

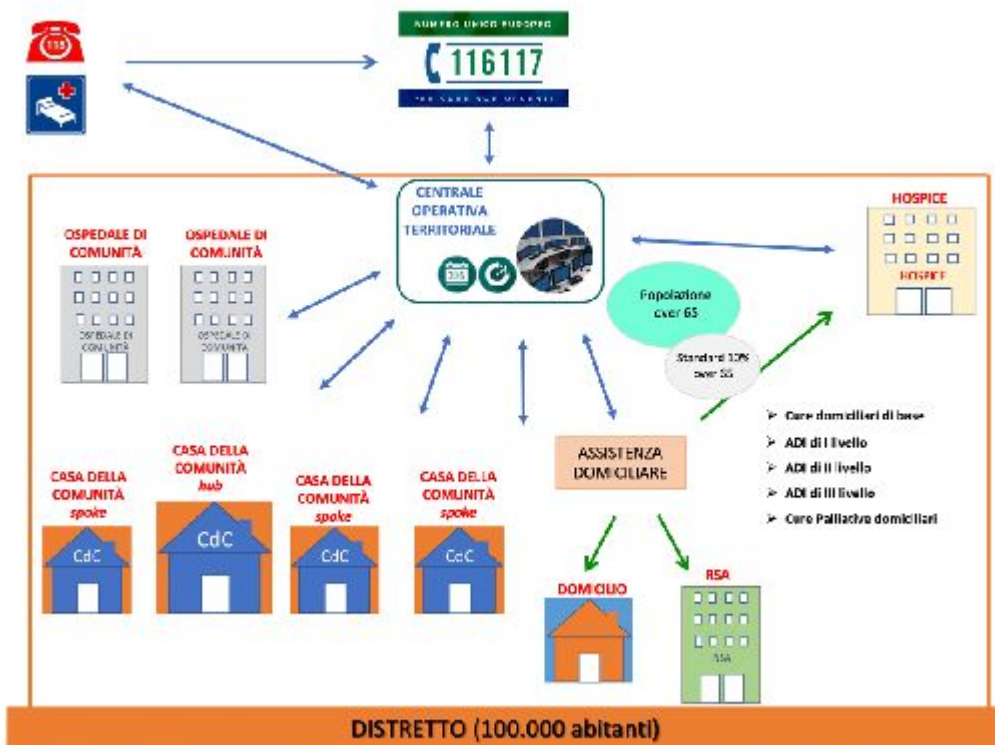
Marco Geddes

La realizzazione delle Case della Comunità chiama in causa i Comuni per gli aspetti gestionali relativi all'integrazione socio-sanitaria, e per le implicazioni urbanistiche relative alla scelta di dove realizzare queste strutture.

**Uno degli elementi più innovativi del PNRR Sanità (Missione 6) è rappresentato dalle Case della Comunità (CdC) per le quali è previsto un finanziamento di 2 miliardi.** L'obiettivo è di dotare il territorio di "... uno strumento - come recita testualmente il PNRR - attraverso cui coordinare tutti i servizi offerti" e di garantire alla popolazione "... un punto unico di accesso alle prestazioni sanitarie". La CdC non rappresenta, ovviamente, l'unica realizzazione prevista nell'ambito della rete territoriale, ma si colloca all'interno di un sistema di servizi e di attività che diversi documenti, in fase di elaborazione, stanno delineando con maggiore precisione.

**Un recente documento, predisposto da un Gruppo di lavoro dell'Agenas[1], delinea un Distretto ogni 100.000 abitanti, con 4 Case di Comunità, di cui una (Hub) maggiormente strutturata,** un Usca ogni Distretto (il D.L. 14/2020, art. 8 ne prevede 1 ogni 50.000), un Consultorio familiare ogni 100.000 abitanti (la Legge 34/1996 ne prevede uno ogni 20.000 e attualmente, in base a una rilevazione dell'ISS, sono mediamente uno ogni 35.000[2]. Al Distretto - propone il citato documento - sono attribuite le funzioni di committenza, di produzione (erogazione di servizi sanitari e socio-sanitari territoriali) e funzioni di garanzia, con risorse attribuite in rapporto agli obiettivi di salute della popolazione di riferimento (**Figura 1**).

**Figura 1. Il Distretto e i suoi componenti**



**La prima questione da definire risulta il numero di CdC che il Programma indica in 1288, da attivare entro il 2026.** Una prima ipotesi[3], sulla base di una distribuzione dei finanziamenti in proporzione alla popolazione delle regioni, e di una realizzazione conseguente ad un numero proporzionale di nuove strutture, verrebbe a dotare il paese di 1777 CdC con una distribuzione per regione come riportato in **Tabella 1**.

**Tabella 1. Distribuzione delle Case della Comunità nelle regioni italiane**

<b>REGIONE</b>	<b>ATTIVE</b>	<b>DA REALIZZARE</b>	<b>TOTALE</b>
Piemonte	71	93	164
Valle d'Aosta	0	3	3
Lombardia	0	216	216
PA Bolzano	0	11	11
PA Trento	0	12	12
Veneto	77	105	182
Friuli-Venezia Giulia	0	26	26
Liguria	4	33	37
Emilia-Romagna	124	95	219
Toscana	76	80	156
Umbria	4	19	23
Marche	21	32	53
Lazio	22	125	147
Abruzzo	0	28	28
Molise	6	6	12
Campania	0	124	124
Puglia	0	86	86
Basilicata	1	12	13
Calabria	13	41	54
Sicilia	55	106	161
Sardegna	15	35	50
ITALIA	489	1.288	1.777

**Questa ipotesi può sollevare alcune perplessità, perché non assume alcuna indicazione volta a riequilibrare le differenze territoriali,** considerato che oltre il 70% delle 489 CdC già esistenti sono concentrate in alcune Regioni: Piemonte, Veneto, Emilia

Romagna e Toscana. Tuttavia assumendo invece una ipotesi distributiva proporzionalmente egualitaria, in base al principio, in parte condivisibile, di non penalizzare quelle Regioni che hanno operato per attuare quanto previsto fin dal 2007 dall'allora Ministro Livia Turco, il divario di dotazione risulterebbe eccessivo con un CdS ogni 46.000 in Lombardia o in Campania e uno ogni 20.00 in Emilia Romagna, ogni 24.000 in Toscana, ogni 26.00 in Veneto. È inoltre probabile, e anche necessario, che, nelle Regioni in cui vi sono già CdC in attività una parte del finanziamento venga utilizzato per l'ampliamento, la messa a norma e il potenziamento delle strutture esistenti, che non sempre rispondono alle caratteristiche individuate per le funzioni che queste devono accogliere.

**L'obiettivo della realizzazione delle CdC chiama in causa i Comuni**, i quali reclamano di voler contare di più, come ha affermato il presidente dell'ANCI Antonio Decaro, durante il dibattito nell'ambito dell'iniziativa "La Repubblica delle idee", tenutosi a Bologna[4].

Tuttavia al momento attuale non emerge una valutazione accurata degli impegni che i Comuni dovranno assumere per contribuire all'attuazione di quanto previsto, in particolare nella Missione 6 (Salute)[5].

Il Comune è coinvolto, per quanto riguarda le CdC, sotto due profili: quello più ovvio, che è quello gestionale, considerata **la necessità di integrare nel Distretto e in questa struttura operativa le attività sanitarie con quelle sociali**; il secondo ambito di coinvolgimento delle amministrazioni comunali è più immediato - pur non emergendo nella discussione sul PNRR - e **riguarda la realizzazione di queste strutture**.

**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.** È per tale motivo che il documento dell'Agendas raccomanda la presenza, all'interno della CdC, dei servizi sociali che fanno capo alle amministrazioni comunali. Infatti solo ridisegnando (o perfezionando e potenziando) l'integrazione fra sanitario e sociale sarà possibile far fronte agli obiettivi di progettazione ed erogazione di interventi sanitari e di integrazione sociale.

**Più urgente risulta il coinvolgimento dei Comuni nella realizzazione delle CdC. Si tratta di una problematica che non è emersa sufficientemente nei dibattiti e nelle cronache cittadine, salvo qualche eccezione quale il sindaco di Firenze Dario Nardella che ha prospettato agli altri sindaci dell'area metropolitana la realizzazione di 18 CdC[6].** Il tema non appare neanche nel dibattito e nei programmi delle due grandi città metropolitane, Milano e Roma, in cui a breve si eleggeranno i Sindaci e il Consiglio comunale. Si tratta, ipotizzando 4 CdC ogni 100.00 abitanti, di cui una Hub, di

realizzare a Milano 40 strutture e nell'area metropolitana milanese 130; a Roma 111 CdC e nell'area metropolitana romana 170.

**La Casa della comunità - è stato giustamente scritto - deve essere collocata in una sede visibile e facilmente accessibile alla comunità di riferimento, perché è il luogo dove il cittadino può trovare una risposta adeguata a diversi bisogni sanitari e sociosanitari**[7]. Questa è una problematica che può essere affrontata solo a livello e con gli strumenti comunali. Comporta una pianificazione volta a identificare la collocazione di importanti funzioni pubbliche nel tessuto cittadino attraverso gli strumenti urbanistici in stretta collaborazione con Regione e Aziende sanitarie: individuare gli edifici esistenti, prioritariamente di proprietà pubblica, da ristrutturare a tal fine; identificare le aree in cui realizzare le nuove costruzioni; valutare le problematiche di accessibilità, quali la prossimità di stazioni metropolitane o fermate di mezzi pubblici; pianificare i parcheggi e i percorsi per portatori di handicap. Risulta inoltre indispensabile attivare strategie di allocazione congiunta con altre strutture pubbliche e collettive: uffici comunali, uffici postali, farmacie, mercati rionali, grande distribuzione, pianificando percorsi pedonali, aree verdi prossimali.

**Solo una programmazione urbanistica può allocare correttamente questi fondamentali strumenti del Distretto**, evitare un "trasformismo sanitario" volto a riciclare strutture poliambulatoriali con un cambio di denominazione, far sì che questa occasione offerta dal PNRR permetta di realizzare *vere* Case della Comunità, punti unici di erogazione di servizi sanitari e sociali, luoghi accessibili dove sia viva e continua la partecipazione della comunità.

## Bibliografia

1. [Per l'assistenza territoriale cambierà tutto: dal numero verde unico europeo per le cure non urgenti, alle nuove Case di Comunità \(Hub e Spoke\) con équipe multidisciplinari. Mmg e pediatri titolari rapporto fiducia con il paziente ma il futuro dei loro studi privati è incerto](#). Quotidiano Sanità, 13 luglio 2021
2. CONVEGNO. [I Consultori Familiari a 40 anni dalla loro nascita tra passato, presente e futuro](#). Epicentro, 12 dicembre 2019
3. Federico Gelli, Narciso Mostarda. La Casa della Comunità 4.0. Paper della Fondazione n.2, 2021, Fondazione Italia in Salute
4. La Repubblica, 12 Luglio 2021
5. IFEL Fondazione ANCI, ANCI, Federsanità ANCI. Sanità e Territorio. I servizi socio sanitari dei Comuni italiani, CAPITO 5, Uno sguardo al futuro: la Missione Salute nel PNRR
6. La Repubblica, Cronaca di Firenze, 21 giugno 2021

7. Domenico Mantoan, Alice Borghini, Potenziamento dell'assistenza sanitaria e della rete sanitaria territoriale, Monitor 45.