

FRANCO PESARESI

# LE CASE DELLA COMUNITA'

---

Come saranno

**Network Non Autosufficienza (NNA)**

**08/03/2022**

Le Case della Comunità che si stanno realizzando in Italia: che cosa sono, quante saranno, che cosa faranno, con quale personale e con quali risorse.

# LE CASE DELLA COMUNITA': COME SARANNO

**Franco Pesaresi**

Con il Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR) e con la bozza di decreto sui “Modelli e standard per lo sviluppo dell’assistenza territoriale nel Servizio Sanitario Nazionale” inviato alla Conferenza Stato-Regioni per l’approvazione si sono definite le caratteristiche delle Case della Comunità.

Si tratta di uno strumento nuovo del Servizio Sanitario Nazionale che, con i finanziamenti del PNRR, si svilupperà diffusamente per cui è necessario comprenderlo appieno per utilizzare bene i finanziamenti e per collocarlo in modo appropriato nel sistema delle cure territoriali.

Con il presente lavoro si cerca di delineare le caratteristiche delle Case della Comunità sulla base dei documenti a disposizione evidenziando, laddove presenti, gli elementi da approfondire o le criticità che emergono.

## ***1. Le Case della Comunità: che cosa sono?***

La Casa della Comunità (CdC) è il luogo fisico pubblico, di prossimità e di facile individuazione al quale l’assistito può accedere per poter entrare in contatto con il sistema di assistenza sanitaria.

La CdC è una struttura facilmente riconoscibile e raggiungibile dalla popolazione di riferimento, per l’accesso, l’accoglienza, l’orientamento dell’assistito, la progettazione e l’erogazione degli interventi sanitari.

La CdC introduce un modello organizzativo di approccio integrato e multidisciplinare attraverso la modalità operativa dell’équipe multiprofessionale territoriale. L’attività, infatti, deve essere organizzata in modo tale da permettere un’azione d’équipe tra Medici di Medicina Generale, Pediatri di Libera Scelta, Specialisti Ambulatoriali Interni – anche nelle loro forme organizzative – Infermieri di Famiglia o Comunità (IFAoC), altri professionisti della salute disponibili a legislazione vigente nell’ambito delle aziende sanitarie, quali ad esempio Psicologi, Ostetrici, Professionisti dell’area della Prevenzione, della Riabilitazione e Tecnica, e Assistenti Sociali.

Essa rappresenta il luogo in cui il SSN si coordina e si integra con il sistema dei servizi sociali degli enti locali del bacino di riferimento proponendo un raccordo intrasettoriale dei servizi in termini di percorsi e soluzioni basati sull’integrazione delle diverse dimensioni di intervento e dei diversi ambiti di competenza.

La CdC, quale luogo di progettualità con e per la comunità di riferimento, svolge quattro funzioni principali:

- è il luogo dove la comunità, in tutte le sue espressioni e con l’ausilio dei professionisti, interpreta il quadro dei bisogni, definendo il proprio progetto di salute, le priorità di azione e i correlati servizi;

- è il luogo dove professioni integrate tra loro dialogano con la comunità e gli utenti per riprogettare i servizi in funzione dei bisogni della comunità, attraverso il lavoro interprofessionale e multidisciplinare;
- è il luogo dove le risorse pubbliche vengono aggregate e ricomposte in funzione dei bisogni della comunità attraverso lo strumento del budget di comunità;
- è il luogo dove la comunità ricompono il quadro dei bisogni locali sommando le informazioni dei sistemi informativi istituzionali con le informazioni provenienti dalle reti sociali (bozza di decreto, 2022).

## ***2. Dalle Case della Salute alle Case della Comunità***

Secondo una ricognizione del Servizio Studi della Camera dei Deputati, nel 2020 c'erano in Italia almeno 493 Case della Salute (Cfr. Tab. 1).

Come si rapportano le Case della Salute con le Case della Comunità? Sono la stessa cosa o sono strutture diverse?

La Casa della Salute è stata prevista dalla legge Finanziaria 2007<sup>1</sup> che ha stanziato specifiche risorse, pari a 10 milioni di euro, per la sperimentazione del modello assistenziale delle Case della salute. Con il Decreto del Ministero della Salute del 10 luglio 2007 sono state poi emanate le linee guida per l'accesso al cofinanziamento ai fini della sperimentazione progettuale delle Case della Salute.

La Casa della Salute, come definita dal Decreto del 2007, è una struttura polivalente in grado di erogare in uno stesso spazio fisico l'insieme delle prestazioni socio-sanitarie, favorendo, attraverso la contiguità spaziale dei servizi e degli operatori, l'unitarietà e l'integrazione dei livelli essenziali delle prestazioni sociosanitarie.

All'interno della struttura devono trovare collocazione gli studi dei Medici di Medicina Generale (MMG) e deve essere garantita la continuità assistenziale 7 giorni su 7 e per le 24 ore attraverso il lavoro in team con i medici di continuità assistenziale (MCA) e di emergenza territoriale. Gli studi di MMG che per ragioni di opportunità non possono trovare collocazione all'interno della struttura devono essere in ogni caso a questa funzionalmente collegati attraverso un idoneo sistema a rete che consenta la gestione informatizzata dei dati clinici dei pazienti. Sono parte integrante della Casa della Salute gli ambulatori della Specialistica ambulatoriale. Devono essere in ogni caso previsti appositi protocolli che disciplinino i rapporti tra gli specialisti ambulatoriali, i MMG e gli altri professionisti sanitari al fine di rendere possibili, in caso di richiesta urgente l'effettuazione di consulenze e di refertazioni nell'arco della stessa giornata.

Nella Casa della Salute deve essere attivato l'ambulatorio infermieristico e l'ambulatorio per le piccole urgenze che non richiedano l'accesso al PS Ospedaliero. Gli infermieri assegnati stabilmente all'area sub-distrettuale, pur mantenendo la loro autonomia professionale, operano in stretto rapporto di collaborazione con i Medici di Medicina Generale (MMG) nei moduli operativi integrati: l'Unità di Valutazione Multidimensionale (UVM), l'ADI, il Centro Diurno, la Residenza Sanitaria Assistenziale (RSA), la degenza territoriale (Ospedale di Comunità).

---

<sup>1</sup> Legge n. 296 del 2006 - Art. 1, comma 806, lett. a).

Ai fini della integrazione tra attività sanitarie e attività socio-assistenziali, nella struttura deve essere presente lo Sportello Unico di Accesso all'insieme delle prestazioni ad integrazioni socio assistenziale. Attraverso lo sportello unico ed il personale ad esso dedicato, si realizza la presa in carico del paziente attraverso l'affido diretto alle unità valutative e agli altri servizi da cui dipende la definizione e l'attuazione del percorso assistenziale individuale.

In contiguità con lo sportello unico di accesso deve essere allocato il Centro Unico di Prenotazioni (CUP) per tutte le prestazioni erogate dal Servizio sanitario nazionale.

Il servizio di Assistenza Domiciliare Integrata (ADI) è una delle funzioni che deve trovare allocazione all'interno della Casa della Salute. Nella Casa della salute deve infine trovare implementazione la telemedicina e il teleconsulto a distanza attraverso la messa in opera di una piattaforma tecnologica che consenta il collegamento in tempo reale con l'ospedale di riferimento per la diagnostica di secondo livello (Camera dei Deputati, 2021).

Come si può verificare facilmente confrontando i contenuti di questo paragrafo con quelli del paragrafo 5 sulle “attività e funzioni” delle Case della Comunità ed in particolare con le previsioni della tab. 2, le due strutture sono assimilabili, seppur le Case della Comunità si possono considerare una evoluzione delle Case della Salute. In effetti, tutti i contenuti delle Case della Salute sono ricompresi all'interno delle Case della Comunità per cui si può serenamente affermare che tutte le Case della Salute saranno assorbite nella rete delle Case della Comunità la cui distribuzione nel territorio va però riprogrammata con grande attenzione tenendo conto delle strutture pre-esistenti e di quelle nuove previste dal PNRR.

Lo stesso concetto, peraltro, è anche esplicitato dalla bozza di decreto sugli standard territoriali in discussione in Conferenza Stato-Regioni laddove si afferma che “tutte le strutture fisiche territoriali già esistenti devono utilmente rientrare nella progettazione della nuova geografia dei servizi e strutture territoriali e quindi delle CdC e dei servizi correlati in rete. Il piano di sviluppo dei servizi territoriali di ogni singolo contesto regionale deve quindi tendere ad una progettazione dei servizi in rete, con una precisa selezione delle infrastrutture fisiche esistenti da valorizzare, riorientare con altre vocazioni e servizi o dismettere” (bozza di decreto, 2022).

Per cui, a regime, la progettazione della delle Case della Comunità deve tener conto, riorganizzare e ricollocare le strutture pre-esistenti in un'unica rete di CdC. In Italia, sono state censite almeno 493 Case della Salute (Cfr. Tab.1) che dovranno pertanto essere riconvertite in Case della Comunità (hub o spoke) o dismesse oppure destinate ad altri utilizzi al fine di riordinare in modo coerente ed omogeneo la rete delle CdC.

### ***3. I modelli organizzativi delle CdC***

Vengono previsti due modelli organizzativi per le Case della Comunità. Per rispondere alle differenti esigenze territoriali, garantire equità di accesso, capillarità e prossimità del servizio, si prevede la costituzione di una rete di assistenza territoriale formata secondo il modello hub e spoke. Ci saranno quindi Case della Comunità Hub e CdC spoke. Le differenze fra le due tipologie non vengono esplicitate ma si desumono dai contenuti indicati nella tab. 2. La CdC hub è la struttura di riferimento, completa nelle sue dotazioni di servizio e punto di riferimento per la programmazione sanitaria. Le CdC spoke sono invece sue articolazioni territoriali con dotazioni di servizi molto più

ridotta ma il cui numero sarà autonomamente stabilito dalle singole regioni perché non vi sono standard nazionali di riferimento a questo proposito.

Sia nell'accezione hub sia in quella spoke, la CdC costituisce l'accesso unitario fisico per la comunità di riferimento ai servizi di assistenza primaria. Entrambe, quindi, propongono un'offerta di servizi costituita da Medici di Medicina Generale (MMG), Pediatri di libera Scelta (PLS), specialisti ambulatoriali interni, infermieri di famiglia o comunità, infermieri che operano nell'assistenza domiciliare, presenza di tecnologie diagnostiche di base.

#### *Standard di riferimento per la programmazione sanitaria territoriale*

Le regioni devono prevedere almeno 1 Casa della Comunità hub ogni 40.000-50.000 abitanti.

Non ci sono invece standard di riferimento per le Case della Comunità spoke. La distribuzione delle CdC spoke e degli ambulatori di MMG e PLS deve tener conto delle caratteristiche orografiche e demografiche del territorio al fine di favorire la capillarità dei servizi e maggiore equità di accesso, in particolare nelle aree interne e rurali, nel pieno rispetto del principio di prossimità.

Tutte le aggregazioni dei MMG e PLS (Aggregazioni Funzionali Territoriali - AFT e Unità Complesse di Cure Primarie - UCCP) sono ricomprese nelle Case della Comunità avendone in esse la sede fisica oppure a queste collegate funzionalmente; alle Case della Comunità accederanno anche gli specialisti ambulatoriali (bozza di decreto, 2022).

#### **4. Diffusione delle CdC**

Il PNRR prevede l'attivazione di 1.350 Case della Comunità entro la metà del 2026, che potranno utilizzare sia strutture già esistenti sia nuove (Cfr. Tab. 1).

Queste strutture finanziate (una ogni 44.000 abitanti) non esauriscono del tutto la possibilità che le regioni hanno di prevedere anche altre Case della Comunità hub dato che gli standard nazionali fissano una soglia minima (almeno 1 CdC hub ogni 40-000/50.000 ab.) ma non un tetto massimo. Per esempio, se le regioni volessero prevedere una Casa della Comunità con il bacino di popolazione più basso e cioè una ogni 40.000 abitanti sarebbe possibile prevedere in Italia altre 131 CdC hub fino ad arrivare a 1.481. Saranno comunque le regioni a stabilire se intendono fermarsi a 1.350 CdC hub oppure sfruttare la possibilità di prevedere e realizzare un numero di CdC hub superiore a quello stabilito negli atti di finanziamento del PNRR<sup>2</sup>. Non ci sono invece parametri quantitativi di riferimento per le CdC spoke che potranno essere previste dalle regioni in base alle necessità stabilite dalle medesime regioni.

In questo contesto ci sono dunque ampie possibilità di riutilizzo delle "vecchie" 493 Case della Salute che potranno essere riconvertite in CdC hub o in CdC spoke secondo le necessità della programmazione sanitaria regionale o anche destinate ad altri utilizzi.

---

<sup>2</sup> La Regione Toscana, per esempio, ha indicato, oltre le 70 Case della Comunità previste nel PNRR, 82 già esistenti e 8 realizzate con fondo complementare regionale (Decisione della Giunta regionale n. 36 del 20/12/2021) (Geddes, 2022).

**Tab. 1 – Case della Comunità finanziate con il PNRR e Case della Salute**

<b>Regioni</b>	<b>Case della Salute dichiarate attive (2020)</b>	<b>Case della Comunità finanziate dal PNRR</b>
Piemonte	71	82
Valle d'Aosta	-	2
Lombardia	-	187
PA Bolzano	-	10
PA Trento	-	10
Veneto	77	91
Friuli Venezia Giulia	-	23
Liguria	4	30
Emilia-Romagna	124	84
Toscana	76	70
Umbria	8	17
Marche	21	29
Lazio	22	107
Abruzzo	n.d.	40
Molise	6	9
Campania	-	169
Puglia	-	120
Basilicata	1	17
Calabria	13	57
Sicilia	55	146
Sardegna	15	50
<b>Italia</b>	<b>493</b>	<b>1.350</b>

Fonte: nostra elaborazione su dati Decreto Ministro Salute 20/1/2022 e Camera dei Deputati (2021).

## **5. Attività e funzioni**

L'obiettivo dello sviluppo delle CdC è quello di garantire in modo coordinato:

- l'accesso unitario e integrato all'assistenza sanitaria, sociosanitaria a rilevanza sanitaria in un luogo di prossimità, ben identificabile e facilmente raggiungibile dalla popolazione di riferimento;
- la risposta e la garanzia di accesso unitario ai servizi sanitari, attraverso le funzioni di assistenza al pubblico e di supporto amministrativo-organizzativo ai pazienti svolte dal Punto Unico di Accesso (PUA);
- la prevenzione e la promozione della salute anche attraverso interventi realizzati dall'equipe sanitaria con il coordinamento del Dipartimento di Prevenzione e Sanità Pubblica aziendale;
- la presa in carico della cronicità e fragilità secondo il modello della sanità di iniziativa;
- la valutazione del bisogno della persona e l'accompagnamento alla risposta più appropriata;
- la risposta alla domanda di salute della popolazione e la garanzia della continuità dell'assistenza anche attraverso il coordinamento con i servizi sanitari territoriali (es. DSM, consultori, ecc.);

- l'attivazione di percorsi di cura multidisciplinari, che prevedono l'integrazione tra servizi sanitari, ospedalieri e territoriali, e tra servizi sanitari e sociali;
- la partecipazione della comunità locale, delle associazioni di cittadini, dei pazienti, dei caregiver (bozza decreto, 2022)

La CdC hub e spoke garantiscono la presenza dei professionisti indicati nella tab. 2, nell'ambito di quelli disponibili a legislazione vigente anche attraverso interventi di riorganizzazione aziendale, e l'erogazione dei servizi della tab.2, anche mediante modalità di telemedicina e tele assistenza.

Nelle Case di Comunità hub si prevedono 10-15 ambulatori a servizio di 10-20 MMG che operano al servizio dei propri assistiti (Mantovan, 2021). Inoltre, nelle CdC hub e spoke è garantita l'assistenza medica H12, 6 giorni su 7, attraverso la presenza dei MMG afferenti alle Aggregazioni Funzionali Territoriali (AFT) del Distretto di riferimento quale attività ambulatoriale aggiuntiva rispetto a quella svolta nei confronti dei propri assistiti.

I nuovi standard per i consultori prevedono la presenza di almeno 1 consultorio ogni 20.000 abitanti con la possibilità di 1 ogni 10.000 nelle aree interne e rurali. Per cui è probabile che possano essere presenti in tutte le CdC hub mentre la loro presenza nelle Case della Comunità spoke viene solo raccomandata.

L'Unità di Continuità Assistenziale (UCA) è un'équipe mobile distrettuale per la gestione e il supporto della presa in carico di individui, o di comunità, che versano in condizioni clinico-assistenziali di particolare complessità e che comportano una comprovata difficoltà operativa. I nuovi standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale affermano che si tratta di un servizio di distretto ma che la sede operativa è la Casa della Comunità *hub* alla quale afferisce anche dal punto di vista organizzativo. Gli standard specifici però stabiliscono che debba avere 1 Medico e 1 Infermiere ogni 100.000 abitanti, e cioè un bacino di utenza almeno doppio delle CdC hub (bozza di decreto, 2022). La conseguenza è che le UCA troveranno collocazione solo in circa metà delle CdC hub.

**Tabella 2: Servizi previsti da standard nelle Case della Comunità**

Servizi	Modello organizzativo	
	Casa della Comunità hub	Casa della Comunità spoke
Servizi di cure primarie erogati attraverso équipe multiprofessionali (MMG, PLS, Continuità assistenziale, Specialisti ambulatoriali interni (SAI), IFoC, ecc.)	OBBLIGATORIO	
Punto Unico di Accesso (PUA) sanitario	OBBLIGATORIO	
Servizio di assistenza domiciliare di livello base	OBBLIGATORIO	
Servizi di specialistica ambulatoriale per le patologie ad elevata prevalenza (cardiologia, pneumologia, diabetologia, ecc.)	OBBLIGATORIO	
Servizi infermieristici, sia in termini di prevenzione collettiva e promozione della salute pubblica, inclusa l'attività dell'Infermiere di Famiglia o Comunità (IFeC), ambulatori infermieristici per la gestione integrata della cronicità e per la risposta ai bisogni occasionali	OBBLIGATORIO	
Sistema integrato di prenotazione collegato al CUP aziendale	OBBLIGATORIO	
Integrazione con i Servizi Sociali	OBBLIGATORIO	
Partecipazione della Comunità e valorizzazione della co-produzione, attraverso le associazioni di cittadini e volontariato	OBBLIGATORIO	
Collegamento con la Casa della Comunità hub di riferimento		OBBLIGATORIO
Presenza medica	OBBLIGATORIO H24, 7/7 gg anche attraverso l'integrazione della Continuità Assistenziale	OBBLIGATORIO H12, 6/7 gg
Presenza infermieristica	OBBLIGATORIO H12, 7/7 gg	OBBLIGATORIO H12, 6/7 gg
	FORTEMENTE RACCOMANDATO H24, 7/7 gg	
Servizi diagnostici di base finalizzati al monitoraggio della cronicità con strumentazione diagnostica di base (ecografo, elettrocardiografo, retinografo, oct, spirometro, ecc.) anche attraverso strumenti di telemedicina (es. telerefertazione, ecc.)	OBBLIGATORIO	FACOLTATIVO
Continuità Assistenziale	OBBLIGATORIO	FACOLTATIVO
Punto prelievi	OBBLIGATORIO	FACOLTATIVO
Servizi per la salute mentale, le dipendenze patologiche e la neuropsichiatria infantile e dell'adolescenza	RACCOMANDATO	
Medicina dello sport	RACCOMANDATO	
Attività Consultoriali	RACCOMANDATO	
Programmi di screening	FACOLTATIVO	
Vaccinazioni	FACOLTATIVO	

Fonte: Bozza decreto del Ministero della Salute "Modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nel Servizio sanitario nazionale".

## 6. *Il personale*

I nuovi standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale prevedono i seguenti standard di personale per 1 Casa di Comunità hub:

- 7-11 Infermieri;
- 1 assistente sociale;
- 5-8 unità di Personale di Supporto, (Sociosanitario, Amministrativo), di cui 5 dovrebbero essere amministrativi secondo la documentazione allegata al PNRR.

Nello stesso capitolo sulle CdC, ma qualche pagina dopo, gli infermieri diventano 8-12. Si dice, infatti, che le CdC hub al fine di assicurare i servizi previsti dovranno essere dotate di 8-12 Infermieri di Famiglia o Comunità organizzati indicativamente secondo il modello di seguito descritto:

- 1 Coordinatore Infermieristico;
- 2-3 IFoC per le attività ambulatoriali;
- 1-2 IFoC per l'attività di triage e di valutazione dei bisogni di salute;
- 4-6 IFoC per l'assistenza domiciliare di base, le attività di prevenzione e teleassistenza.

Dovrebbero comunque essere gli stessi a cui si è aggiunto il coordinatore infermieristico (bozza di decreto, 2022).

Sono poi previsti tutti i professionisti indicati nella Tab. 2 che provvedono a garantire l'assistenza primaria attraverso un approccio di sanità di iniziativa e la presa in carico della comunità di riferimento, con i servizi h 12 e integrandosi con il servizio di continuità assistenziale h 24. In particolare si segnala che nelle CdC hub e spoke è garantita l'assistenza medica H12, 6 giorni su 7, attraverso la presenza dei MMG afferenti alle AFT del Distretto di riferimento. Tale attività ambulatoriale sarà aggiuntiva rispetto alle attività svolte dal MMG nei confronti dei propri assistiti e dovrà essere svolta presso la CdC hub e spoke. Questa attività, secondo l'Agenas (Mantovan, 2021), dovrebbe coinvolgere 30-35 medici di medicina generale (MMG) per ogni CdC hub che garantiscono la loro presenza per 2 ore la settimana ciascuno.

L'attività amministrativa è assicurata, anche attraverso interventi di riorganizzazione aziendale, da personale dedicato già disponibile a legislazione vigente nell'ambito delle aziende sanitarie, che si occupa anche delle attività di servizio di relazioni al pubblico e di assistenza all'utenza. Il personale di supporto amministrativo e tecnico, secondo l'Agenas (Mantovan, 2021) dovrà fra l'altro garantire l'apertura del PUA (8,00-18,00, 6 giorni su 7).

Il Piano nazionale di Ripresa e resilienza (PNRR) che ha programmato lo sviluppo delle Case della Comunità finanziando le opere strutturali non ha però finanziato il costo del personale necessario per farle funzionare. Fornisce, tuttavia, una prima valutazione del costo del personale aggiuntivo (Cfr. Tab. 3), peraltro indicativa dato che dopo l'approvazione del PNRR il numero delle CdC è leggermente aumentato. Il PNRR prevede che tutto il personale necessario venga attivato quando le Case della Comunità saranno diventate operative a pieno titolo e quindi nel 2027. Questo comporta automaticamente che lo stesso Piano di ripresa e resilienza non preveda risorse per il finanziamento del personale dato che il suo effetto si esaurisce nel 2026.

Purtroppo, però, le risorse che dovranno finanziare l'assunzione di oltre 16.500 persone dal 2027 sono molto incerte. Nel PNRR viene indicata la fonte di finanziamento solo di 2.363 infermieri (D.L. 34/2020 art.1 c.5) per 94,5 milioni di euro. Per il resto del personale (oltre 14.000 unità), il cui costo stimato è di 567 milioni di euro, attualmente non c'è finanziamento perché le risorse necessarie saranno reperite attraverso una annunciata riorganizzazione dell'assistenza sanitaria che dovrebbe produrre i risparmi necessari (Cfr. Tab. 3). Ma le proposte riorganizzative proposte (riduzione ricoveri inappropriati, riduzione del consumo dei farmaci, riduzione accessi inappropriati al pronto soccorso, ecc.) molto difficilmente renderanno disponibili gli stanziamenti necessari per questo intervento (Pesaresi, 2021).

**Tab. 3 – Costi del personale delle Case della Comunità secondo il PNRR**

Descrizione del personale	Unità di personale per struttura	Incremento di costo unitario (€)	Unità di personale totali	Costi addizionali (€)	Fonte di finanziamento
Amministrativi	5	-	6.440	-	Nessun onere aggiuntivo per il SSN a causa del risultato della riorganizzazione del personale delle cure primarie
Medici di medicina generale MMG	10	-	12.880	-	
Infermieri di famiglia	6	-	7.728	-	
	2	40.000	2.363	94.500.000	D.L. 34/2020 art.1 c.5
<b>TOTALE</b>				<b>94.500.000</b>	

Fonte: Pesaresi, 2021.

### **7. Il coordinamento della Casa della Comunità con i servizi territoriali**

Le CdC rappresentano un nodo centrale della rete dei servizi territoriali che, sotto la direzione del Distretto, adotta meccanismi di coordinamento strutturali a rete in quattro direzioni:

- Rete intra-CdC: costituita dalla messa in rete dei professionisti che svolgono la loro attività anche nelle forme associative che hanno sede fisica all'interno della CdC e quelle che vi sono funzionalmente collegate.
- Rete inter-CdC: costituita dalla messa in rete tra CdC hub e CdC spoke al fine di contemperare le esigenze di capillarità erogativa e di prossimità con la necessità di raggiungere una massa critica per alcuni servizi a maggiore intensità specialistica e tecnologica, sia per poter rispondere in modo flessibile ai diversi contesti geografici caratterizzati da differente densità abitativa e livelli di presenza attiva degli MMG nelle strutture ambulatoriali delle CdC.
- Rete territoriale: la CdC è messa in rete con gli altri settori assistenziali territoriali, quali assistenza domiciliare, ospedali di comunità, hospice e rete delle cure palliative, RSA e altre forme di strutture intermedie e servizi.

- Rete territoriale integrata: la CdC è in rete con l'attività ospedaliera, anche grazie all'ausilio di piattaforme informatiche, in particolare quella specialistica ambulatoriale o di day service svolta in questo contesto. Tale forma di integrazione e coordinamento ha una maggiore valenza soprattutto in merito alla gestione comune dei malati cronici più complessi e ad alto grado di instabilità, che sono soggetti a frequenti ricoveri.

Lo strumento attraverso cui avviene il coordinamento a rete nelle quattro direzioni è la Centrale Operativa Territoriale (COT) che opera come vettore di coordinamento e raccordo tra i nodi e i professionisti delle diverse reti (bozza di decreto, 2022).

Fatte salve le quattro reti indicate, debole però rimane la parte del collegamento e dell'integrazione con i servizi sociali comunali. Nella Tab. 2 si afferma che l'integrazione con i servizi sociali è obbligatoria ma:

- non se ne fa poi cenno nella bozza di decreto proprio nello specifico paragrafo relativo al coordinamento della Casa della Comunità con i servizi territoriali,
- non se ne fa cenno quando viene trattato il PUA che viene inteso esplicitamente come PUA sanitario (in contrasto con le normative vigenti che lo intendono sanitario e sociale) ed
- è debole quando nel testo più complessivo della bozza di decreto si rinviene solo possibilità che possano essere ospitati servizi sociali e assistenziali rivolti prioritariamente alle persone anziani e fragili.

## **8. Il costo di realizzazione delle CdC**

Il PNRR ha previsto per le CdC un investimento di 2 miliardi di euro. Ogni Casa della Comunità a livello strutturale e tecnologico dovrebbe costare circa 1,6 mln di euro. Secondo il PNRR, ogni Casa della Comunità dovrebbe essere dotata di 10-15 sale di consulenza ed esame, punto di prelievo, servizi diagnostici di base (es. ecografia, elettrocardiografia, radiologia, spirometria, ecc.), nonché un innovativo sistema di interconnessione dati. Tenendo conto delle esperienze precedenti, il PNRR ha stimato una spesa complessiva di 351.098.496 euro<sup>3</sup> per la parte tecnologica delle 1.288 Case della Comunità previste (Pesaresi, 2021).

Con il riparto dei fondi alle regioni, con Decreto del Ministro della Salute del 20/1/2022, è cambiato il numero di Case della Comunità finanziate che sono passate da 1.288 a 1350. Conseguentemente è anche cambiato il finanziamento medio per singola Casa della Comunità che è passato da 1,6 milioni ad una media di 1.481.481 euro. La cosa curiosa è che il finanziamento per singola Casa della Comunità cambia da regione a regione passando da 1.746.789 euro assegnati alla Valle d'Aosta al minimo di 1.465.189 euro assegnati alle Marche. Le differenze sono significative e le motivazioni non sono note.

---

<sup>3</sup> € 80.592 per l'interconnessione con gli operatori sanitari operanti sul territorio; € 60.260 per acquisto pacchetto tecnico (€ 2.620 X 23 TP) + 1 TP per 10 MMG + 1 TP per 2 PLS; € 4.945 per unità di costo di 215 € per l'installazione e l'avviamento di 23 TP; € 6.187,00 per un costo unitario di 269 € per la migrazione dei dati per 23 TP; € 9.200,00 per un costo unitario di € 400 per l'utilizzo della formazione dei 23 TP (technical package).

## ***9. Le prospettive***

Le Case della Comunità rappresentano il tentativo di riformare e sviluppare le cure primarie all'interno di un programma più vasto di riorganizzazione delle cure territoriali che merita grande attenzione e sostegno.

Rimangono però diversi aspetti che richiedono una ulteriore riflessione o addirittura una risposta risolutiva quando questi aspetti assumono la forma di vere e proprie criticità.

La criticità più evidente delle Case della Comunità è relativa al personale delle strutture. Nel PNRR le assunzioni del personale non sono previste se non a partire dal 2027 per cui, per tutto il periodo di operatività del Recovery Fund, non saranno attivate.

Le preoccupazioni purtroppo rimangono anche per dopo il 2026. Infatti, il finanziamento del personale rimane molto incerto anche nel 2027 dato che dei 661 milioni necessari per tutte le assunzioni previste viene indicata una copertura finanziaria solo di 94,5 milioni. Per il resto è previsto che il finanziamento necessario si ricavi da riorganizzazioni sanitarie che, per le loro caratteristiche, molto difficilmente metteranno a disposizione le risorse necessarie per le assunzioni. In sostanza, da quel che si legge nel PNRR, da qui al 2026 verranno realizzate le strutture delle Case della Comunità ma queste non verranno attivate prima del 2027 perché non si è data copertura agli oneri del personale. Ovviamente, da qui al 2027 c'è tutto il tempo per rimediare, basta essere consapevoli dei nodi da affrontare e muoversi conseguentemente (Pesaresi, 2021).

Un altro aspetto da migliorare rimane il capitolo dell'integrazione sociosanitaria che rimane un aspetto debole e da sviluppare all'interno delle Case della Comunità. Sotto il profilo gestionale la CdC deve garantire una risposta alla domanda di salute anche attraverso l'integrazione tra servizi sanitari e sociali, nonché la partecipazione della comunità locale, delle associazioni di cittadini dei pazienti, dei caregiver. E non basta dire in una riga che l'integrazione con i servizi sociali è obbligatoria se poi l'argomento viene dimenticato o addirittura sconfessato nelle altre parti della bozza di decreto sugli standard dell'assistenza territoriale (vedi l'assenza di ulteriori richiami al tema e il PUA solo sanitario).

Il successo delle Case della Comunità dipenderà comunque dalla interpretazione che ne daranno le regioni, dai tempi di recepimento delle normative nazionali sugli standard dell'assistenza territoriale, dai tempi di attuazione della rete delle CdC e dal rilievo che si vorrà dare al riordino di tutta l'assistenza territoriale. All'interno di questa cornice normativa, infatti, sono lasciati spazi decisionali molto ampi alle regioni che la tradizione vuole che si muovano con tempi e modelli organizzativi molto diversi. Da questo punto di vista il PNRR può aiutare moltissimo perché obbliga le regioni a rispettare tempi molto stretti per la realizzazione delle strutture ma su tutto il resto bisognerà avere un sistema di monitoraggio nazionale ben più incisivo di quelli a cui siamo abituati.

## Bibliografia

Bozza di decreto Ministero della Salute relativo ai “Modelli e standard per lo sviluppo dell’Assistenza Territoriale nel Servizio Sanitario Nazionale” 23/2/2022: <https://www.saluteinternazionale.info/wp-content/uploads/2022/02/DM-71-Modelli-e-standard-per-lo-sviluppo-dellAssistenza-Territoriale-del-SSN.pdf>

Camera dei Deputati (2021), *Case della salute ed Ospedali di comunità: i presidi delle cure intermedie*, 1 marzo: [http://documenti.camera.it/leg18/dossier/pdf/AS0207.pdf?\\_1645979833517](http://documenti.camera.it/leg18/dossier/pdf/AS0207.pdf?_1645979833517)

Consiglio dei Ministri (2021), *Piano nazionale di ripresa e resilienza (PNRR)*: [https://www.governo.it/sites/governo.it/files/PNRR\\_0.pdf](https://www.governo.it/sites/governo.it/files/PNRR_0.pdf)

Consiglio dei Ministri: documentazione del Governo inviata all’UE a corredo del PNRR.

Decreto Ministro Salute 20/1/2022: [https://www.salute.gov.it/imgs/C\\_17\\_notizie\\_5807\\_0\\_file.pdf](https://www.salute.gov.it/imgs/C_17_notizie_5807_0_file.pdf)

Geddes M. (2022), *Case della Comunità: la lunga marcia*, SosSanità, 14 gennaio: <http://www.sossanita.org/archives/15661>

Geddes M. (2021), *Case della Comunità in Comune*, Salute internazionale, 19 luglio: <https://www.saluteinternazionale.info/2021/07/case-della-comunita-in-comune/>

Longo F., Zazzera A. (2022), *Dalle Case della Salute a quelle di Comunità: quale vocazione?*, Lombardia Sociale, 28 febbraio: [http://www.lombardiasociale.it/2022/02/28/dalle-case-della-salute-alle-case-della-comunita-qual-vocazione/?doing\\_wp\\_cron=1646680712.2707839012145996093750](http://www.lombardiasociale.it/2022/02/28/dalle-case-della-salute-alle-case-della-comunita-qual-vocazione/?doing_wp_cron=1646680712.2707839012145996093750)

Mantoan D. (2021), *DM 71: Modelli e standard per lo sviluppo dell’assistenza nel territorio*, Relazione e slide presentate al 16° Forum Risk Management in Sanità, 30 novembre: <https://www.quotidianosanita.it/allegati/allegato9400165.pdf>

Pesaresi F. (2021), *Le case della comunità: cosa prevede il PNRR, Qualche criticità significativa*, Welforum.it, 25 maggio: <https://welforum.it/il-punto/verso-un-welfare-piu-forte-ma-davvero-coeso-e-comunitario/le-case-della-comunita-cosa-prevede-il-pnrr/>