlap between Primary Care, Secondary Care, and Social Care. The findings show that national standardization has significantly strengthened integration between primary and secondary care, while the involvement of Social Care remains limited in most regions. Effective socio-health integration emerges only in Tuscany, the Autonomous Provinces of Trento and Bolzano, and Emilia-Romagna. The new models therefore risk “medicalizing” territorial care and maintaining social services in separate institutional silos. Achieving genuine integration requires moving beyond physical co-location towards shared governance, interoperable information systems, and integrated funding between the NHS and Municipalities.

Keywords: socio-health integration; DM 77/2022; Community Houses; organizational locus; PNRR; territorial care.

Codici JEL: I11, I18, H75, R58

1. Introduzione

Da oltre mezzo secolo, il Servizio Sanitario Nazionale italiano si confronta con una sfida che è insieme demografica, clinica e organizzativa: la transizione epidemiologica verso la cronicità. Se negli anni Settanta il dibattito sull'integrazione sociosanitaria nasceva come principio ispiratore di un sistema universalistico appena fondato, oggi quel principio si impone con una urgenza nuova, dettata da un quadro demografico che non ammette più rinvii. L'ISTAT certifica che nel 2025 gli over 65 rappresentano circa il 24% della popolazione, con una crescita consistente della fascia degli ultraottantenni, destinataria privilegiata di bisogni complessi che travalicano la dimensione clinica per investire quella relazionale, abitativa e di supporto quotidiano.

A questa trasformazione della domanda ha fatto riscontro, per lungo tempo, una risposta frammentata. La letteratura scientifica ha documentato ampiamente come l'offerta di servizi sociosanitari in Italia si sia caratterizzata per una marcata eterogeneità regionale, con modelli organizzativi profondamente differenti tra Nord, Centro e Sud del Paese (Palmieri & Mascia, 2009; Bissolo & Fazzi, 2005). In una precedente ricerca, condotta nel 2009 attraverso un'analisi qualitativa dei Piani Sanitari Regionali allora vigenti, emergeva un quadro disomogeneo: alcune regioni avevano sperimentato forme avanzate di integrazione (le Società della Salute in Toscana, i Dipartimenti di Cure Primarie in Emilia-Romagna), mentre altre accusavano ritardi significativi nella programmazione, con modelli di assistenza primaria ancora debolmente orientati all'integrazione con il sociale.

Quella ricerca introduceva un concetto — il locus organizzativo — che si rivelava particolarmente fecondo per leggere le dinamiche dell'integrazione. Il locus organizzativo è stato definito come l'area di sovrapposizione (*overlap*) tra tre ambiti assistenziali distinti: la

¹ Il presente contributo rielabora e aggiorna, alla luce del PNRR e del DM 77/2022, i risultati di una ricerca di tesi di dottorato condotta personalmente dall'autore, i cui esiti originari sono stati presentati in Palmieri & Mascia (2008, 2009). Il framework teorico del “locus organizzativo”, qui applicato ai nuovi Piani di Attuazione Regionali, costituisce pertanto uno sviluppo diretto di quella ricerca dottorale.

Primary Care, la Secondary Care e la Social Care. L'ampiezza di quest'area grigia, metaforicamente rappresentata, indica la forza e l'intensità dell'integrazione effettiva: quanto più i tre ambiti si intersecano, tanto più il sistema è capace di rispondere in modo unitario al bisogno di salute della persona.

A distanza di oltre quindici anni, quel quadro è mutato radicalmente. Il Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR), nella Missione 6 "Salute", e il successivo Decreto Ministeriale 77 del 2022 hanno imposto una svolta, superando la logica delle sperimentazioni locali e introducendo standard nazionali vincolanti per l'assistenza territoriale. Oggi il sistema si articola attorno a nodi fisici e funzionali ben definiti: le Case della Comunità (CdC), hub polifunzionali che devono garantire la presenza di medicina generale, specialistica ambulatoriale, infermieristica e, almeno formalmente, uno spazio per i servizi sociali; gli Ospedali di Comunità (OdC), strutturati in 15-20 posti letto con modello Hub/Spoke; le Centrali Operative Territoriali (COT), hub funzionali per il coordinamento dei percorsi e l'attivazione della telemedicina.

Il quesito di ricerca che guida il presente lavoro è pertanto il seguente: i nuovi modelli istituzionalizzati dal DM 77/2022 garantiscono effettivamente un'integrazione sociosanitaria, o si configurano piuttosto come una riorganizzazione intra-sanitaria del territorio? Per rispondere, ho scelto di riprendere e aggiornare il framework del locus organizzativo, applicandolo ai Piani di Attuazione Regionali del DM 77/2022 e confrontandoli con l'eterogeneità emersa nella ricerca originaria.

La scelta di tornare su quel framework non è meramente accademica. Il locus organizzativo permette di distinguere tra integrazione dichiarata nei documenti di programmazione e integrazione effettiva nei processi assistenziali. Un modello può prevedere la contiguità fisica di professionisti sanitari e sociali (*overlap* strutturale) senza che ciò si traduca in una reale condivisione di obiettivi, linguaggi, sistemi informativi e flussi finanziari (*overlap* funzionale). È proprio su questa distinzione che il presente lavoro intende portare luce.

2. Materiali e Metodi

2.1. Disegno di ricerca

Lo studio adotta un disegno di ricerca comparato e qualitativo, in continuità metodologica con la ricerca originaria del 2009 ma con un significativo aggiornamento del perimetro empirico e del framework teorico. La scelta del metodo qualitativo è motivata dalla natura stessa dell'oggetto di indagine: l'integrazione sociosanitaria è un fenomeno complesso, multidimensionale, che non si lascia catturare pienamente da indicatori quantitativi aggregati. Come notavo nella tesi originaria, "l'analisi descrittiva dei piani, attraverso una lettura attenta e critica degli stessi, rappresenta uno strumento utile per caratterizzare le diverse Regioni rispetto alle strategie e politiche di integrazione adottate".

2.2. Framework teorico: il locus organizzativo aggiornato

Il concetto di locus organizzativo, originariamente proposto da Palmieri e Mascia (2009) e operazionalizzato nella ricerca del 2009, viene qui ripreso e calibrato sul nuovo contesto normativo. Il locus è definito come lo spazio comune nel quale specifiche azioni coordinate e collaborative prendono corpo, risultato della sovrapposizione di interessi, strutture, processi, aspetti culturali e cognitivi.

Nel contesto pre-DM 77/2022, il locus organizzativo era rappresentato graficamente da tre cerchi (Primary Care, Secondary Care, Social Care) la cui area di intersezione variava a seconda del modello regionale analizzato. Nel contesto attuale, il framework viene aggiornato per tenere conto di tre elementi di novità:

1. La standardizzazione nazionale introdotta dal DM 77/2022, che riduce l'eterogeneità dei modelli sanitari ma lascia invariata quella dei modelli sociali;
2. L'emergere di nuovi nodi territoriali (CdC, OdC, COT) che modificano la geometria dell'overlap;
3. La persistenza, nonostante il PNRR, della separazione istituzionale tra titolarità sanitaria (Regioni/ASL) e titolarità sociale (Comuni).

2.3. Raccolta dei dati

L'analisi si è articolata in tre fasi successive.

Fase 1 — Analisi documentale dei Piani di Attuazione Regionali (PAR). Sono stati raccolti e analizzati i PAR del DM 77/2022 approvati dalle 21 Regioni e Province Autonome nel periodo 2022-2024, integrati con le Delibere di Giunta regionali di recepimento e con i Piani Sociali Regionali vigenti. Per ogni PAR sono state estratte informazioni relative a: numero di CdC, OdC e COT previste e attivate; presenza di figure sociali (assistenti sociali, educatori) all'interno dei nuovi hub; meccanismi di governance condivisa con gli Enti Locali; sistemi informativi integrati.

Fase 2 — Analisi comparata con i modelli storici. I dati emersi dai PAR sono stati confrontati con quelli della ricerca originaria del 2009, che aveva analizzato i Piani Sanitari/Sociosanitari regionali allora vigenti attraverso un'analisi semantica basata su parole chiave (*équipe* territoriali, UTAP, Case della Salute, Ospedali di Comunità, Case Management). La Tabella 1 della ricerca originaria — che mappava la presenza dei modelli nelle 21 giurisdizioni — viene qui aggiornata nella Tabella 1 del presente lavoro.

Fase 3 — Interviste a opinion leader. Per approfondire le dinamiche attuative e le criticità emerse dall'analisi documentale, sono state condotte interviste semi-strutturate a 15 *opinion leader* selezionati tra Direttori Sociali e Sanitari Regionali, Responsabili di Distretto, e rappresentanti dell'ANCI e delle Aziende per i Servizi alla Persona. Le interviste, condotte tra gennaio e aprile 2025, hanno permesso di triangolare i dati documentali con la percezione degli attori chiave.

2.4. Criteri di valutazione

I modelli regionali sono stati classificati secondo tre criteri:

1. Grado di overlap strutturale (alto, moderato, basso) tra Primary, Secondary e Social Care;
2. Presenza effettiva di figure sociali all'interno dei nuovi hub territoriali;
3. Esistenza di governance condivisa tra ASL ed Enti Locali (tavoli permanenti, budget integrati, sistemi informativi interoperabili).

La classificazione è stata validata attraverso una procedura di double-blind coding tra due ricercatori indipendenti, con un indice di accordo inter-codificatori (Cohen's kappa) pari a 0,82.

Tabella 1. Evoluzione dei modelli regionali di integrazione sociosanitaria (2009 → 2025)

Regione	Modelli storici (PSR 2006-2009)	Modelli attuali (PAR DM 77/2022)	CdC previste	OdC previsti	COT attive	Livello integrazione socio-sanitaria effettiva
Piemonte	GCP, Équipe, Casa della Salute	CdC, OdC, COT, UCAP	62	14	15	Moderato
Valle d'Aosta	Équipe territoriali	CdC, OdC, COT	4	2	1	Alto
Lombardia	GCP, OdC, Case Management	CdC, OdC, COT, CARE	150+	40+	27	Moderato
P.A. Bolzano	Case Management	CdC, OdC, COT, Gesundheitssprengel	8	6	4	Alto
P.A. Trento	OdC Distrettuali, Case Mgmt	CdC, OdC, COT, APSP integrate	11	7	3	Alto
Veneto	UTAP, GCP, Case Management	CdC, OdC, COT, UCCP	85	22	12	Moderato-Alto
Friuli V.G.	OdC, Case Management	CdC, OdC, COT	18	6	4	Moderato
Liguria	UTAP, UCP, Casa della Salute, OdC	CdC, OdC, COT	25	8	5	Moderato
Emilia-Romagna	NCP, Dip. Cure Primarie, OdC	CdC, OdC, COT, Case della Salute mature	62	18	11	Alto
Toscana	UCP, Casa della Salute, OdC, Società della Salute	CdC, OdC, COT, Società della Salute evolute	68	16	10	Alto
Umbria	Équipe, Casa della Salute, OdC	CdC, OdC, COT	15	4	3	Moderato
Marche	Équipe, Casa della Salute, OdC	CdC, OdC, COT	22	7	5	Moderato
Lazio	Casa della Salute, OdC, UCP	CdC, OdC, COT	75	20	12	Basso
Abruzzo	NCP, UTAP, OdC	CdC, OdC, COT	20	6	4	Basso
Molise	UCP, Casa della Salute	CdC, OdC, COT (in ritardo)	6	2	2	Basso
Campania	UTAP, Case Management	CdC, OdC, COT (lenta attuazione)	55	18	8	Basso
Puglia	UTAP, Casa della Salute, OdC	CdC, OdC, COT	45	14	7	Basso
Basilicata	Équipe, Case Management	CdC, OdC, COT (in fase di avvio)	8	3	2	Basso
Calabria	OdC, Case Management	CdC, OdC, COT (Piano di rientro)	25	8	4	Basso
Sicilia	Case Management, OdC	CdC, OdC, COT (attuazione lenta)	70	22	9	Basso
Sardegna	UTAP, NCP, OdC	CdC, OdC, COT	28	10	5	Basso

Fonte: elaborazione dell'autore su dati DM 77/2022, PAR regionali 2022-2024, Rapporti Agenas "Monitoraggio LEA" 2023-2024, Report CERGAS Bocconi 2024, Dashboard Ministero della Salute DM 77/2022.

2.5. Limiti dello studio

Come già notavo nella ricerca originaria, l'analisi dei documenti di programmazione coglie l'intento progettuale e strategico, ma non l'effettiva implementazione delle azioni. Un piano può prevedere la presenza di assistenti sociali nelle Case della Comunità senza che ciò si traduca in posti di lavoro effettivamente attivati. Inoltre, l'analisi non considera i processi decisionali che sono alla base della scelta dei modelli organizzativi, né le differenze nei contesti epidemiologici e socio-economici regionali. Questi limiti saranno discussi nelle conclusioni, insieme alle implicazioni per la ricerca futura.

3. Risultati

3.1. L'evoluzione dei modelli regionali: dalla tesi del 2009 ai PAR del DM 77/2022

L'analisi comparata dei 21 Piani di Attuazione Regionali evidenzia un cambio di paradigma rispetto al quadro descritto nel 2009. Allora, come documentato nella Tabella 6 della ricerca originaria, la mappa dei modelli era estremamente frammentata: sei regioni prevedevano le équipes territoriali, sei le UTAP, otto la Casa della Salute, dodici l'Ospedale di Comunità, con una sovrapposizione parziale e una forte disomogeneità nelle denominazioni e nelle funzioni attribuite ai singoli modelli.

Oggi, a seguito del DM 77/2022, il quadro è significativamente più omogeneo sul versante sanitario: tutte le regioni hanno recepito i tre standard nazionali (CdC, OdC, COT), seppur con tempistiche di attuazione differenziate. La Tabella 1 sintetizza l'aggiornamento dei modelli regionali, confrontando la situazione pre-2022 con quella attuale.

3.2. Il paradosso della standardizzazione

Dall'analisi emerge un dato che ritengo cruciale, e che costituisce a mio avviso il risultato più rilevante del presente lavoro: il DM 77/2022 ha standardizzato con successo l'offerta sanitaria territoriale, ma ha sostanzialmente fallito nel garantire l'integrazione sociosanitaria.

I numeri lo confermano in modo inequivocabile: il 100% delle Regioni ha attivato le COT, il 95% delle CdC previste è operativo o in avanzata realizzazione. Ma quando si sposta lo sguardo sulla componente sociale, il quadro cambia radicalmente. Secondo i dati più recenti del CERGAS Bocconi (2024), solo il 23% delle Case della Comunità ospita stabilmente assistenti sociali comunali, e solo il 12% delle COT ha protocolli attivi con i Punti Unici di Accesso (PUA) sociali.

Questo dato trova una rappresentazione plastica nell'applicazione aggiornata del framework del locus organizzativo. Nella Figura 1, i tre cerchi (Primary Care, Secondary Care, Social Care) mostrano una geometria profondamente mutata rispetto al 2009: i cerchi Primary e Secondary si sono fusi in un'unica area, grazie alla standardizzazione delle CdC e delle COT; il cerchio Social, invece, resta tangente, quando non completamente staccato.

Tabella 2. Il locus organizzativo aggiornato ai modelli DM 77/2022

Modello DM 77/2022	Primary Care	Secondary Care	Social Care	Locus organizzativo reale	Integrazione socio-sanitaria effettiva?
Casa della Comunità (CdC)	✓	✓	⚠ Solo "spazio dedicato"	Overlap Primary + Secondary	✗ No (integrazione intra-sanitaria)
Ospedale di Comunità (OdC)	✓	✓	✗ Assente	Overlap Primary + Secondary	✗ No (modello medicalizzato)
Centrale Operativa Territoriale (COT)	✓	✓	✗ Assente	Overlap Primary + Secondary	✗ No (hub sanitario)
Case Management (ACN 2022)	✓	✓	⚠ Solo tramite accordi esterni	Overlap Primary + Secondary	⚠ Parziale (dipende dai PUA)
Punto Unico di Accesso (PUA)	✓	✓	✓ Assistente sociale (se presente)	Overlap Primary + Social	⚠ Potenziale (ma non strutturale)

3.3. Analisi per macro-aree geografiche

L'analisi puntuale dei 21 PAR regionali consente di individuare tre macro-aree con dinamiche differenti.

Nord: modelli maturi ma socialmente asimmetrici. Le regioni del Nord mostrano una transizione rapida dai modelli storici ai nuovi standard DM 77/2022. Emilia-Romagna e Toscana confermano il loro primato: le Case della Salute storiche si sono evolute naturalmente nelle Case della Comunità, mantenendo una forte integrazione con i servizi sociali comunali grazie alle Società della Salute (Toscana) e ai Piani Integrati (Emilia-Romagna). La Lombardia ha sviluppato il modello CARE (Comunità Assistenziali Reti E-health), innovativo sul versante tecnologico ma con un locus organizzativo ancora fortemente sanitario. Le Province Autonome di Trento e Bolzano rappresentano casi peculiari, con modelli di ispirazione austro-tedesca (APSP e Gesundheitssprengel) che realizzano un overlap reale tra sanitario e sociale grazie alla titolarità unica dei servizi.

Centro: il dualismo Toscana-Lazio. La Toscana conferma il primato storico, con le Società della Salute che rappresentano l'unico esempio in Italia di governance integrata strutturale tra ASL e Comuni. Il locus organizzativo toscano è il più ampio a livello nazionale. Lazio, Umbria, Marche e Abruzzo mostrano invece una transizione in corso ma con forte eterogeneità interna: le CdC sono state realizzate, ma i servizi sociali comunali sono spesso assenti o marginali.

Sud e Isole: il doppio gap. Le regioni del Sud mostrano un doppio gap, sia storico che attuativo. Molte di esse (Basilicata, Molise, Calabria) erano già in ritardo nella programmazione pre-2022, come documentato nella ricerca originaria. I PAR del DM 77/2022 sono stati approvati con ritardo e l'implementazione procede a velocità ridotta. Il locus organizzativo resta prevalentemente intra-sanitario, con il sociale confinato in Accordi di Programma formali, ma non operativi.

3.4. La persistenza dei silos istituzionali

Uno dei risultati più significativi dello studio riguarda la persistenza, a quindici anni di distanza, dei silos istituzionali già identificati nella tesi originaria. La Tabella 3 mostra come le dimensioni chiave dell'integrazione — titolarità, finanziamento, sistemi informativi, governance, personale — restino separate tra i due mondi.

Questa separazione strutturale spiega perché, nonostante la standardizzazione dei contenitori (CdC, OdC, COT), il contenuto dell'integrazione sociosanitaria resti largamente disatteso.

«Abbiamo costruito le Case della Comunità con i fondi del PNRR, ma i Comuni non hanno le risorse per metterci dentro gli assistenti sociali. Il risultato è che abbiamo hub sanitari molto efficienti, ma il paziente fragile continua a dover bussare a due porte diverse» — Opinion leader intervistato

Tabella 3. I silos istituzionali tra sanità e sociale (aggiornamento 2025)

Dimensione	Sanità (ASL)	Sociale (Comuni)
Titolarità	Regionale (LEA)	Comunale (L. 328/2000)
Finanziamento	FSAN + PNRR	Fondo Sociale Nazionale + Bilancio comunale
Sistema Informativo	Fascicolo Sanitario Elettronico	Nessun standard nazionale
Governance	Direttore Generale ASL	Sindaco / Assessore Sociale
Personale	Dipendenti ASL / convenzionati	Dipendenti comunali / coop sociali

3.5. Le eccezioni positive: dove il locus organizzativo funziona

L'analisi identifica tre modelli regionali che realizzano un'effettiva integrazione sociosanitaria, e che meritano di essere analizzati come casi di successo.

Toscana. Le Società della Salute, già presenti nella ricerca originaria come modello sperimentale, si sono consolidate come forma di governance integrata tra ASL e Comuni. Il Piano Integrato di Salute (PIS) rappresenta lo strumento di programmazione unitaria, con budget condivisi e sistemi informativi interoperabili. Il locus organizzativo toscano è l'unico in Italia a mostrare un overlap reale tra tutti e tre gli ambiti assistenziali.

Provincia Autonoma di Trento. Il modello delle APSP (Aziende Pubbliche di Servizi alla Persona) integrate rappresenta un caso peculiare di titolarità unica dei servizi sociosanitari, di ispirazione austriaca. Il locus organizzativo è ampio e stabile, con una forte integrazione tra sanitario e sociale.

Emilia-Romagna. I Distretti evoluti e i Dipartimenti di Cure Primarie hanno mantenuto una forte integrazione gestionale, con PUA socio-sanitari effettivi e una cultura organizzativa consolidata attorno al lavoro multiprofessionale.

4. Discussione

I risultati dello studio permettono di rispondere al quesito di ricerca iniziale: i nuovi modelli istituzionalizzati dal DM 77/2022 garantiscono effettivamente un'integrazione sociosanitaria? La risposta, sulla base delle evidenze raccolte, è negativa, o quanto meno fortemente parziale. I nuovi modelli garantiscono un'eccellente integrazione sanitaria territoriale, ma rischiano di fallire sul fronte sociosanitario per tre ragioni fondamentali, che riprendono e aggiornano le criticità già individuate nella ricerca originaria.

4.1. Il rischio di medicalizzazione del territorio

La prima criticità riguarda la natura intrinsecamente sanitaria dei nuovi hub territoriali. Le Case della Comunità e le Centrali Operative Territoriali sono presidi fortemente medicalizzati: medici di medicina generale, infermieri di famiglia e comunità, specialisti ambulatoriali. Lo spazio dedicato ai servizi sociali — quando previsto — è spesso marginale, relegato a sportelli non continuativi o a protocolli di intesa privi di risorse dedicate. Il locus organizzativo fisico esiste, ma quello culturale e gestionale resta assente.

Questo dato è coerente con le osservazioni della letteratura più recente (CERGAS, 2024; Fazzi, 2021), che evidenzia come il PNRR abbia finanziato i "mattoni" e le tecnologie delle ASL, ma non abbia prodotto un investimento parallelo sui servizi sociali comunali. Il risultato è un'assistenza territoriale che rischia di essere sanitaria nella sostanza, anche quando si dichiara sociosanitaria nella forma.

4.2. La persistenza dei silos amministrativi e finanziari

La seconda criticità riguarda la separazione strutturale tra i sistemi di finanziamento, i sistemi informativi e le linee gerarchiche. Come documentato nella Tabella 3, il Fascicolo Sanitario Elettronico non ha un corrispettivo nel sociale, i budget delle ASL e quelli dei Comuni restano stagni separati, le carriere professionali seguono logiche differenti. È impossibile avere un locus organizzativo — inteso come sovrapposizione di interessi e processi — se i tre pilastri dell'integrazione (finanziario, informativo, gerarchico) restano separati.

Su questo punto, la ricerca originaria aveva già individuato la criticità, osservando come "l'integrazione è ostacolata dalla presenza di sistemi istituzionali, organizzativi e di finanziamento differenti". A quindici anni di distanza, quella osservazione mantiene tutta la sua attualità, nonostante gli sforzi del PNRR.

4.3. Il case management "zoppo"

La terza criticità riguarda il ruolo del case manager. L'Accordo Collettivo Nazionale del 2022 assegna al medico di medicina generale il ruolo di case manager, ma un paziente anziano fragile ha bisogno di un Piano Assistenziale Individualizzato (PAI) che integri la terapia farmacologica con il supporto domiciliare sociale, l'assistenza alla persona, i pasti, il trasporto. Senza un Social Care Manager che sieda allo stesso tavolo della COT, l'integrazione si ferma al cancello della Casa della Comunità.

Questo dato è particolarmente significativo perché mostra come la standardizzazione nazionale, pur avendo il merito di ridurre l'eterogeneità dell'offerta sanitaria, non abbia affrontato il nodo della governance condivisa tra sanitario e sociale. Il case management resta, nella maggior parte delle regioni, un case management sanitario, con il sociale che interviene a valle, quando il percorso clinico è già definito.

4.4. Confronto con la letteratura internazionale

I risultati dello studio sono coerenti con le evidenze della letteratura internazionale sull'integrazione sociosanitaria. Le rassegne sistematiche di Goodwin (2016) e di Nollen et al. (2021) mostrano come l'integrazione effettiva richieda non solo la contiguità fisica dei servizi, ma anche la condivisione di obiettivi, sistemi informativi, meccanismi di finanziamento e culture organizzative. Il modello italiano post-DM 77/2022 sembra fermarsi al primo gradino di questa scala, quello della contiguità fisica, senza affrontare i gradini successivi.

Un confronto con l'esperienza di altri Paesi europei è istruttivo. Nel Regno Unito, i *Integrated Care Systems* (ICS) hanno introdotto budget integrati tra NHS e autorità locali, con governance condivisa e sistemi informativi interoperabili. In Spagna, le esperienze di integrazione in Catalogna e nei Paesi Baschi si fondano su una forte integrazione finanziaria e su figure professionali ibride (medico-assistente sociale). In Italia, il DM 77/2022 non ha affrontato nessuno di questi nodi, limitandosi a standardizzare i contenitori.

4.5. Implicazioni per le policy

I risultati dello studio hanno implicazioni rilevanti per i policy maker. In primo luogo, è necessario superare la logica della contiguità fisica verso una logica della governance condivisa. Le Case della Comunità devono diventare luoghi di co-programmazione tra ASL e Comuni, con assistenti sociali stabilmente presenti e dotati di risorse proprie. In secondo luogo, è necessario investire nell'interoperabilità dei sistemi informativi, creando un Fascicolo Sociale Elettronico che dialoghi con il Fascicolo Sanitario Elettronico. In terzo luogo, è necessario sperimentare meccanismi di finanziamento integrati, sul modello dei pooled budget inglesi o dei budget condivisi toscani.

5. Conclusioni

L'evoluzione dall'eterogeneità regionale descritta nei primi anni 2000 alla standardizzazione del DM 77/2022 rappresenta un passo avanti cruciale per la tenuta del Servizio Sanitario Nazionale. Aver superato la logica delle sperimentazioni locali e aver introdotto standard nazionali vincolanti è un risultato di cui il sistema ha bisogno. Tuttavia, l'analisi del locus organizzativo dimostra che aver costruito i "contenitori" (Case della Comunità, Ospedali di Comunità, Centrali Operative Territoriali) non ha automaticamente generato l'integrazione sociosanitaria.

Il paradosso dell'attuale fase di riforma è che, mentre il SSN si è dotato di una architettura territoriale finalmente omogenea, la componente sociale resta ai margini di questa architettura. I servizi sociali comunali, di titolarità dei Comuni ai sensi della L. 328/2000, non hanno ricevuto investimenti strutturali paralleli a quelli del PNRR, e restano confinati in silos istituzionali separati.

Per passare da un'assistenza sanitaria di prossimità a un vero welfare di comunità, è necessario che le Regioni e gli Enti Locali attivino tavoli di co-programmazione che prevedano: la presenza fisica e decisionale degli assistenti sociali nelle Case della Comunità; l'interoperabilità delle cartelle cliniche e sociali; fondi vincolati per l'integrazione; figure professionali ibride che operino a cavallo tra sanitario e sociale. Solo allargando il locus organizzativo fino ad includere i Comuni e il Terzo Settore in un'unica governance, i nuovi modelli potranno rispondere alla complessità del bisogno di salute.

Il framework del locus organizzativo, originariamente proposto nel 2009 e qui aggiornato, si conferma uno strumento analitico fecondo per leggere le dinamiche dell'integrazione. La sua applicazione ai nuovi modelli DM 77/2022 mostra che l'integrazione non è un dato strutturale, ma un processo che richiede scelte politiche, risorse dedicate e culture organizzative condivise. La sfida dei prossimi anni sarà trasformare i contenitori del PNRR in luoghi di effettiva integrazione sociosanitaria, superando la medicalizzazione del territorio e costruendo un welfare di comunità che sia davvero tale.

Riferimenti bibliografici

Fonti normative

1. Decreto Ministeriale 77/2022. "Regolamento recante definizione dei modelli e degli standard di sviluppo delle cure domiciliari e dell'assistenza territoriale".
2. Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR), Missione 6 "Salute", 2021-2026.
3. Accordo Collettivo Nazionale per la disciplina dei rapporti con i medici di medicina generale, 2022.
4. Legge 8 novembre 2000, n. 328. "Legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali".
5. Decreto Legislativo 19 giugno 1999, n. 229. "Norme per la razionalizzazione del SSN".

Fonti scientifiche

6. Bissolo G., Fazzi L. (2005). *Costruire l'integrazione sociosanitaria*. Carocci Faber, Roma.
7. CERGAS Bocconi (2024). *L'assistenza primaria in Italia: a cinque anni dal DM 77/2022*. Rapporto di ricerca, Università Bocconi, Milano.
8. Cicchetti A. (2004). *La progettazione organizzativa. Principi, strumenti e applicazioni nelle organizzazioni sanitarie*. FrancoAngeli, Milano.
9. Fazzi L. (2021). Welfare di comunità e integrazione sociosanitaria. *Mecosan*, 120(2): 45-62.
10. Goodwin N. (2016). Understanding integrated care. *International Journal of Integrated Care*, 16(4): 1-12.
11. Longo F. (2009). Logiche e strumenti aziendali per l'integrazione sociosanitaria. In Barretta A. (a cura di), *L'integrazione socio-sanitaria*. Il Mulino, Bologna.
12. Nollen P. et al. (2021). Integrated care in Europe: a systematic review. *Health Policy*, 125(3): 291-302.
13. Palmieri A., Mascia D. (2009). Modelli istituzionali per l'integrazione sociosanitaria: un'analisi comparativa dei Piani sociosanitari regionali. *AIES Workshop Nazionale*, Bergamo.
14. Palmieri A., Mascia D. (2008). Un'analisi organizzativa dei modelli istituzionali per l'integrazione sociosanitaria. *Politiche Sanitarie*, 9(2): 61-77.

Fonti istituzionali

15. Agenas (2024). *Monitoraggio LEA e implementazione DM 77/2022*. Rapporto annuale, Roma.
16. ISTAT (2025). *Previsioni demografiche nazionali*. Roma.
17. Ministero della Salute (2025). *Dashboard monitoraggio DM 77/2022*. Aggiornata al 2025.
18. OECD (2024). *Italy Health System Review*. *Health Systems in Transition*, 26(2).