

Il caso del 116117 in Regione Veneto: ridisegnare l'accesso ai servizi per trasformare la sanità territoriale nei contesti aziendali

Massimo Annicchiarico, Silvia Baldan, Michela Bobini, Mario Del Vecchio, Luigi Preti*

Il progetto 116117 della Regione Veneto rappresenta un'esperienza avanzata, nel contesto italiano, nella ridefinizione dei meccanismi di accesso e presa in carico nell'assistenza territoriale. Il 116117 è stato implementato come infrastruttura organizzativa e digitale capace di integrare i servizi sanitari, socio-sanitari e informativi, garantendo un accesso equo, tracciato e uniforme ai percorsi di cura. Il modello veneto si fonda su due centrali operative regionali, supportate da sistemi di intelligenza artificiale e interoperabilità informatica, che consentono una gestione intelligente e proporzionata dei bisogni, con una presa in carico certa e documentata. L'approccio combina la centralizzazione tecnologica con la centralizzazione e l'esplicitazione della conoscenza, assicurando al cittadino una risposta coordinata, tempestiva, coerente con il contesto locale – e soprattutto certa. I risultati della sperimentazione evidenziano un elevato livello di soddisfa-

ne degli utenti e una crescente efficienza operativa. Il progetto pone tuttavia importanti sfide per le Aziende ULSS, chiamate a riallineare processi, flussi informativi e modelli organizzativi in coerenza con gli standard regionali. Il 116117 emerge così come leva strategica di change management e innovazione di processo, capace di promuovere una nuova cultura organizzativa orientata all'integrazione, alla responsabilità condivisa e alla continuità della cura.

Parole chiave: 116117, accesso, presa in carico, territorio, change management, innovazione di processo.

The 116117 Experience in the Veneto Region: Rethinking Access to Care for Service Transformation

The 116117 project in the Veneto Region represents one of Italy's most advanced initiatives in redesigning access and care pathways within community healthcare. Implemented as an organizational and digital infrastructure, 116117 integrates health, social, and informational services, ensuring equitable, traceable, and consistent access to care. The model is based on two regional operation centers supported

S O M M A R I O

1. Breve descrizione del contesto
2. La mission del servizio
3. Il modello organizzativo
4. Meccanismi operativi e condizioni tecnologiche abilitanti
5. La governance del progetto e il processo di cambiamento
6. I risultati della sperimentazione
7. Sfide future

* Massimo Annicchiarico, Direttore Generale Area Sanità e Sociale della Regione del Veneto.

Silvia Baldan, Direttore UOC Sistemi Informativi AULSS 3.

Michela Bobini, CeRGAS SDA Bocconi.

Mario Del Vecchio, CeRGAS SDA Bocconi.

Luigi Preti, CeRGAS SDA Bocconi.

by artificial intelligence and interoperable digital systems, enabling intelligent and proportionate management of citizens' needs, with a guaranteed and traceable care pathway. The approach combines technological centralization with the centralization and explicit management of knowledge, ensuring coordinated, timely, and context-sensitive – yet always certain – responses. Pilot results show high user satisfaction and growing operational efficiency. However, the initiative poses significant challenges for local health authorities (AULSS), which must realign processes, data flows, and organizational models with regional standards. The 116117 system thus stands as a strategic lever for change management and process innovation, fostering a new organizational culture grounded in integration, shared responsibility, and continuity of care.

Keywords: 116117, access, care pathway, community health, change management, process innovation.

Articolo sottomesso: 01/10/2025,
accettato: 14/10/2025

1. Breve descrizione del contesto

Con le decisioni 2007/116/CE e 2009/884/UE, la Commissione Europea ha riservato l'intervallo di numerazione "116" a una serie di servizi di interesse sociale armonizzati a livello europeo, finalizzati a garantire un accesso uniforme e riconoscibile a prestazioni di pubblica utilità. Tra questi, il numero 116117 è stato dedicato all'assistenza medica non urgente, con l'obiettivo di assicurare un contatto immediato e omogeneo con i servizi di continuità assistenziale in tutti i Paesi dell'Unione.

L'Italia ha recepito tali indicazioni attraverso due accordi Stato-Regioni, prima con quello del 7 febbraio 2013 e successivamente con quello del 24 novembre 2016, che ha individuato le "Linee di indirizzo sui criteri e le modalità di attivazione del Numero Europeo armonizzato a valenza sociale 116117", finalizzate a fornire indicazioni per la progressiva implementazione del servizio a livello regionale. Successivamente, il decreto ministeriale n. 77 del 2022 (DM 77) ha inserito la Centrale Operativa 116117 tra i servizi inclusi nella nuova definizione del modello organizzativo della rete di assistenza territoriale.

Le Centrali NEA 116117 rappresentano il punto di accesso al Numero Europeo Armonizzato per le cure non urgenti: un servizio gratuito, attivo 24 ore su 24 e sette giorni su sette, in grado di connettere i cittadini con le reti territoriali e di emergenza (in particolare il 118 e la Continuità Assistenziale). Esse forniscono due principali tipologie di risposta:

- una risposta informativa, volta a orientare il cittadino nei percorsi di accesso e di presa in carico,
- una risposta operativa, che attiva direttamente o trasferisce la chiamata al servizio sanitario competente, fino all'eventuale inoltro al 118 nei casi di urgenza.

Le linee guida europee e nazionali prevedono i seguenti servizi obbligatori:

- 1) informazioni su come contattare il medico di medicina generale (MMG), il pediatra di libera scelta (PLS) e la guardia turistica;
- 2) consigli sanitari non urgenti al di fuori dell'orario di apertura del servizio di continuità assistenziale (risposta informativa/operativa);

- 3) consigli sanitari non urgenti nelle ore di apertura del servizio di continuità assistenziale (risposta operativa);
- 4) inoltro delle richieste urgenti al 118 (risposta operativa).

Nel 2022, in vista dell'attuazione del DM 77, Agenas ha pubblicato una mappatura delle centrali operative operanti nel Paese, tra 112, 118, 116117 e COT (Agenas, 2022). Dalla mappatura è emerso come in molte regioni italiane, l'attuazione del modello è avvenuta in una forma essenziale, spesso circoscritta all'attivazione di un numero unico di contatto per la Continuità Assistenziale, incidendo in modo limitato sui processi organizzativi e informativi tradizionali.

In questo scenario, la Regione Veneto si distingue per aver intrapreso un percorso di più ampio respiro, guidato da tre temi centrali: la crescente complessità dei bisogni sanitari e sociali, la frammentazione dei punti di accesso e la necessità di garantire equità e omogeneità di risposta su scala regionale. La crescente complessità dei bisogni sanitari e sociali impone in particolare la ricomposizione delle risposte al bisogno e la garanzia di equità di accesso: ovunque il cittadino si rivolga, deve poter ricevere una risposta integrata e appropriata. Il progetto si inserisce, infatti, in un contesto di profonda trasformazione che interessa l'intero servizio sanitario nazionale. Nonostante l'obiettivo esplicito di ricomposizione dell'offerta territoriale, attraverso modelli quali la Casa di Comunità e il PUA, l'implementazione del DM 77 ha fatto emergere tutte le difficoltà dovute alla frammentazione dei servizi territoriali, rendendo necessario lavorare ulteriormente su

un sistema di integrazione tra fisico e digitale con accesso multicanale capace di orientare i cittadini verso il setting di risposta più adeguato.

La sfida è particolarmente rilevante nel caso del Veneto, una regione che conta quasi 5 milioni di abitanti distribuiti in nove Aziende ULSS (Dolomiti, Marca Trevigiana, Serenissima, Veneto Orientale, Polesana, Euganea, Pedemontana, Berica e Scaligera), caratterizzate da una forte eterogeneità territoriale, demografica e organizzativa. La quota di popolazione over 65, pari a oltre 1,2 milioni di persone (25%) nel 2024, con un indice di vecchiaia di 212 over 65 ogni 100 bambini (0-14 anni), evidenzia la transizione demografica in corso e la crescente pressione sui servizi territoriali. Parallelamente, l'81,5% degli accessi al pronto soccorso avviene in autopresentazione e l'88% dei codici bianchi o verdi non genera un ricovero: dati che segnalano l'urgenza di una revisione delle dinamiche di accesso e di un orientamento sistemico verso setting a minore intensità assistenziale.

Con la DGR 976/2024, la Regione Veneto ha approvato il *Progetto sistema di risposta sanitaria 116117*, configurandolo non solo come strumento di semplificazione dell'accesso, ma come leva strategica per la riorganizzazione complessiva della sanità territoriale, in coerenza con gli indirizzi del DM 77 e con gli obiettivi del processo di transizione digitale del Servizio Sanitario Regionale.

In questa prospettiva, il 116117 si propone come un dispositivo di sistema: non un semplice numero telefonico, ma un'infrastruttura organizzativa e tecnologica che integra innovazione digitale, intelligenza artificiale e governance unitaria, garantendo una presa



Fig. 1
Le funzioni del 116117
come canale di accesso

in carico certa, tracciata e integrata del cittadino. Il progetto mira così a ricucire le reti territoriali, rafforzando un ecosistema di prossimità più sostenibile, accessibile e digitale. Pur essendo un progetto a regia regionale, il 116117 pone sfide rilevanti a livello aziendale, sollecitando le singole Aziende ULSS a ripensare processi, flussi informativi e modalità di presa in carico. In tal senso, il progetto diventa una vera e propria leva di cambiamento dell'assistenza sanitaria e socio-sanitaria territoriale, capace di favorire l'integrazione tra servizi, la standardizzazione dei percorsi e la costruzione di una nuova cultura organizzativa orientata alla continuità della cura e all'uso strategico delle tecnologie digitali.

2. La mission del servizio

Come indicato nella DGR 976/2024 della Regione del Veneto, la mission del progetto NEA 116117 è quella di offrire ai cittadini un punto di accesso unificato e continuativo ai servizi sanitari e socio-sanitari territoriali, assicu-

rando equità di risposta e coerenza dei percorsi di presa in carico. Il servizio nasce per semplificare l'interazione tra cittadini e servizio sanitario, garantendo risposte tempestive e proporzionate ai bisogni non urgenti, in stretta connessione con le risorse e i servizi effettivamente disponibili nel contesto locale. Il 116117 è dunque concepito come un'infrastruttura strategica della sanità territoriale veneta: un sistema che, attraverso interoperabilità digitale, protocolli condivisi e rivisitazione dei modelli di servizio, rende possibile la ricomposizione della domanda di assistenza e la costruzione di percorsi appropriati e coordinati. In tal senso, il numero unico non si limita a ricevere chiamate, ma agisce come strumento di governo e orientamento, capace di leggere e indirizzare la domanda verso i setting più adeguati, rafforzando la rete di prossimità e la continuità delle cure.

La Fig. 1 illustra le principali funzioni operative svolte dal 116117 nel modello veneto, articolate lungo un continuum che attraversa le fasi di *front*

office (con focus sull'utente) e *back office* (con focus su utente o erogatore), in un processo che va dall'ascolto iniziale alla presa in carico completa del cittadino.

Questo modello funzionale rappresenta uno degli elementi distintivi dell'esperienza veneta: un approccio integrato alla gestione del bisogno che combina tecnologie digitali, protocolli condivisi e competenze professionali per garantire una risposta coordinata e certa, pur rispettando le specificità organizzative dei diversi contesti locali. Più che un insieme di procedure o di setting predefiniti, il 116117 veneto si configura come un nodo di intermediazione intelligente tra cittadino e rete dei servizi. In sintesi, il modello 116117 in Veneto si fonda su tre principi chiave:

- una porta unica e riconoscibile, uguale per tutti, che assicura equità di accesso e semplifica l'esperienza dei cittadini, riducendo la frammentazione e rendendo più leggibile l'offerta territoriale;
- la rilettura e riclassificazione dei bisogni di assistenza primaria, alla luce dei profondi mutamenti epidemiologici, sociali e culturali che hanno ridefinito la domanda di salute e richiesto nuove forme di prossimità;
- l'integrazione tra servizi e setting assistenziali, non come adempimento formale, ma come occasione per offrire risposte tempestive, concrete e interprofessionali, capaci di valorizzare la rete territoriale.

Le tipologie di risposta – sanitaria, socio-sanitaria o informativa – non costituiscono categorie rigide, ma dimensioni dinamiche che si modulano in relazione alla maturità digitale, all'of-

ferta territoriale e all'assetto organizzativo delle singole Aziende ULSS. In questo modo, il sistema valorizza la conoscenza locale e assicura una presa in carico flessibile, proporzionata e contestuale, capace di adattarsi alla complessità e alla variabilità dei bisogni espressi.

Il 116117 si afferma così come una leva organizzativa e culturale per la trasformazione della sanità territoriale veneta, abilitando un modello di prossimità digitalmente connessa, fondato su integrazione, equità e responsabilità condivisa tra Regione, Aziende ULSS e operatori del sistema.

3. Il modello organizzativo

Il modello organizzativo del 116117 veneto si fonda su una struttura di risposta telefonica altamente centralizzata, che prevede la creazione di due sole centrali operative (CO) a servizio dell'intero territorio regionale. La DGR 976/2024 prevedeva originariamente l'istituzione di tre CO, ridotte a due dopo una valutazione sull'effettiva necessità a partire dalle evidenze raccolte durante la prima fase di sperimentazione. Ciascuna centrale è dimensionata per gestire un bacino di circa 2,4-2,5 milioni di cittadini, garantendo copertura continuativa e uniforme per la totalità dei 4,9 milioni di residenti regionali.

La CO Serenissima, con sede presso l'Azienda ULSS 3 (Mestre), gestisce le chiamate provenienti dalle AULSS 1 Dolomiti, 2 Marca Trevigiana, 3 Serenissima, 4 Veneto Orientale, 5 Polesana e 7 Pedemontana. La CO Berica, collocata presso l'AULSS 8 (Vicenza), copre invece il territorio delle AULSS 6 Euganea, 8 Berica e 9 Scaligera.

Questa configurazione introduce un elemento di complessità rilevante, ovvero la necessità di raccogliere, con-

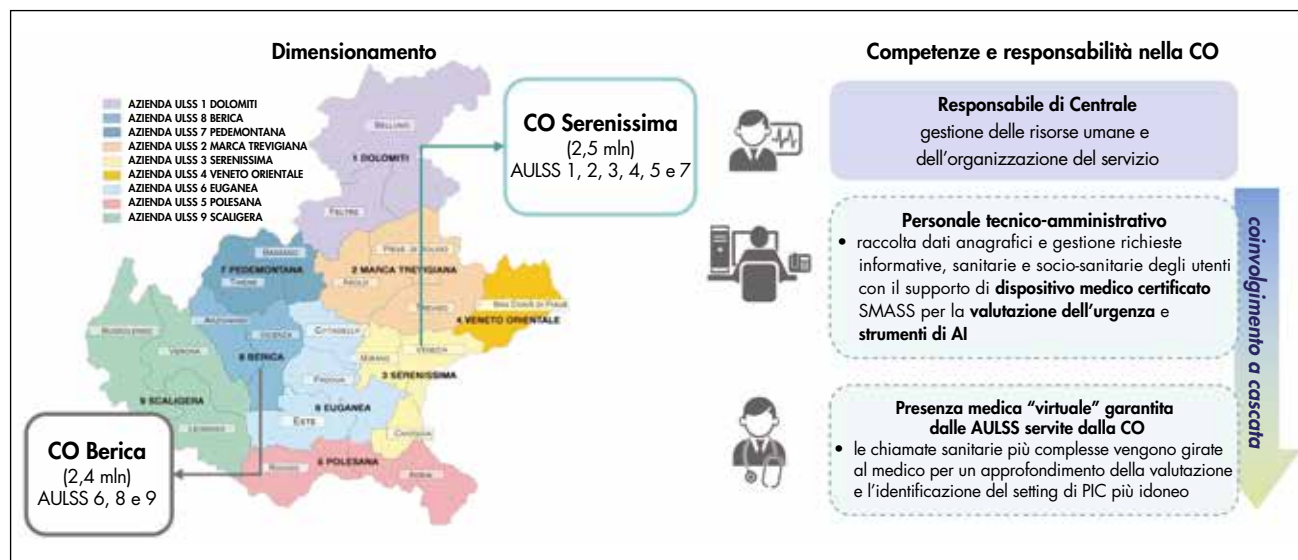


Fig. 2

Il modello organizzativo: dimensionamento, competenze e responsabilità

dividere e gestire conoscenza e informazioni relative ai servizi distrettuali distribuiti sui diversi territori. In una logica di accentramento della CO, ma anche di standardizzazione e garanzia del livello qualitativo, la risposta al bisogno dell'utente non può basarsi sulla conoscenza diretta e di dettaglio, da parte dell'operatore, del contesto territoriale da cui il bisogno proviene e verso il quale deve essere indirizzato. Al contrario, diventa essenziale costruire un sistema informativo integrato e costantemente aggiornato, che renda disponibili in tempo reale le informazioni sui servizi sanitari e socio-sanitari locali. In tal senso, il 116117 diventa una leva per la trasparenza e l'esplicitazione dei percorsi assistenziali, consentendo di rendere visibili e codificabili i diversi modelli di presa in carico esistenti nelle varie AULSS.

Il modello è quindi chiamato a trovare un equilibrio tra standardizzazione regionale ed eterogeneità territoriale, garantendo una presa in carico certa e tracciabile, pur rispettando la diversità

organizzativa e di risorse tra le aree urbane, montane e rurali del Veneto. Come mostrato in Fig. 2, sul piano operativo, la struttura della CO si articola in tre livelli di competenza e responsabilità:

- **Responsabile di Centrale:** gestisce le risorse umane e l'organizzazione del servizio, assicurando la coerenza tra le procedure operative e le direttive regionali;
- **personale tecnico-amministrativo:** costituisce il primo punto di contatto con l'utenza. È formato specificamente per la gestione e la decodifica del bisogno, attraverso l'uso di strumenti digitali, AI e dispositivi medici certificati. Questo personale è dimensionato in base alla popolazione servita e al volume di chiamate atteso: a ottobre 2025 la CO conta 35 operatori a tempo pieno;
- **presenza medica virtuale,** garantita dalle AULSS servite dalla CO: le richieste più complesse vengono indirizzate a un medico che effettua

da remoto l'approfondimento necessario per completare la valutazione e identificare il setting di presa in carico più idoneo.

Il modello di funzionamento adotta una logica di coinvolgimento "a cascata": la maggior parte dei bisogni è gestita in autonomia dal personale tecnico-amministrativo con il supporto dei tool tecnologici messi a disposizione, mentre il coinvolgimento del personale sanitario avviene solo nei casi in cui sia richiesto un approfondimento clinico. Questa impostazione risponde a obiettivi di sostenibilità e scalabilità, consentendo di ottimizzare l'impiego di risorse umane e di preservare competenze professionali critiche, come quelle infermieristiche e mediche.

In sintesi, la configurazione delle due centrali operative rappresenta un compromesso avanzato tra centralizzazione tecnologica e prossimità funzionale. Attraverso la digitalizzazione dei flussi informativi e la cooperazione tra le Aziende ULSS, il 116117 si propone come un modello di regia regionale che, pur operando da un centro remoto, mantiene la capacità di adattarsi alle specificità locali e di garantire al cittadino una presa in carico certa, uniforme e sostenibile.

4. Meccanismi operativi e condizioni tecnologiche abilitanti

Il processo di gestione della chiamata costituisce il nucleo operativo del modello 116117 veneto. Ogni interazione prende avvio da un'analisi preliminare del bisogno: l'operatore tecnico-amministrativo, attraverso alcune domande interlocutorie strutturate, identifica la tipologia di bisogno (sanitario, socio-sanitario o informativo) e

attiva il protocollo corrispondente. Solo dopo questa prima fase esplorativa ha inizio la raccolta dei dati anagrafici e clinici, che avviene tramite strumenti digitali integrati.

La Fig. 3 illustra i due protocolli operativi che regolano il processo: il protocollo sanitario e quello socio-sanitario e informativo. Entrambi prevedono un percorso guidato, in cui il ruolo dell'operatore laico è sostenuto dalla tecnologia, in modo da garantire uniformità, sicurezza e tracciabilità del processo di presa in carico.

Nel **protocollo sanitario**, dopo la raccolta dei dati anagrafici, il bisogno viene valutato attraverso SMASS, un sistema esperto certificato come dispositivo medico già utilizzato nel servizio 116117 tedesco (Schäfer *et al.*, 2023). SMASS – nella sua versione Professional dedicata a personale medico o personale non sanitario adeguatamente formato – supporta l'operatore nella definizione del livello di urgenza rispetto alla necessità di vedere un medico, distinguendo tra situazioni che richiedono un intervento immediato o emergenziale, quelle da gestire nell'arco della giornata e quelle differibili (*emergency, immediately, today, later*).

In caso di esito *emergency*, il caso viene girato direttamente al 118. In caso di esito *immediately*, la presa in carico è effettuata dal medico di centrale o, se disponibile, dal medico di continuità assistenziale. In caso di esito *today* o *later*, un tool di intelligenza artificiale integra e guida questa valutazione, suggerendo il setting di risposta più adeguato in base alle informazioni disponibili e precompilando la scheda del paziente con le informazioni essenziali. Una condizione abilitante e necessaria di tale processo è un fondamentale e

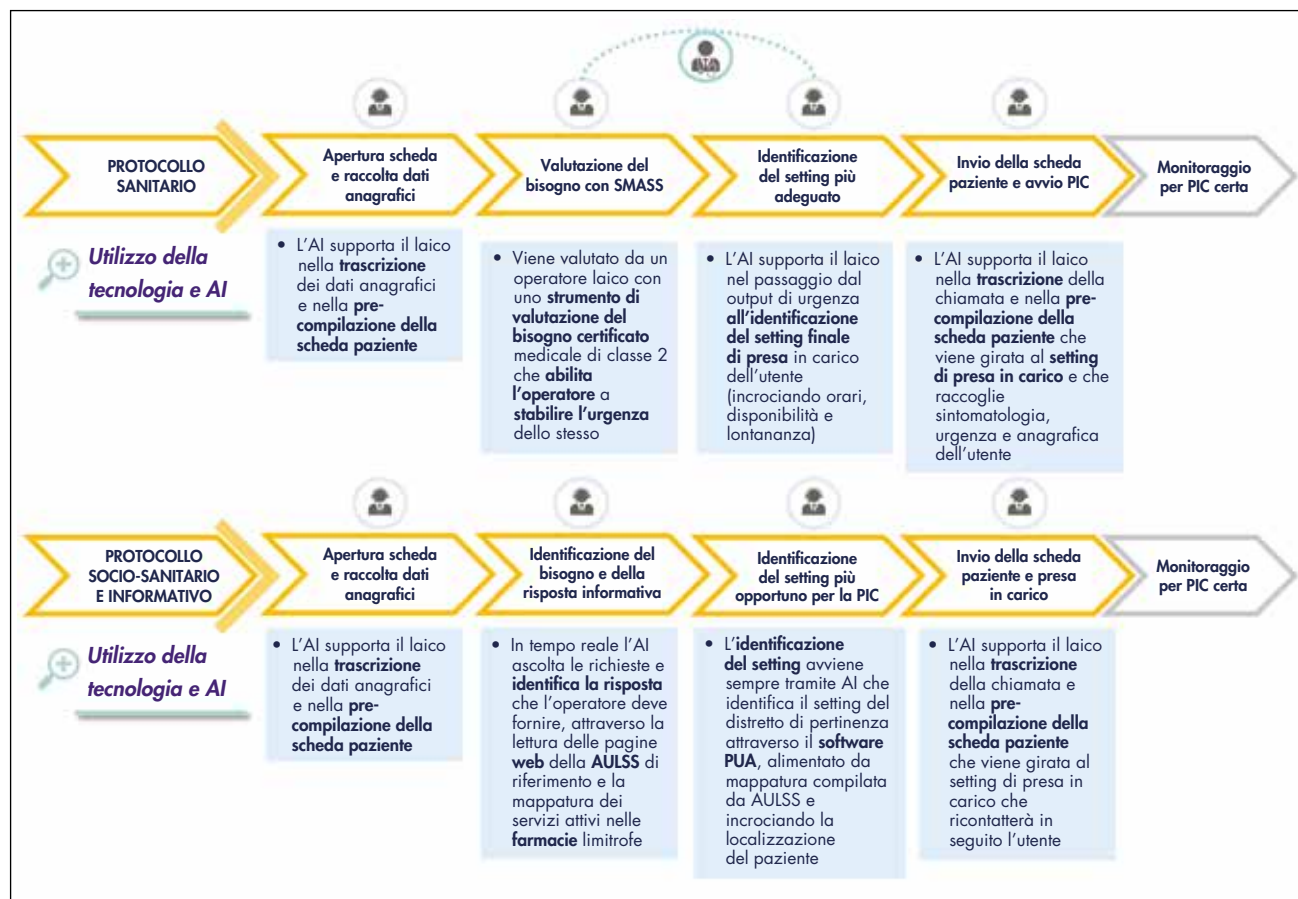


Fig. 3
Protocolli operativi: fasi, personale coinvolto e apporto della tecnologia e AI

continuo lavoro di mappatura e aggiornamento delle informazioni relative all'operatività dei servizi territoriali, che consente all'AI di restituire informazioni affidabili e pertinenti. L'attivazione del medico di centrale dipende dunque dalla priorità immediata, combinata con l'assenza di un setting territoriale disponibile, o dal mancato riscontro di uno scenario appropriato all'interno del sistema SMASS.

Nel **protocollo socio-sanitario e informativo**, lo stesso tool di AI analizza la richiesta dell'utente e guida l'operatore nella formulazione della risposta più appropriata, attingendo a diverse fonti informative: i siti web

aggiornati delle Aziende ULSS, una mappatura delle farmacie, comprensiva di quelle che hanno aderito alle attività sperimentali di erogazione dei servizi finanziati con fondi pubblici (c.d. "farmacie di comunità"), e altri dataset territoriali strutturati. Quando il bisogno espresso ha natura socio-sanitaria, all'utente viene offerta la possibilità di avviare un percorso di presa in carico. In questa fase, il sistema di AI utilizza un dataset strutturato che codifica oltre 500 tipologie di bisogni socio-sanitari, predisposto e aggiornato da ciascuna Azienda ULSS. Per ogni bisogno sono indicati lo snodo intermedio di valutazione (per esem-

pio il Punto Unico di Accesso – PUA, se previsto) e il setting definitivo di presa in carico. L'AI supporta in questo modo l'operatore nell'identificazione del bisogno manifestato, semplificando un'attività che, in assenza di automazione, risulterebbe lunga e complessa. Una volta selezionato il bisogno, il software della centrale operativa si interfaccia con il software PUA per l'avvio del percorso di presa in carico sul territorio. La scheda del cittadino viene quindi trasmessa allo snodo aziendale competente, che provvede – ove necessario – alla valutazione e allo smistamento verso il servizio o il setting più appropriato. Nei casi di bisogni semplici, la presa in carico può avvenire direttamente, senza passaggi valutativi intermedi, garantendo comunque la piena tracciabilità e la tempestività dell'intero percorso.

In entrambi i protocolli, la tecnologia agisce come abilitatore di processi intelligenti, permettendo di coniugare rapidità, sicurezza e integrazione dei percorsi. La chiamata si trasforma così in un vero e proprio processo di governo del bisogno, in cui l'informazione raccolta diventa conoscenza condivisa e strumento di miglioramento continuo.

Come è già emerso dalla descrizione, il sistema poggia su un insieme di precondizioni tecnologiche abilitanti che assicurano l'interoperabilità tra piattaforme e servizi, rendendo possibile una gestione integrata e tracciata del bisogno in tempo reale. Al centro di questa architettura si colloca il sistema gestionale della Centrale Operativa 116117, che dialoga con diversi moduli e applicativi regionali, consentendo lo scambio di informazioni in modo sicuro, standardizzato

e continuo. Tra i principali elementi del sistema figurano:

- l'interconnessione con la Centrale 118, che garantisce la continuità informativa tra l'area dell'urgenza e quella della presa in carico territoriale, configurandosi come prerequisito normativo per l'attuazione del servizio;
- il software certificato SMASS, utilizzato per la valutazione del livello di priorità del bisogno sanitario;
- le funzionalità di supporto basate su intelligenza artificiale, che assistono l'operatore nella raccolta, trascrizione e precompilazione dei dati attraverso un sistema *speech to text*, nonché nel matching automatico delle informazioni provenienti da sistemi diversi;
- il modulo di Continuità Assistenziale, che consente ai medici di ricevere la scheda del paziente già completa di sintomatologia e priorità; le Centrali CA stanno progressivamente adottando questo nuovo applicativo in parallelo con l'estensione del progetto 116117;
- il software PUA, adottato contestualmente all'attivazione del servizio, che consente la gestione e il tracciamento dei percorsi socio-sanitari;
- l'applicativo RCM della medicina generale, che permette al medico curante, se interessato, di conoscere gli eventuali contatti dei propri assistiti con il 116117, rafforzando la continuità della cura e il raccordo tra assistenza primaria e rete territoriale.

L'efficacia dell'intero ecosistema tecnologico dipende tuttavia dalla qualità e dall'aggiornamento costante delle informazioni fornite dalle Aziende

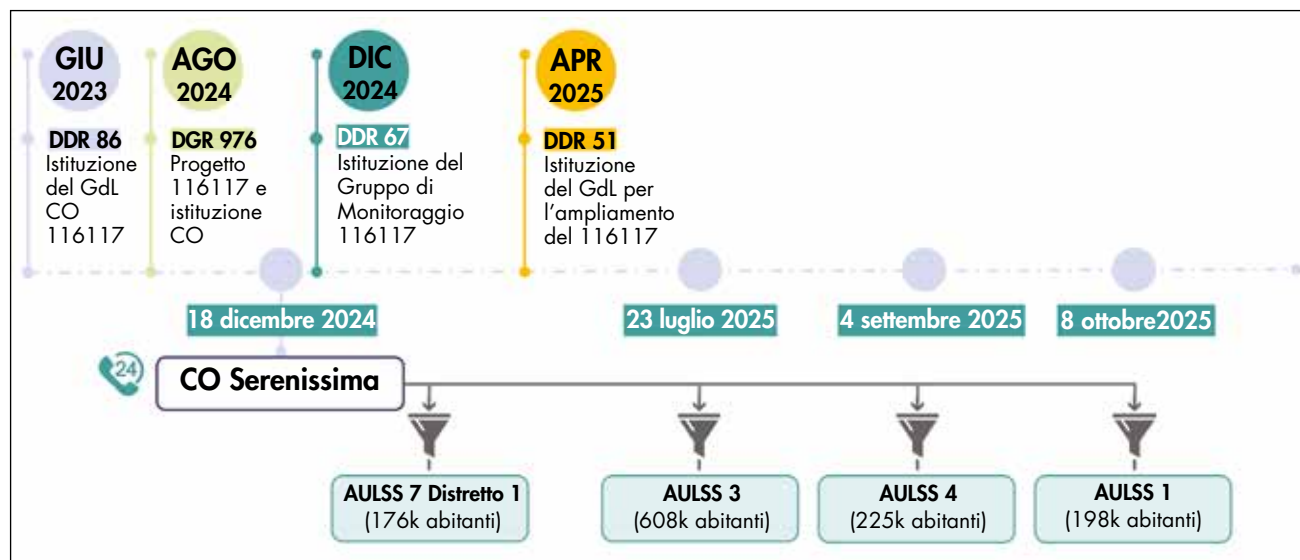


Fig. 4

Il percorso di progettazione e implementazione del progetto 116117 in Regione Veneto

ULSS: senza basi dati affidabili e coerenti, nessuna infrastruttura digitale può garantire appropriatezza, continuità e uniformità di risposta.

5. La governance del progetto e il processo di cambiamento

La governance del progetto 116117 è affidata alla Direzione dell'Area Sanità e Sociale della Regione del Veneto, che ne presidia l'uniformità, la coerenza e l'allineamento con le strategie regionali per l'assistenza territoriale. Le due Centrali Operative 116117, istituite rispettivamente presso le AULSS 3 e (in futuro) 8, operano come strutture regionali a servizio dell'intero sistema sanitario veneto, superando i confini aziendali e assicurando omogeneità di standard e procedure su tutto il territorio. È stato anche istituito un gruppo per l'ampliamento del progetto, con la finalità di creare uno spazio stabile di confronto tra il livello regionale e i referenti aziendali 116117, favorendo il dialogo, la condivisione delle esperienze e la co-progettazione delle suc-

cessive fasi di implementazione. In questo modo, la governance del progetto si configura come un sistema multilivello, in cui la regia regionale assicura coerenza e indirizzo strategico, mentre il coinvolgimento delle Aziende ULSS garantisce l'aderenza del modello ai contesti locali e la possibilità di un miglioramento evolutivo e partecipato.

La Fig. 4 rappresenta la timeline di progettazione e implementazione del servizio, evidenziando nella parte superiore le tappe di governance e nella parte inferiore l'avvio progressivo della sperimentazione e la sua estensione territoriale.

Il percorso è iniziato con la definizione del modello 116117 Regione Veneto, elaborato a livello strategico dal Direttore Generale dell'Area Sanità e Sociale. In questa fase sono stati precisati gli elementi fondativi del progetto – finalità, funzioni e modello di risposta – cui è seguita l'istituzione di un Gruppo di Lavoro regionale multidisciplinare, composto da rappresen-

ti delle strutture regionali e delle Aziende ULSS. Il gruppo ha avuto il compito di tradurre le linee strategiche in un modello organizzativo e operativo concreto, definendo processi, ruoli, responsabilità e strumenti tecnologici a supporto.

Una volta approvato il modello, si è passati alla creazione delle precondizioni organizzative, infrastrutturali e tecnologiche necessarie all'avvio della sperimentazione. Le attività hanno riguardato la mappatura dei servizi territoriali, la predisposizione delle infrastrutture informatiche (integrazione dei sistemi, lancio del software PUA e del nuovo applicativo di Continuità Assistenziale), la stima della domanda e il dimensionamento del personale, l'assunzione e formazione degli operatori di centrale, la definizione degli indicatori di monitoraggio e la creazione di un cruscotto regionale per il controllo delle performance. A completamento, è stata realizzata una campagna di comunicazione volta a informare cittadini e professionisti sull'avvio del nuovo servizio e le sue finalità.

La sperimentazione è stata avviata il 18 dicembre 2024 con l'attivazione della CO Serenissima e l'erogazione del servizio nel Distretto 1 di Bassano del Grappa (AULSS 7 Pedemontana), scelto per ragioni tecniche legate alla possibilità di perimetrare le chiamate in ingresso attraverso un prefisso telefonico dedicato. La fase di test è stata concepita per collaudare, monitorare e migliorare progressivamente il modello. A questo scopo è stato istituito un Gruppo regionale di monitoraggio, dedicato alla valutazione dei risultati della sperimentazione e al miglioramento continuo dei processi. Tale organismo ha il compito di analizzare

le evidenze emerse, proporre correttivi operativi e accompagnare le fasi di estensione del progetto, in un'ottica di apprendimento progressivo e adattamento dinamico. Il modello, infatti, è concepito come sistema evolutivo, destinato a essere affinato sulla base dei dati raccolti e dell'esperienza maturata nei diversi contesti aziendali. Nei mesi successivi, la sperimentazione è stata progressivamente estesa: il 23 luglio 2025 all'AULSS 3 Serenissima (circa 608.000 abitanti), il 4 settembre 2025 all'AULSS 4 Veneto Orientale (225.000 abitanti) e l'8 ottobre 2025 all'AULSS 1 Dolomiti (198.000 abitanti). Complessivamente, al termine di questa fase, la CO Serenissima serve un bacino di oltre 1,2 milioni di cittadini veneti. Il cronoprogramma prevede che entro giugno 2026 il servizio raggiunga la piena operatività su scala regionale, completando così un percorso che, in poco più di due anni, ha trasformato un'iniziativa sperimentale in una infrastruttura strategica di sistema, capace di armonizzare l'accesso ai servizi territoriali e di rafforzare la rete dell'assistenza di prossimità.

Per accompagnare l'estensione del modello, la Regione ha avviato un percorso di formazione e accompagnamento rivolto alle strutture coinvolte, con l'obiettivo di consolidare gli apprendimenti maturati durante la sperimentazione e capitalizzarne i risultati. Il percorso ha permesso di restituire in modo sistematico le evidenze e gli strumenti sviluppati, rafforzando la consapevolezza del ruolo strategico del 116117 come leva di innovazione per la sanità territoriale. Il numero unico si configura infatti come punto di accesso integrato e semplificato, in grado di ricomporre l'offerta

dei servizi e promuovere una logica di miglioramento continuo orientata dai dati. Allo stesso tempo, il processo ha favorito la preparazione condivisa dell'estensione del servizio alle nuove Aziende ULSS, sostenendo il cambiamento organizzativo attraverso il coinvolgimento attivo dei territori e la diffusione delle buone pratiche emerse durante la sperimentazione.

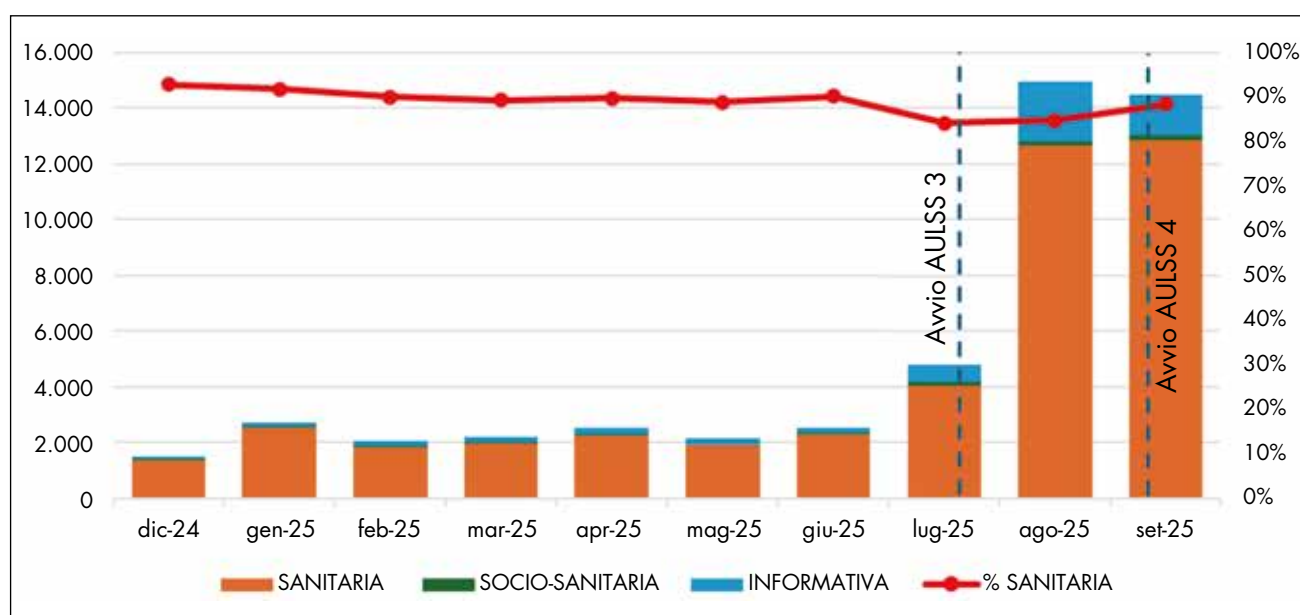
6. I risultati della sperimentazione

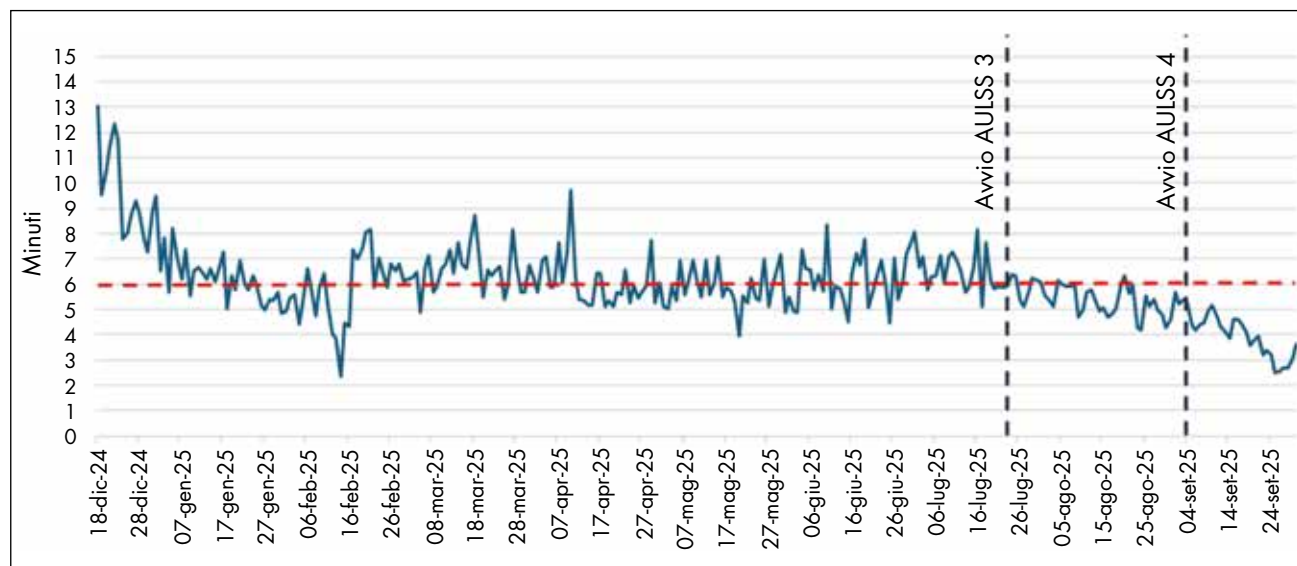
Nell'ambito delle attività di sperimentazione avviate nel dicembre 2024, è stato subito attivato un cruscotto di monitoraggio che ha consentito di lavorare sulle evidenze raccolte in tempo reale sull'attività della CO e dei setting riceventi. I dati di seguito presentati sono aggiornati al mese di settembre 2025 e tengono pertanto conto della prima fase di sperimentazione (Distretto di Bassano del Grappa, AULSS 7) e delle prime estensioni (AULSS 3 e AULSS 4).

La Fig. 5 mostra l'andamento temporale delle chiamate ricevute dalla CO dal 18 dicembre 2024 al 30 settembre 2025. Si tratta di un volume complessivo di 49.963 chiamate gestite. In media, il 90% circa delle chiamate esprime un bisogno che porta all'attivazione del protocollo sanitario, mentre rimane ancora minoritario il ricorso al servizio per i bisogni di natura informativa e soprattutto per quelli di natura socio-sanitaria. È da segnalare però che, con il passare del tempo e in concomitanza con la prima estensione, aumenta considerevolmente la percentuale di chiamate relative a bisogni di natura informativa (dal 7% a gennaio, al 9% a giugno e al 15% ad agosto). I primi mesi di attività, che hanno visto interessato soltanto il Distretto di Bassano dell'AULSS 7, sono caratterizzati da una sostanziale stabilità. L'avvio dell'AULSS 3 determina un'importante discontinuità e fornisce un ulteriore segnale di quanto l'andamento

Fig. 5

Andamento del numero di chiamate per tipologia di risposta





delle richieste in questa prima fase sia ancora fortemente caratterizzato dalle dinamiche relative all'accessibilità dei servizi di cure primarie. Il solo mese di agosto 2025 (Distretto di Bassano e AULSS 3) registra infatti più chiamate dell'intero mese di settembre, quando il servizio comprendeva già il territorio dell'AULSS 4. In termini di operatività ed efficienza del servizio, si registra un evidente processo di apprendimento nel tempo (Fig. 6). Già durante il primo mese di attività, la durata media delle chiamate si è dimezzata da oltre 13 minuti iniziali a circa 6 minuti. Il dato è rimasto sostanzialmente costante durante la prima fase di sperimentazione, con naturali fluttuazioni legate ai picchi settimanali di attività (sabato e domenica). A partire dalla prima estensione di luglio sembra inoltre che la durata media sia tornata a comprimersi, scendendo abbondantemente sotto la media dei 6 minuti a settembre a testimonianza non solo dell'apprendimen-

to continuo ma anche dei margini di flessibilità interna del modello, senza compromissione dell'efficacia. Coerentemente con quanto già descritto inizialmente, ovvero sulla prevalenza dei bisogni sanitari all'origine delle chiamate, la maggior parte delle richieste ha come esito un servizio sanitario, e nello specifico la Continuità Assistenziale è il principale destinatario, con oltre l'81% delle richieste inoltrate. Una quota significativa di richieste di tipo sanitario è comunque gestita dal medico "in cloud" di CO (8,7%), mentre le rimanenti sono indirizzate a diversi setting di risposta, tra cui gli MMG/PLS in orario di apertura, i servizi medici della Casa di Comunità, il PS e l'ambulatorio infermieristico. Il grosso dei bisogni informativi è invece gestito direttamente dall'operatore di CO, mentre la totalità dei bisogni socio-sanitari è gestita attraverso il ricorso alla presa in carico gestita tramite software PUA (Fig. 7).

Fig. 6
Andamento della durata media delle chiamate

● MATERIALI PER LA RICERCA E L'APPROFONDIMENTO

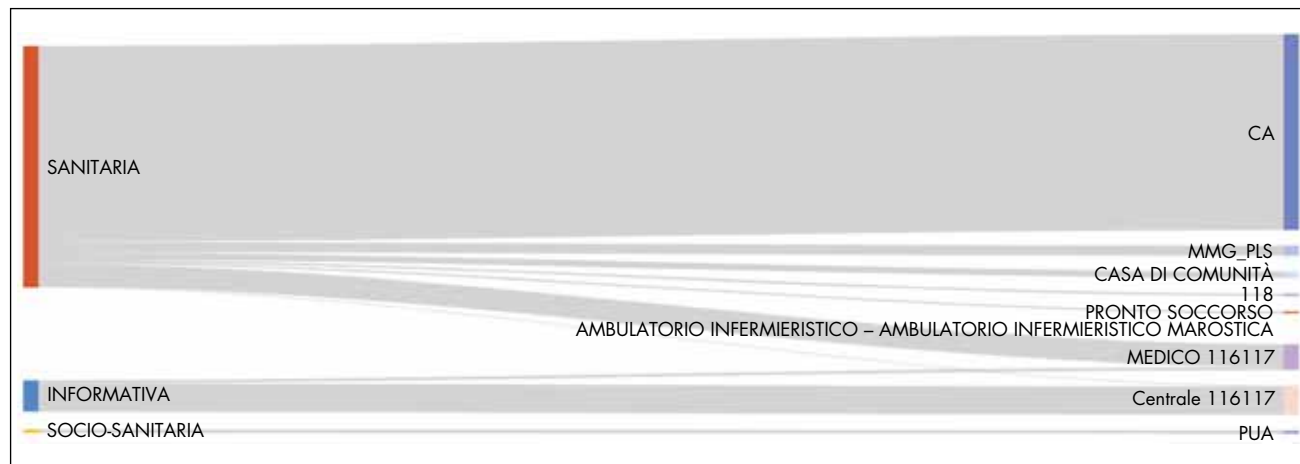
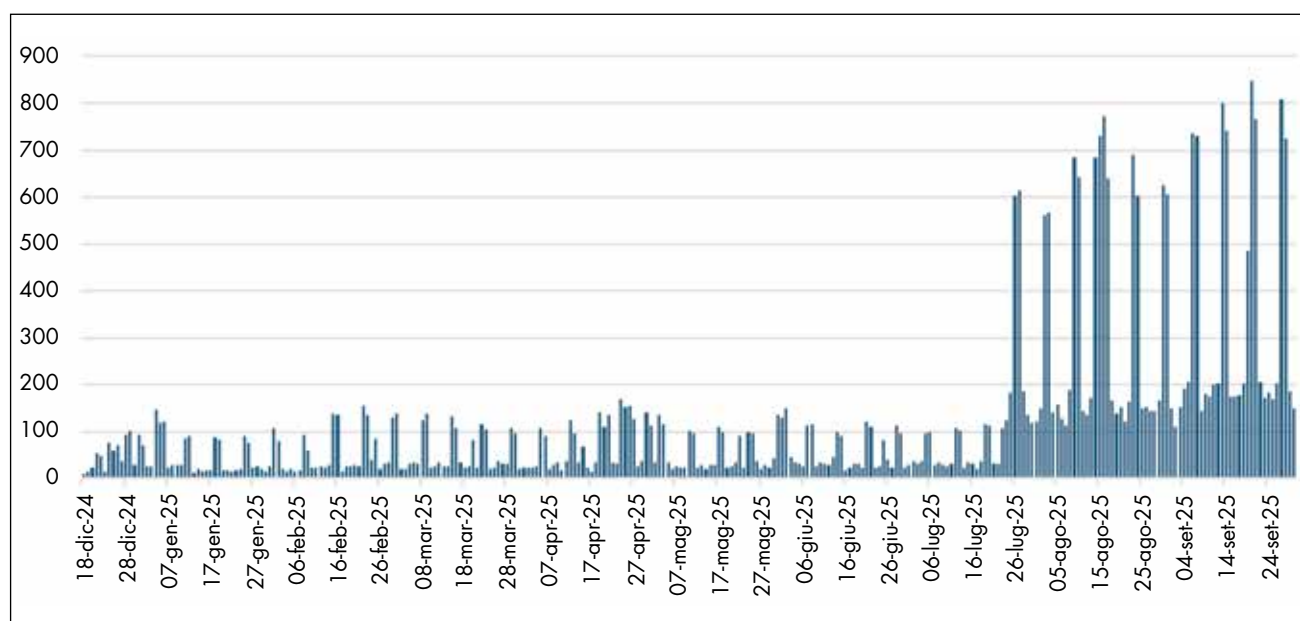


Fig. 7
Smistamento dei bisogni
nei setting di destinazione

Fig. 8
Andamento degli inoltri
alla CA

L'andamento degli inoltri alla Continuità Assistenziale è molto esplicativo dei picchi di attività del servizio 116117, ancora fortemente ancorati all'operatività dei servizi medici di cure primarie (CA e medicina generale). Oltre al fisiologico aumento degli inoltri dovuto all'ampliamento, sono evidenti i picchi di inoltri durante i

giorni di attività della CA: sabato, domenica, pre-festivi e festivi (Fig. 8). Un ulteriore elemento interessante da osservare sta nella relazione tra 116117 e rete di emergenza. La Fig. 9 deriva dall'incrocio delle informazioni relative agli inoltri da parte della CO e dell'accesso al PS nelle ore successive. È innanzitutto interessante osservare come un



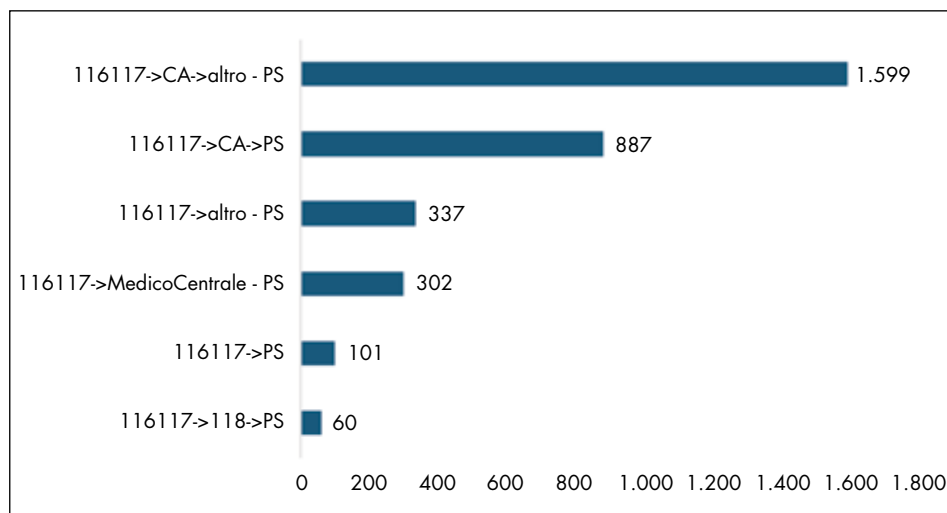


Fig. 9
Distribuzione accessi al PS
per modalità di invio

numero marginale di richieste (5%) sia inoltrato dalla CO direttamente al PS (3%) o alla centrale del 118 (2%). Sono le chiamate il cui esito dal sistema SMASS riguarda una valutazione di assistenza di *emergency* o *immediately*. Il 95% degli accessi in PS successivi a una chiamata al 116117 transitano di fatto da un ulteriore passaggio, che sia il solo medico di centrale (9%), la sola CA (27%) o ulteriori passaggi non precisamente definiti, ma tra i quali è possibile includere il MMG/PLS.

Un ultimo elemento di approfondimento sull'attività della CO riguarda la destinazione dei bisogni socio-sanitari. Pur essendo ancora un'attività minoritaria del servizio, è interessante riportare la varietà dei setting di destinazione (Fig. 10) possibile soltanto grazie all'attività propedeutica di mappatura dei bisogni e associazione degli stessi a un setting di destinazione.

Infine, un ultimo aspetto riguarda la soddisfazione degli utenti. Alla fine di ogni chiamata, tutti gli utenti ricevono allo stesso numero di telefono un questionario di gradimento in varie sezio-

ni. Riportando i dati di sintesi sul gradimento espresso (Fig. 11) – a cui al 30 settembre avevano risposto oltre 3.600 utenti, pari a oltre il 7% delle chiamate ricevute – il servizio sembra incontrare le preferenze degli utenti, che riportano una valutazione di soddisfazione molto elevata e sostanzialmente costante tra le varie fasi del progetto.

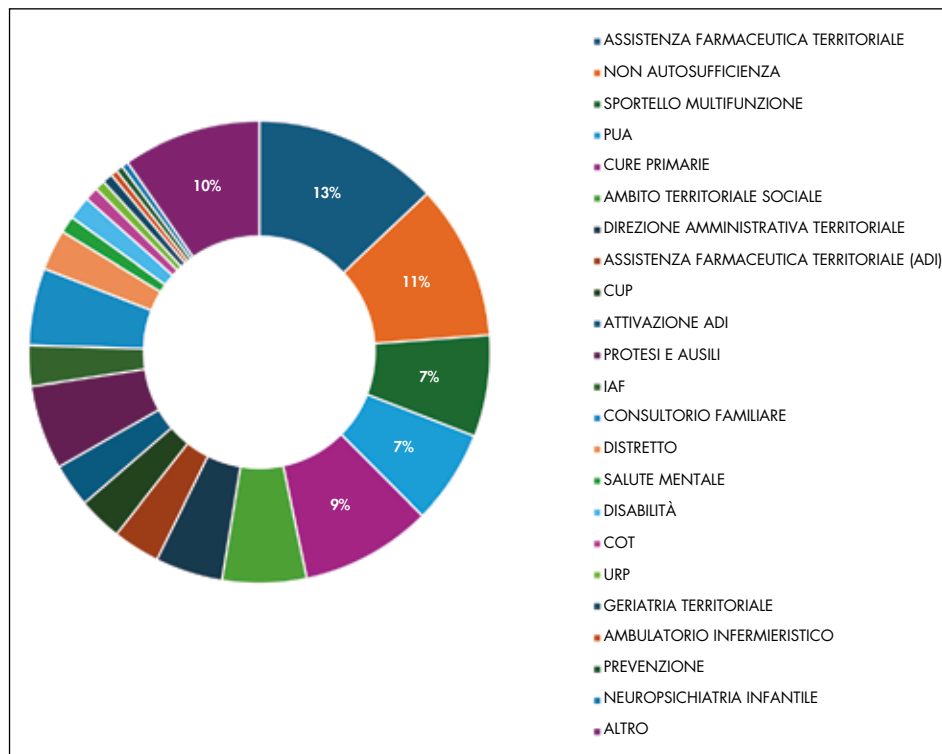
7. Sfide future

L'attivazione del 116117 in Veneto segna un passaggio cruciale nella costruzione di una governance integrata della sanità territoriale e di un nuovo service model. Il nuovo cruscotto regionale di monitoraggio consente di confrontare in modo trasparente le performance delle Aziende ULSS, favorendo benchmarking, apprendimento reciproco e miglioramento continuo secondo modalità concretamente *data-driven*. Il progetto pone tuttavia alcune sfide rilevanti: la definizione chiara dei percorsi e delle responsabilità, la costruzione di metriche omogenee e condivise che

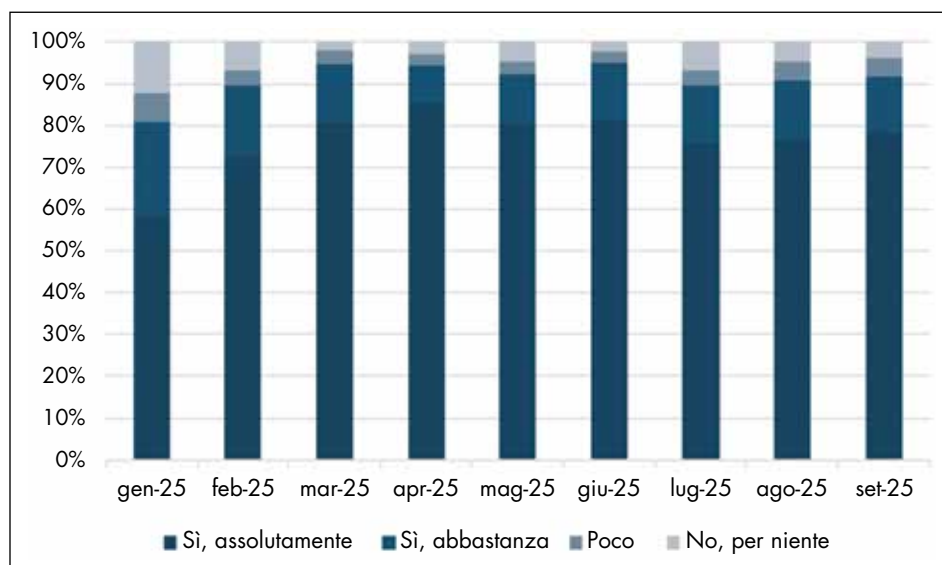
● MATERIALI PER LA RICERCA E L'APPROFONDIMENTO

Fig. 10

Distribuzione setting di destinazione per i bisogni socio-sanitari codificati

**Fig. 11**

Soddisfazione degli utenti



sostengano il miglioramento senza generare rigidità, il rafforzamento delle relazioni territoriali tra AULSS,

medici, farmacie e Comuni, e una maggiore trasparenza verso cittadini e stakeholder.

Pur essendo a regia regionale, il successo del 116117 dipende dal coinvolgimento attivo delle Aziende ULSS e dalla loro capacità di riallineare modelli e processi in coerenza con gli standard regionali.

La Direzione Generale Sanità e Sociale continuerà a monitorare risultati e processi, promuovendo un miglioramento continuo e garantendo standard omogenei di qualità, efficacia e

sostenibilità, e orientamento della vision a una evoluzione che sia in grado di adattarsi ai mutamenti della domanda di servizi per la salute.

In prospettiva, il 116117 potrà consolidarsi come servizio di sistema, rafforzando la rete territoriale e offrendo ai cittadini veneti un accesso uniforme, appropriato e integrato ai servizi di cura e assistenza.

BIBLIOGRAFIA

Agenas – Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali (2022). *Le centrali operative: Standard di servizio, modelli organizzativi, tipologie di attività ed esperienze regionali*. Roma: Agenas. Supplemento alla rivista *Monitor* (*Quaderni di Monitor*). ISBN 2282-5975.

Schäfer I., Menzel A., Herrmann T., Willms G., Oltrogge J.H., Lühmann D., Scherer M. (2023).

Compliance and patient satisfaction with treatment settings recommended by the medical on-call service 116117 in Germany using computer-assisted structured initial assessment: a cross-sectional observational study accompanying the demand intervention. *BMJ open*, 13(5): e070475.