



Le Case della Comunità

**Nota informativa sintetica sull'attuazione del PNRR
(Missione 6) e del DM 77/2022 con focus sulla Regione
Veneto**



Giugno 2026



San Marco 2322
Palazzo Ferro Fini
30124 Venezia

+39 041 2701222 *tel*
sari@consiglioveneto.it
www.consiglioveneto.it

A cura del Servizio Attività e Rapporti Istituzionali del Consiglio Regionale
del Veneto – Area Studi e Ricerche

INDICE

1. IL QUADRO GENERALE: LA RIFORMA DELL'ASSISTENZA TERRITORIALE PNRR E DM 77/2022 .	4
2. IL MODELLO ORGANIZZATIVO DELLE CDC (DM 77/2022)	5
3. L'IMPLEMENTAZIONE DELLE CDC IN VENETO	10
4. SPUNTI BIBLIOGRAFICI	16

1. Il quadro generale: la riforma dell'assistenza territoriale PNRR e DM 77/2022

Le Case della Comunità (CdC) sono **strutture sanitarie territoriali introdotte in Italia con il Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR)**, con l'obiettivo di avvicinare i servizi ai cittadini, garantendo cure accessibili, continue e coordinate sul territorio. Sono pensate come punti di riferimento locali per la salute, offrendo assistenza di base (medici di famiglia, infermieri e specialisti), integrando servizi sanitari e sociali e contribuendo a ridurre il ricorso improprio alle strutture ospedaliere.

Rappresentano **uno degli interventi cardine del PNRR per il rafforzamento dell'assistenza sanitaria territoriale** e si inseriscono nella **Missione 6 – Salute**, articolata in due componenti principali:

- **componente 1 “Reti di prossimità, strutture intermedie e telemedicina per l'assistenza territoriale”** - mira a rafforzare l'assistenza sanitaria di prossimità (in cui rientra la linea di investimento 1.1: *Case della Comunità e presa in carico della persona*);
- **componente 2 “Innovazione, ricerca e digitalizzazione del Servizio sanitario nazionale”** - finalizzata al rafforzamento strutturale e tecnologico del SSN.

La riforma dell'assistenza territoriale nella Missione 6 Componente 1 (M6C1) del PNRR definisce un nuovo modello organizzativo della sanità italiana, con l'obiettivo di spostare il baricentro delle cure dall'ospedale al territorio, garantendo standard omogenei in tutte le regioni.

La riforma trova la propria principale attuazione nel [Decreto del Ministero della Salute 23 maggio 2022, n. 77](#), recante il **"Regolamento recante la definizione di modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nel Servizio sanitario nazionale"**.

Il DM 77/2022 ridefinisce l'assetto dell'assistenza territoriale, individuando le strutture che compongono la rete dei servizi di prossimità, le relative funzioni, gli standard organizzativi e i criteri di distribuzione sul territorio. Il modello delineato dal decreto è fondato sull'integrazione tra professionisti, servizi e livelli di assistenza, al fine di garantire la continuità della presa in carico del paziente.

A tal fine, il decreto disciplina l'organizzazione e il funzionamento delle principali articolazioni della rete territoriale, definendo gli standard minimi di personale, le modalità di erogazione delle prestazioni e gli orari di apertura delle strutture, con l'obiettivo di assicurare livelli uniformi di assistenza sull'intero territorio nazionale.

Nell'ambito di questa riforma assumono particolare rilievo le Case della Comunità, gli Ospedali di Comunità, le Centrali Operative Territoriali, l'assistenza domiciliare e gli strumenti di telemedicina, concepiti per operare in modo coordinato lungo il percorso assistenziale della persona. Di seguito si illustrano i principali istituti previsti dal DM 77/2022, evidenziandone natura, funzioni e rilevanza strategica.

Tabella 1 – Principali strutture e servizi della rete di assistenza territoriale delineata dal DM 77/2022

Principali istituti previsti dal DM 77/2022			
Sigla	Nome	Descrizione	Ruolo politico e strategico
CdC	Casa della Comunità	Luogo fisico e pubblico aperto ai cittadini per l'intera gamma dei bisogni sanitari e sociali di base.	È il baricentro del territorio. Serve a filtrare gli accessi impropri nei Pronto Soccorso per i codici minori.
COT	Centrale Operativa Territoriale	Cabina di regia tecnologica (non aperta al pubblico) che coordina i servizi e i professionisti coinvolti nei percorsi di cura.	Assicura la continuità logistica nel passaggio del paziente tra ospedale, strutture territoriali e domicilio.
OdC	Ospedale di Comunità	Struttura sanitaria residenziale a breve termine (massimo 30 giorni) dotata di pochi posti letto (15–20).	Accoglie i pazienti che non necessitano di cure per acuti in ospedale, ma che sono troppo fragili per essere assistiti a casa.
ADI	Assistenza Domiciliare Integrata	Servizio di cure (mediche, infermieristiche, riabilitative) erogato direttamente a casa del paziente.	Stabilizza il paziente cronico nel proprio ambiente di vita, riducendo l'istituzionalizzazione e l'uso di posti letto.

2. Il modello organizzativo delle CdC (DM 77/2022)

Il Decreto Ministeriale 77/2022, che definisce gli standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nel Servizio Sanitario Nazionale, prevede una diffusione capillare delle Case della Comunità (CdC) sull'intero territorio nazionale. Il modello organizzativo è strutturato secondo una logica "Hub e Spoke" (letteralmente, perno e raggi), finalizzata a garantire prossimità, continuità assistenziale ed equità di accesso ai servizi sanitari e sociosanitari.

La rete delle Case della Comunità si articola su due livelli organizzativi:

- **Casa della Comunità Hub: rappresenta il nodo principale della rete territoriale e costituisce il punto di riferimento per un bacino di circa 40.000-50.000 abitanti.** È dotata di un'offerta assistenziale completa e assicura la presenza integrata dei professionisti sanitari e sociali necessari alla presa in carico della popolazione.
- **Casa della Comunità Spoke:** strutture sussidiarie che includono gli studi dei medici di Medicina Generale (MMG) e dei pediatri di Libera Scelta (PLS), con la funzione di garantire la prossimità dei servizi e l'equità di accesso anche nelle aree interne, rurali o montane.

La differenziazione tra Hub e Spoke riguarda anche gli standard di apertura e di continuità assistenziale.

Le CdC Hub devono garantire la presenza medica per 24 ore al giorno, sette giorni su sette, mentre nelle strutture Spoke la presenza medica è prevista per almeno 12 ore al giorno, sei giorni su sette.

Analogamente, **l'assistenza infermieristica deve essere assicurata per almeno 12 ore al giorno, sette giorni su sette nelle strutture Hub e sei giorni su sette nelle strutture Spoke**, anche attraverso ambulatori infermieristici ad accesso diretto senza necessità di prenotazione.

Per quanto riguarda la dotazione professionale, il DM 77/2022 individua per ciascuna Casa della Comunità Hub uno standard minimo di personale costituito da 7-11 infermieri, comprensivi degli infermieri di Famiglia e di Comunità, un assistente sociale dedicato all'integrazione con i servizi territoriali comunali e 5-8 unità di personale di supporto con funzioni sociosanitarie e amministrative. A tali figure si affianca la presenza dei medici di Medicina Generale, dei pediatri di libera scelta e degli specialisti ambulatoriali, secondo modalità organizzative integrate.

L'attività della Casa della Comunità si sviluppa attorno a quattro funzioni principali:

- **accesso e accoglienza del cittadino attraverso il Punto Unico di Accesso (PUA)**, comprendendo anche servizi amministrativi quali CUP e scelta o revoca del medico;
- **erogazione delle cure primarie e delle prestazioni specialistiche ambulatoriali**, con particolare attenzione alla gestione delle patologie croniche ad alta prevalenza e al supporto diagnostico di primo livello;
- **integrazione sociosanitaria e coordinamento con i servizi territoriali**, inclusa la collaborazione con le farmacie di comunità;
- **attività di prevenzione e promozione della salute** attraverso campagne vaccinali, programmi di screening, educazione sanitaria e iniziative di partecipazione della comunità.

Tabella dei servizi standard previsti da DM 77/2022 per CdC HUB e CdC Spoke

Servizi	Casa della Comunità Hub	Casa della Comunità Spoke
Servizi di cure primarie erogati attraverso équipe multiprofessionali (MMG, PLS, SAI, IFoC, ecc.)	OBBLIGATORIO	
Punto Unico di Accesso (PUA)	OBBLIGATORIO	
Servizio di assistenza domiciliare	OBBLIGATORIO	
Servizi di specialistica ambulatoriale per le patologie ad elevata prevalenza	OBBLIGATORIO	
Servizi infermieristici	OBBLIGATORIO	

Servizi	Casa della Comunità Hub	Casa della Comunità Spoke
Sistema integrato di prenotazione collegato al CUP aziendale	OBBLIGATORIO	
Integrazione con i Servizi Sociali	OBBLIGATORIO	
Partecipazione della Comunità e valorizzazione della co-produzione	OBBLIGATORIO	
Collegamento con la Casa della Comunità Hub di riferimento	—	OBBLIGATORIO
Presenza medica	OBBLIGATORIO H24, 7/7 gg	OBBLIGATORIO H12, 6/7 gg
Presenza infermieristica	OBBLIGATORIO H12, 7/7 gg FORTEMENTE RACCOMANDATO H24, 7/7 gg	OBBLIGATORIO H12, 6/7 gg
Servizi diagnostici di base	OBBLIGATORIO	FACOLTATIVO
Continuità assistenziale	OBBLIGATORIO	FACOLTATIVO
Punto prelievi	OBBLIGATORIO	FACOLTATIVO
Attività consultoriali e attività rivolte ai minori	FACOLTATIVO	
Interventi di salute pubblica (incluse vaccinazioni fascia 0-18 anni)	FACOLTATIVO	
Programmi di screening	FACOLTATIVO	
Servizi per la salute mentale, le dipendenze patologiche e la neuropsichiatria infantile e dell'adolescenza	RACCOMANDATO	
Medicina dello sport	RACCOMANDATO	

Coordinamento della CdC con i servizi territoriali (DM 77/2022, all. 1)

Le Case della Comunità (CdC) rappresentano il nodo centrale della rete dei servizi territoriali sotto la direzione del Distretto. La loro funzione strategica si esprime su tre livelli: nel **governo della domanda**, attraverso attività di sanità di iniziativa, presa in carico, accesso unitario e orientamento dei cittadini ai servizi; nell'**organizzazione dell'offerta**, mediante il lavoro multiprofessionale e l'integrazione tra servizi sanitari e sociali; nella **governance**, favorendo il coinvolgimento attivo della comunità e dei pazienti nei processi assistenziali.

Per svolgere efficacemente questo ruolo, le CdC operano attraverso un sistema di coordinamento strutturato su quattro reti complementari:

- **Rete intra-CdC**, che integra i professionisti e le forme associative presenti all'interno della struttura o ad essa funzionalmente collegate;

- **Rete inter-CdC**, che connette le CdC Hub e Spoke per coniugare prossimità territoriale, accessibilità dei servizi e concentrazione delle competenze specialistiche;
- **Rete territoriale**, che collega la CdC agli altri servizi sanitari e sociosanitari del territorio, tra cui assistenza domiciliare, specialistica ambulatoriale, Ospedali di Comunità, RSA, hospice, consultori, servizi per la salute mentale, dipendenze e disabilità;
- **Rete territoriale integrata**, che garantisce il raccordo con l'attività ospedaliera e specialistica attraverso percorsi condivisi, favorendo la continuità assistenziale e la gestione integrata dei pazienti cronici complessi.

Il coordinamento di queste reti è affidato alla **Centrale Operativa Territoriale (COT)**, che svolge una funzione di raccordo tra professionisti, servizi e strutture, assicurando la continuità dei percorsi assistenziali e l'integrazione tra i diversi livelli di cura.

3. Il quadro finanziario del PNRR e il monitoraggio nazionale

Per la realizzazione del M6C1I1.1 Missione 6, Componente 1 Investimento 1.1 - Case della Comunità, il Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR) ha stanziato **2 miliardi di euro**, finanziati attraverso il programma europeo Next Generation EU. Il Ministero della Salute riveste il ruolo di amministrazione titolare dell'investimento, mentre l'attuazione degli interventi è affidata alle regioni, alle province autonome e alle aziende sanitarie locali.

A seguito della revisione del PNRR proposta dal Governo italiano nel 2023 e approvata dalla Commissione europea il 24 novembre 2023, successivamente recepita dal Consiglio dell'Unione Europea con la [Decisione di esecuzione dell'8 dicembre 2023 \(Council Implementing Decision\)](#), il **target relativo alle Case della Comunità è stato rimodulato da 1.350 a 1.038 strutture da realizzare entro giugno 2026** per far fronte all'aumento generalizzato dei costi delle materie prime nel settore delle costruzioni, stimato dal Ministero della Salute intorno al 30%.

Per evitare una contrazione degli interventi programmati sul territorio, il Governo italiano ha previsto il **finanziamento delle strutture escluse dal conteggio europeo mediante risorse nazionali aggiuntive, in particolare attraverso i fondi per l'edilizia sanitaria di cui all'art. 20 della Legge n. 67/1988**. Resta tuttavia fermo che l'unico obiettivo giuridicamente vincolante nei confronti delle istituzioni europee riguarda il completamento e la rendicontazione delle 1.038 strutture incluse nel target PNRR.

Il monitoraggio dell'attuazione delle Case della Comunità coinvolge diversi soggetti istituzionali. Il Ministero della Salute coordina e verifica il raggiungimento degli obiettivi previsti dal PNRR, mentre [AGENAS \(Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali\)](#) raccoglie i dati trasmessi dalle regioni e monitora l'avanzamento degli interventi.

Sul piano finanziario e procedurale, le informazioni confluiscono inoltre nel sistema [ReGiS](#), la piattaforma nazionale gestita dalla Ragioneria Generale dello Stato per il controllo degli investimenti PNRR. Lo stato di avanzamento delle strutture è consultabile attraverso il portale della Missione 6 Salute di AGENAS e mediante la [mappa interattiva](#) delle strutture finanziate dal PNRR, che consente di verificare localizzazione e livello di realizzazione delle Case della Comunità, degli Ospedali di Comunità e delle Centrali Operative Territoriali.

Secondo i [dati di monitoraggio pubblicati da AGENAS](#), al **31 dicembre 2025 risultavano programmate 1.715 Case della Comunità. Di queste, 781 avevano attivato almeno un servizio sanitario; tra esse, soltanto 66 risultavano pienamente operative** secondo gli standard organizzativi previsti dal DM 77/2022, ossia dotate dell'insieme dei servizi e dei requisiti richiesti dalla normativa, mentre le restanti 934 strutture non avevano ancora avviato alcuna attività.

I dati si riferiscono all'intera rete programmata sul territorio nazionale e non esclusivamente alle strutture incluse nel target europeo del PNRR (pari a 1.038 Case della Comunità da completare entro giugno 2026), comprendendo anche le strutture finanziate con ulteriori risorse nazionali e regionali, in particolare quelle destinate all'edilizia sanitaria ai sensi dell'art. 20 della legge n. 67/1988.

Nel complesso, alla data del 31/12/2025, circa il 45,5% delle Case della Comunità programmate risultava attivo almeno parzialmente, mentre solo il 3,8% era pienamente conforme al modello organizzativo delineato dal DM 77/2022.

Nella tabella a seguire si riporta il dettaglio relativo allo stato dell'arte nazionale delle Case di Comunità.

Tabella 3 – Stato dell'arte nazionale delle CdC (Dati AGENAS al 31/12/2025)

Stato dell'arte nazionale	Valore assoluto	Impatto percentuale sulla rete totale
Case della Comunità complessivamente programmate a livello nazionale (di cui 1.038 oggetto del target PNRR e 677 finanziate attraverso altre fonti nazionali e regionali)	1.715	100%
Strutture con almeno un servizio attivo	781	45,5%
Strutture pienamente operative secondo gli standard del DM 77/2022	66	3,8%
Strutture non ancora attive	934	54,5%

Questi dati evidenziano come il processo di realizzazione delle Case della Comunità sia ancora in una fase di consolidamento. Sebbene il numero delle strutture attivate sia in costante crescita, permangono ritardi riconducibili sia al completamento degli interventi infrastrutturali sia alle difficoltà di reclutamento del personale sanitario necessario per garantire il pieno funzionamento dei servizi. Il raggiungimento del target di 1.038 Case della Comunità entro fine giugno 2026 rappresenta pertanto una delle principali sfide per il Servizio sanitario nazionale, poiché da tali strutture dipende una parte significativa della riorganizzazione dell'assistenza territoriale prevista dal DM 77/2022 e dal PNRR.

L'analisi congiunta dei dati disponibili sulle piattaforme ReGiS e AGENAS, integrata dalle elaborazioni di OpenPNRR della Fondazione Openpolis, evidenzia un avanzamento non uniforme del programma nazionale delle Case della Comunità.

Sebbene il numero di strutture attivate sia in progressiva crescita, la **quota di Case della Comunità pienamente operative risulta ancora limitata rispetto alla programmazione complessiva**. Il divario tra il numero di strutture programmate e quelle effettivamente operative evidenzia il rischio di difficoltà nel conseguimento dei target previsti entro la scadenza di giugno 2026. **Le principali criticità riguardano il completamento delle opere infrastrutturali, le procedure di collaudo, l'attivazione dei servizi** previsti dal DM 77/2022 e **il reperimento del personale sanitario** necessario a garantire la piena operatività delle strutture.

Nella [Relazione sull'attuazione del PNRR negli enti territoriali](#) (deliberazione n. 22/SEZAUT/2025/FRG) la Corte dei Conti evidenzia criticità di attuazione, connesse soprattutto a ritardi nella realizzazione degli interventi, fragilità organizzative degli enti territoriali e difficoltà di coordinamento multilivello, che potrebbero incidere sul rispetto delle scadenze europee. La Corte dei conti evidenzia una marcata disomogeneità territoriale nell'attuazione del PNRR: in termini generali, le maggiori difficoltà si concentrano nelle regioni del Mezzogiorno, mentre alcune realtà del Centro-Nord mostrano livelli di avanzamento più elevati.

Nel [monitoraggio della Corte dei conti sugli atti del PNRR](#), ai sensi dell'art. 7, comma 7, del D.L. n. 77/2021, basato su dati aggiornati a inizio marzo 2026, con riferimento alle Case della comunità si evidenzia un avanzamento attuativo ancora limitato, con una quota di pagamenti (ossia di spesa effettivamente realizzata sui progetti finanziati) pari al 31%.

3. L'implementazione delle CdC in Veneto

Il [Decreto Ministeriale 20 gennaio 2022](#) definisce il quadro nazionale di riparto delle risorse del PNRR – Missione 6 “Salute” e stabilisce, per tutte le Regioni e Province autonome, sia le quote finanziarie sia i target minimi vincolanti relativi agli investimenti della Componente 1 e della Componente 2. L'Allegato 1 al Decreto individua per ciascun territorio il numero minimo di strutture da realizzare, che concorre al raggiungimento del target nazionale previsto dal PNRR.

Per quanto riguarda il Veneto, il DM assegna risorse pari a **€ 583.526.547,32** e fissa un **target minimo vincolante di 91 strutture**, valore che viene recepito negli atti programmatori regionali successivi.

La Regione del Veneto dato attuazione alle disposizioni previste dal PNRR e dal D.M. n. 77/2022, adottando i seguenti provvedimenti:

- [DGR n. 1529 del 17/11/2020](#) “Adozione del Piano Regionale per la Ripresa e la Resilienza (PRRR) del Veneto ai fini della predisposizione del Piano Nazionale per la Ripresa e Resilienza (PNRR) così come previsto dalla proposta di Regolamento del Parlamento europeo e del Consiglio del 28/05/2020, COM (2020) 408 final”;

- [DGR n. 136 del 15/02/2022](#) “Piano regionale di individuazione delle Case di Comunità e aggiornamento delle schede di dotazione degli Ospedali di comunità in attuazione del PNRR - Missione 6, Componente 1 Investimento 1.1. e Investimento 1.3. Deliberazione n. 4/CR del 1/02/2022”;
- [DGR n. 368 del 8/04/2022](#) “Approvazione degli interventi per la realizzazione del Piano regionale di attuazione del PNRR - Missione 6 Salute, Componenti Investimento 1 e 2, individuazione dei soggetti attuatori delegati, e prime indicazioni operative e organizzative”. Con tale provvedimento, la Regione ha recepito l’assegnazione delle risorse PNRR (DM 20/01/2022) individuando **91 interventi per la realizzazione delle Case della Comunità**, corrispondenti al target assegnato alla Regione Veneto dal PNRR;
- DGR n. 49 del 18/05/2022 “Realizzazione del Piano regionale di attuazione del PNR - Missione 6 Salute, Componenti Investimento 1 e 2, approvati con DGR n. 368/2022. D.R. n. 46 del 05/05/2022. Approvazione Piano Operativo Regionale aggiornato”;
- [DGR n. 622 del 27/05/2022](#) “Aggiornamento degli interventi per la realizzazione del Piano regionale di attuazione del PNRR - Missione 6 Salute, Componente Investimento 2, approvato con DGR n. 368/2022, approvazione dello schema di Contratto Istituzionale di sviluppo e autorizzazione alla sottoscrizione”. Con tale provvedimento è stato **approvato lo schema di Contratto Istituzionale di Sviluppo (CIS)** (allegato C alla DGR 622) successivamente sottoscritto dal Presidente della Regione ed il Ministro della Salute ([CIS- Regione Veneto- 30/05/2022](#)). L’Action Plan per la linea di Investimento M6C1 1.1. è contenuto nella sezione 6.1 del [POR allegato al CIS](#) del 30 maggio 2022.

La programmazione definita con le precedenti deliberazioni è stata aggiornata con la [DGR n. 287 del 21/03/2023](#), che, a seguito dell’affinamento progettuale, della revisione economica e dell’aumento dei costi delle materie prime, ha portato il **numero complessivo degli interventi a n. 95**, mantenendo invariato il target minimo di 91 strutture previsto a livello nazionale.

La [DGR n. 721 del 22 giugno 2023](#) approva l’assetto organizzativo e operativo della nuova rete assistenziale territoriale del Veneto in attuazione del PNRR – Missione 6 e del DM 77/2022. La delibera recepisce gli standard nazionali per Distretti, Case della Comunità, Ospedali di Comunità, COT, UCA, telemedicina e integrazione con MMG/PLS secondo gli ACN 2022. L’Allegato A contiene il [Documento di programmazione regionale](#) in attuazione del DM 77/22: definisce modelli organizzativi, funzioni, standard strutturali e professionali, criteri di integrazione e modalità di erogazione dei servizi territoriali. La DGR istituisce inoltre l’Unità di Coordinamento PNRR Sanità e Sociale, incaricata di uniformare l’attuazione e predisporre il cronoprogramma regionale, prevedendo aggiornamenti successivi in base all’evoluzione normativa e ai monitoraggi.

Poiché l’avanzamento delle progettualità ha reso necessari alcuni aggiornamenti del Piano Operativo Regionale, con [DGR n. 1545 del 30 dicembre 2025](#), per quanto riguarda in particolare la linea M6C1 Investimento 1.1 (Case della Comunità), **sono stati introdotti sei interventi aggiuntivi rispetto al target originariamente**

finanziato. Il numero complessivo degli interventi relativi alle Case della Comunità è stato così portato a 101, con conseguente integrale sostituzione dell'Allegato A della DGR n. 287/2023.

Ad aprile 2026 l'Azienda ULSS 3 Serenissima ha ottenuto la possibilità di iscrivere anche il polo distrettuale dell'ex Giustinian di Venezia tra le Case di Comunità, quale sede spoke¹. Tale intervento, pur non rientrando nel perimetro del finanziamento europeo, **porta quindi il numero complessivo delle Case della Comunità programmate a livello regionale a 102**.

A seguire si riporta l'elenco con la previsione di Case della Comunità in Veneto. Si evidenzia che:

- le 91 sedi riportate in colore bianco erano state già individuate con [DGR n. 368/2022](#),
- le 4 sedi evidenziate in colore **giallo** sono state previste con [DGR n. 287/2023](#),
- le 6 sedi di colore **verde** sono state aggiunte con [DGR n. 1545/2025](#);
- la sede evidenziata in **rosso** viene inclusa in riferimento alla recente richiesta dell'Azienda ULSS 3 Serenissima.

Tabella 4 – Elenco delle Case della Comunità programmate – Veneto

Azienda	N. progressivo	Casa della Comunità
AULSS 1 Dolomiti	1	AGORDO
	2	BELLUNO
	3	FELTRE
	4	PIEVE DI CADORE
AULSS 2 Marca Trevigiana	5	ASOLO
	6	CASTELFRANCO VENETO
	7	CODOGNÈ
	8	CONEGLIANO
	9	CRESPANNO di PIEVE DEL GRAPPA
	10	DOSSON di CASIER
	11	FARRA DI SOLIGO
	12	MOGLIANO VENETO
	13	MONTEBELLUNA
	14	MOTTA DI LIVENZA
	15	ODERZO
	16	PAESE
	17	TREVISO (ex asilo Fiera)
	18	TREVISO (Palazzo Moretti)
	19	VALDOBBIADENE
	20	VILLORBA
	21	VITTORIO VENETO
AULSS 3 Serenissima	22	CAVARZERE
	23	CHIOGGIA
	24	DOLO

¹ Cfr. Portale ULSS 3, *All'ex Giustinian la tredicesima Casa della Comunità dell'Ulss 3 Serenissima*, 3 aprile 2026 <https://myportal-au12ve.regione.veneto.it/news/allex-giustinian-la-tredicesima-casa-della-comunita-dellulss-3-serenissima>

	25	MARCON
	26	MARTELLAGO
	27	MIRA
	28	NOALE
	29	VENEZIA Favaro Veneto
	30	VENEZIA Lido
	31	VENEZIA Marghera
	32	VENEZIA Mestre
	33	VENEZIA Ospedale
	34	VENEZIA Giustinian
AULSS 4 Veneto Orientale	35	CAORLE
	36	CAVALLINO-TREPORTI
	37	JESOLO
	38	SAN DONÀ DI PIAVE
	39	SAN MICHELE AL TAGLIAMENTO
	40	PORTOGRUARO
AULSS 5 Polesana	41	ADRIA
	42	BADIA POLESINE
	43	CASTELMASSA
	44	PORTO TOLLE
	45	ROVIGO
AULSS 6 Euganea	46	ABANO TERME
	47	CAMPO SAN MARTINO
	48	CAMPOSAMPIERO
	49	CARMIGNANO DI BRENTA
	50	CONSELVE
	51	ESTE
	52	LIMENA
	53	MASERÀ DI PADOVA
	54	MONSELICE
	55	MONTAGNANA
	56	NOVENTA PADOVANA
	57	PADOVA
	58	PIOVE DI SACCO
	59	PONTELONGO
	60	RUBANO
	61	SAN MARTINO DI LUPARI
	62	SAONARA
	63	SELVAZZANO DENTRO
	64	TREBASELEGHE
	65	VIGONZA
AULSS 7 Pedemontana	66	ARSIERO
	67	ASIAGO
	68	BASSANO DEL GRAPPA
	69	MALO
	70	MAROSTICA
	71	ROMANO D'EZZELINO
	72	SCHIO
	73	THIENE
AULSS 8 Berica	74	ARZIGNANO
	75	CAMISANO VICENTINO

	76	LONGARE
	77	LONIGO
	78	MONTECCHIO MAGGIORE
	79	NOVENTA VICENTINA
	80	SANDRIGO
	81	VALDAGNO
	82	VICENZA
AULSS 9 Scaligera	83	BUSSOLENGO
	84	CEREA
	85	COLOGNA VENETA
	86	COLOGNOLA AI COLLI
	87	LEGNAGO
	88	MONTECCHIA DI CROSARA
	89	SAN BONIFACIO
	90	SAN GIOVANNI LUPATOTO
	91	TREGNAGO
	92	VALEGGIO SUL MINCIO
	93	VERONA "via Poloni"
	94	VERONA "Marzana"
	95	VERONA "via Campania"
	96	VERONA "via Del Capitel"
	97	VILLAFRANCA DI VERONA
	98	ZEVIO
	99	NOGARA
	100	ISOLA DELLA SCALA
	101	CAPRINO VERONESE
	102	BOVOLONE

Secondo il [Rapporto nazionale AGENAS](#) relativo al secondo semestre 2025, il Veneto presenta quindi **99 Case della Comunità programmate, di cui 95 finanziate nell'ambito del PNRR e 4 ulteriori strutture realizzate al di fuori del Contratto Istituzionale di Sviluppo** (lo scostamento tra i dati AGENAS e quelli risultanti dagli atti programmatori regionali potrebbe riflettere sia diversi tempi di aggiornamento sia l'utilizzo di basi informative non del tutto coincidenti).

Sul piano attuativo, a fronte di 64 strutture con almeno un servizio attivo, solo 3 risultano pienamente conformi agli standard del DM 77/2022, evidenziando una fase di attuazione ancora non pienamente consolidata. Nel contesto organizzativo e finanziario dell'assistenza territoriale (cfr. Relazione Socio-Sanitaria del Veneto), il divario tra il numero di CdC attivate e quello delle strutture pienamente conformi agli standard del DM 77/2022 appare riconducibile non soltanto ai tempi di realizzazione delle opere, ma anche alla complessità dei processi di reclutamento del personale, integrazione tra professionisti e sostenibilità organizzativa richiesti dalla riforma.

Quanto al **nodo del personale**, si evidenzia che il 15 giugno 2026 è stato definito un **accordo operativo** tra la Regione del Veneto e i sindacati dei medici di medicina generale per garantire l'avvio e la piena funzionalità delle Case della Comunità².

L'intesa - di cui, ad oggi, risultano essere ancora in corso di definizione gli ultimi dettagli - prevede:

- presenza garantita nelle CdC di **medici di medicina generale** (MMG) convenzionati con quota capitaria, ad oggi afferenti alle Aggregazioni Funzionali Territoriali (AFT), dal lunedì al venerdì nella fascia 8.00 20.00 tramite turnazioni;
- impiego dei **medici operanti a regime orario** nelle CdC per 38 ore settimanali, con attività prevalente nelle ore notturne e nei fine settimana;
- possibilità per entrambe le categorie professionali di svolgere ulteriori attività fino a un massimo di 6-10 ore aggiuntive settimanali, remunerate a 60 euro lordi l'ora.

² Cfr. Comunicato stampa Regione Veneto n. 1028/2026 <https://www.regione.veneto.it/article-detail?articleId=14380417>

4. Spunti bibliografici

Aggiornati al 12 giugno 2026

Monografie / Capitoli di monografie

2023

[Case della comunità e ospedali di comunità](#) / a cura di Gabriella Peretti e Maria Chiara Torricelli. [Milano]: Centro nazionale per l'edilizia e la tecnica ospedaliera, 2023

2022

[Le Case della Comunità tra disegno e sfide dell'implementazione](#) / di Mario Del Vecchio, Giudice, Preti, Rappini [In: Rapporto OASI 2022: Osservatorio sulle Aziende e sul Sistema sanitario Italiano / a cura di CERGAS; Bocconi]

Articoli

2026

[La governance della Casa della Comunità](#) / Salvatore Rao. - Ricerca & Pratica, vol./nr. 42 (marzo-aprile), p. 64-68

Guerrieri, Enrico Le forme attuative della sussidiarietà orizzontale nella riforma dell'assistenza territoriale: le "Case della Comunità" e il ricorso all'amministrazione condivisa/ Enrico Guerrieri – Corti supreme e salute, Vol./Nr. 1, 2026, p. 1-23

2025

Ingrosso, Marco Le case della comunità nel welfare di prossimità: l'arduo crinale di un passaggio storico / Marco Ingrosso. - Prospettive sociali e sanitarie, Vol./Nr. 3-4, 2025, p. 6-10

Le **Case** della Comunità nella sanità che cambia: dove siamo e su cosa puntiamo. – Regional Health, Vol./Nr. settembre 2025

[<casedicomunita_rh_25092025.pdf>](#)

2024

[Case di comunità: Lo stato dell'arte e ruolo centrale del terzo settore](#): report ricerche / a cura di Mario Iannella

Mastrobuono, Isabella Metodologia di calcolo del fabbisogno di risorse umane per il dimensionamento delle Case della Comunità: applicazione pratica nell'ambito della gestione del paziente cronico rientrante in 4 PDTA / I. Mastrobuono ... [et al.]. - Organizzazione Sanitaria, Vol./Nr. 1, 2024, p. 3-111

La **nuova** sanità territoriale nel PNRR. – Istituzioni del Federalismo, Vol./Nr. 4, 2024, p. 741-957

2023

Arlotti, Marco; Spina, Elena; Atzori, Flavia La medicina generale verso le case della comunità: assetti, criticità e scenari / Marco Arlotti, Elena Spina, Flavia Atzori. - Autonomie locali e servizi sociali, Vol./Nr. 1, 2023, p. 79-99

Costa, Giuliana; De Luca, Federico Il ruolo delle associazioni di volontariato nelle Case della Salute e nelle Case di Comunità: un approfondimento empirico / Giuliana Costa, Federico De Luca. - Autonomie locali e servizi sociali, Vol./Nr. 1, 2023, p. 101-118

Ingrossi, Marco La prospettiva di welfare community nella progettazione e sperimentazione delle Case della Comunità / Marco Ingrosso. - Autonomie locali e servizi sociali, Vol./Nr. 1, 2023, p. 19-40

Neri, Stefano; Vicarelli, Giovanna Programmazione delle Case della Comunità e modelli sanitari regionali: Lombardia e Marche a confronto / Stefano Neri, Giovanna Vicarelli. - Autonomie locali e servizi sociali, Vol./Nr. 1, 2023, p. 41-60

Simbari, Alessia [Case della Salute e Case della Comunità in Italia: una prima ricognizione](#) / Alessia Simbari. - Festival dell'Architettura Magazine, Vol./Nr. 65 (2023), p. 92-102

Tubertini, Claudia Dalle Case della salute alle Case della comunità: la nuova sanità territoriale in Emilia-Romagna / Claudia Tubertini. - Corti supreme e salute, Vol./Nr. 3, 2023, p. 641-650

2022

Bobini, Michela La Casa della Comunità come piattaforma erogativa decentrata dell'ospedale hub: il caso dei servizi oncologici della Casa della Salute di Bettola (AUSL PC) / Michela Bobini ... [et al.]. - Mecosan, Vol./Nr. 121, 2022, p. 91-121

Ingrosso, Marco Le discontinuità paradigmatiche nella progettazione delle Case della Comunità = Paradigmatic discontinuities in Community House planning / Marco Ingrosso. - Sistema Salute, Vol./Nr. 1, 2022, p. 11-32

Pizzolato, Filippo Le Case della Comunità e il rapporto tra città e salute / Filippo Pizzolato. - Dirittifondamentali.it, Vol./Nr. 1, 2022, p. 408-433

2021

Rossi, Emanuele Le "Case della comunità" del PNRR: alcune considerazioni su un'innovazione che merita di essere valorizzata / Emanuele Rossi. - Corti supreme e salute, Vol./Nr. 2, 2021, p. 361-378