

CASE DELLA COMUNITÀ “OVERBOOKING” IN PIEMONTE

Secondo approfondimento: dimissione ospedaliera, presa in carico e raccordo ospedale-territorio

chiusura delle fonti al 25 settembre 2026 e il ricontrollo per la pubblicazione al 1 ottobre 2026.

Il punto in una frase

Per un medico ospedaliero, la domanda non è soltanto se una Casa della Comunità risulti entrata in funzione: è capire se, dopo la dimissione o l'accesso in Pronto Soccorso, le fonti pubbliche permettono di seguire il percorso del paziente fino alla presa in carico territoriale, al primo contatto e al ritorno informativo verso il reparto.

1. Che cosa abbiamo cercato nelle fonti

Per ciascuna delle nove sedi overbooking abbiamo verificato se le fonti pubbliche permettono di seguire questi passaggi: reparto o PS, invio o segnalazione, nodo territoriale, presa in carico, primo contatto con il paziente e ritorno informativo al reparto inviante.

Questa sequenza non viene presentata come un modello unico obbligatorio per tutte le Aziende. È semplicemente lo schema usato per verificare, sede per sede, fino a che punto il percorso possa essere seguito attraverso le fonti pubbliche.

2. Che cosa risulta documentato

Le D.D. regionali 343/2026, 353/2026 e 412/2026 prendono atto della documentazione che attesta il conseguimento del target PNRR M6C1-3. La documentazione richiamata dagli atti comprende, per le Case considerate, il certificato di completamento e di entrata in funzione e i documenti sull'attivazione dei servizi. Le fonti aziendali aggiungono elementi utili per capire come sono organizzati i percorsi territoriali: tra gli altri, il PUA di Novara, la COT di Mondovì, la documentazione CdC/PUA di Ponderano e la COCA/Percorsi Integrati Ospedale-Territorio dell'ASL AL.

In 3 sedi su 9 - Novara, Mondovì e Ponderano - sono presenti nel 2026 elementi qualitativi sulla presa in carico riferibili alla sede o al territorio interessato. Questo dato non quantifica pazienti, tempi o percorsi completati e non permette, da solo, di ricostruire l'intera catena ospedale-territorio.

3. Che cosa non riusciamo a ricostruire dalle fonti pubbliche

La presenza di singoli elementi documentati non consente però, per nessuna delle nove sedi, di seguire pubblicamente l'intera sequenza dalla segnalazione alla presa in carico, al primo contatto e al ritorno informativo verso il reparto inviante.

Indicatore	Risultato	Come va letto
Catena completa ospedale-territorio	0/9	Nessuna sede consente, nelle

		fonti pubbliche, di seguire l'intera sequenza dalla segnalazione alla presa in carico, al primo contatto e al ritorno informativo.
Elementi qualitativi sulla presa in carico	3/9	Novara, Mondovì e Ponderano presentano nel 2026 elementi qualitativi sulla presa in carico; non equivalgono alla catena completa.
Ritorno informativo al reparto	0/9	Non è ricostruibile pubblicamente, sede per sede, un ritorno informativo al reparto inviante.
Nuove unità o equivalenti a tempo pieno (FTE) attribuibili all'overbooking	0/9	Non sono pubblicati incrementi quantitativi di personale attribuibili all'attivazione overbooking.
Redistribuzione di personale quantificata	0/9	Non è pubblicamente ricostruibile quante risorse siano state trasferite o riallocate da altre attività.
Origine delle risorse professionali	9/9 non determinabile	Le fonti non consentono di distinguere quantitativamente nuove risorse professionali da personale già presente, ruotato o condiviso.
Effetto sull'attività ospedaliera	0/9	Non sono disponibili dati sufficienti, riferiti alla singola sede, per attribuire alla singola CdC effetti su PS, ricoveri, riospedalizzazioni o dimissioni.

Nota di lettura: 0/9 non significa che il percorso o l'effetto non esistano nella pratica. Significa che non sono stati trovati dati pubblici sufficienti per ricostruirli o misurarli con attribuzione alla singola sede.

4. Perché questo punto interessa direttamente l'ospedale

Per il reparto, l'indicazione "inviato al territorio" non consente da sola di capire se e quando la presa in carico sia iniziata, con quali risorse e con quale ritorno informativo. Senza dati riferiti alla singola sede su questi passaggi, il raccordo ospedale-territorio può essere descritto sul piano organizzativo, ma non misurato in modo completo come percorso del paziente.

Le fonti ASL AL, per esempio, documentano un modello aziendale di raccordo e continuità assistenziale fra ospedale e territorio. Questo però non permette, da solo, di ricostruire la catena completa per la singola CdC di Castelnuovo Scrivia. Allo stesso modo, PUA, COT e pagine delle CdC possono documentare funzioni e passaggi organizzativi senza rendere necessariamente visibili tempi, responsabilità, esito della presa in carico e ritorno informativo al reparto.

5. Che cosa servirebbe per misurare davvero il percorso

- numero di segnalazioni provenienti da reparti e PS, accolte e non accolte;
- tempo tra segnalazione e primo contatto territoriale;
- servizio o professionista che assume la presa in carico;
- PAI o percorso attivato, quando previsto;
- esito della segnalazione o mancata presa in carico;
- ritorno informativo al reparto inviante;
- risorse professionali impiegate, in teste, ore o equivalenti a tempo pieno;

- indicatori confrontabili su PS, ricoveri, riospedalizzazioni e dimissioni protette.

6. Conclusione

Le nove sedi overbooking non possono essere descritte soltanto attraverso l'entrata in funzione. Per questa seconda verifica la domanda è più specifica: quanto del percorso del paziente, dopo la dimissione o il passaggio in PS, è pubblicamente ricostruibile e misurabile?

Il risultato della verifica va letto con cautela: nel 2026 sono presenti elementi qualitativi sulla presa in carico in 3/9 sedi, ma in 0/9 le fonti pubbliche permettono di ricostruire l'intera sequenza in modo completo. Restano inoltre non documentati, per la singola sede, un ritorno informativo al reparto, nuove unità o equivalenti a tempo pieno (FTE) attribuibili all'overbooking e dati sufficienti per misurare un effetto sull'attività ospedaliera. Per il medico ospedaliero restano quindi quattro domande operative: chi prende in carico il paziente, quando avviene il primo contatto, con quali risorse e con quale informazione di ritorno per chi lo ha dimesso?

Fonti ufficiali cliccabili

I collegamenti riportano a fonti istituzionali utilizzate per sostenere i dati e i confronti pubblicati. Le fonti non pubblicano i conteggi 0/9, 3/9 o 9/9 in questa forma: questi valori derivano dal confronto delle fonti ufficiali, sede per sede. Per i risultati che riguardano tutte le nove sedi sono state consultate fonti delle sette Aziende sanitarie coinvolte: ASL NO, VCO, TO3, CN1, AT, BI e AL.

Fonte	Che cosa documenta	Link
Regione Piemonte — D.D. 343/2026	Presa d'atto della documentazione che attesta il conseguimento del target PNRR M6C1-3 per 15 CdC; la documentazione comprende il certificato di completamento/entrata in funzione e l'attivazione dei servizi.	Apri fonte ufficiale
Regione Piemonte — D.D. 353/2026	Presa d'atto della documentazione che attesta il conseguimento del target PNRR M6C1-3 per 30 CdC; comprende tra le sedi overbooking Venaria Reale, Mondovì, Nizza Monferrato e Ponderano.	Apri fonte ufficiale
Regione Piemonte — D.D. 412/2026	Presa d'atto della documentazione che attesta il conseguimento del target PNRR M6C1-3 per 34 CdC; include Castelnuovo Scrivia tra le sedi verificate.	Apri fonte ufficiale
ASL NO — PUA Novara	Funzioni del PUA, inclusi valutazione dei bisogni, presa in carico e attivazione di percorsi assistenziali; sede di Novara in Viale Roma.	Apri fonte ufficiale
ASL NO — Poliambulatorio Oleggio	Servizi pubblicati nella sede di Oleggio, Via Gramsci; fonte utilizzata per la verifica della sede.	Apri fonte ufficiale
ASL NO — COT Borgomanero	COT del Distretto Area Nord e funzione di coordinamento/raccordo territoriale.	Apri fonte ufficiale
ASL VCO — Distretto di Domodossola	Documentazione istituzionale della sede operativa distrettuale di Domodossola in Via Scapaccino 47.	Apri fonte ufficiale
ASL TO3 — COT Venaria Reale	COT del Distretto Area Metropolitana Nord e funzione di coordinamento fra emergenza-urgenza, ospedale, servizi territoriali e domiciliari.	Apri fonte ufficiale
ASL TO3 — PUA Venaria Reale	Sede e orari del PUA del Distretto Area Metropolitana Nord a Venaria Reale.	Apri fonte ufficiale
ASL CN1 — COT Mondovì	Presa in carico di cittadini fragili, gestione delle transizioni di cura e raccordo tra	Apri fonte ufficiale

	ospedale e servizi territoriali.	
ASL CN1 — CdC Mondovì overbooking	Attivazione della CdC di Mondovì in overbooking e descrizione di percorsi integrati per cronicità e continuità assistenziale.	Apri fonte ufficiale
ASL AT — CdC Nizza Monferrato	Servizi e orari pubblicati per la CdC di Nizza Monferrato, incluso il PUA.	Apri fonte ufficiale
ASL BI — CdC Ponderano	Attivazione nel 2026 della CdC overbooking presso il Presidio di Ponderano.	Apri fonte ufficiale
ASL BI — PUA Ponderano	Atto 2026 di approvazione del documento operativo sperimentale per il PUA nella CdC di Ponderano.	Apri fonte ufficiale
ASL AL — Castelnuovo Scrivia	Servizi e processi assistenziali pubblicati per la Casa della Salute di Castelnuovo Scrivia; fonte storica utilizzata per documentare la singola sede.	Apri fonte ufficiale
ASL AL — COCA	Funzione aziendale di raccordo tra reparti ospedalieri e servizi territoriali e coordinamento della presa in carico.	Apri fonte ufficiale
ASL AL — Percorsi Integrati Ospedale-Territorio	Indicazioni aziendali per l'attivazione della continuità assistenziale dai PS/DEA; fonte di livello aziendale, non automaticamente attribuibile alla singola CdC.	Apri fonte ufficiale