CASE DI COMUNITÀ: *siamo sulla strada giusta?*

Le case di comunità come presidio territoriale fondamentale sono una delle sfide del Pnrr. Si rischia, però, che rimanga teoria

È ormai noto come la pandemia abbia messo in luce la debolezza della sanità territoriale, riportando l'attenzione sull'importanza della prossimità e di una medicina più vicina e pronta a rispondere alle esigenze dei cittadini. Dunque, sono tornate al centro del dibattito le case di comunità, quale presidio territoriale fondamentale per una risposta integrata e appropriata ai bisogni di salute. E tale obiettivo è stato pertanto inserito nel Piano nazionale di ripresa e resilienza (Pnrr).

La realizzazione delle case di comunità non è, tuttavia, un'operazione semplice, specie nelle regioni dove non si è attuata alcuna (o poche) iniziativa in questi decenni. Sono previste 1350 case di comunità, una ogni 40.000 abitanti. Pensiamo, solo per fare un esempio, al caso di Roma: 70 case di comunità nell'ambito del territorio comunale. Verrebbe allora da pensare che la Regione Lazio, insieme al Comune di Roma, abbia già individuato gli edifici disponibili, le loro caratteristiche (sismiche, antincendio, destinazione d'uso, ecc.) o i siti idonei per nuove realizzazioni verificando: destinazione urbanistica, viabilità, parcheggi, trasporti pubblici, percorsi disabili e altri elementi che sostanziano il "diritto di accessibilità".

Non mi sembra, invece, che tutto questo si stia realizzando, capillarmente, nel nostro Paese. Sicuramente allo stato attuale risulta difficile individuare adeguate tracce di attuazione della raccomandazione della Commissione europea rivolta al Governo italiano in occasione della proposta al Consiglio europeo di approvazione del Pnrr italiano: "Per garantire la responsabilizzazione dei soggetti interessati, è fondamentale coinvolgere tutte le autorità locali e tutti i portatori di interessi, tra cui le parti sociali, durante l'intera esecuzione degli investimenti e delle riforme inclusi nel piano". Se c'è una riforma che necessita di questo tipo di partecipazione è proprio quella delle case di comunità. Se *nomina* – "comunità" – *sunt consequentia rerum*.

In molti casi il risultato sarà – non sono particolarmente ottimista – che nella impossibilità di attuare l'intervento nei tempi previsti si trasferiranno i finanziamenti su lavori già avviati negli ospedali e per i quali la disponibilità economica, per varianti indispensabili e aumenti dei costi delle materie prime, risulta insufficiente.

Il personale sanitario necessario alle case di comunità

Per i medici di medicina generale, che devono effettuare la loro attività, in misura sostanziale e talora totale nelle case di comunità, possono essere fatte due ipotesi: la dipendenza o la convenzione. Mi sembra che vada avanti l'ipotesi di convezione e la proposta messa a punto da Regioni e Ministero della salute ha elementi innovativi, ma trova una notevole opposizione nel maggiore sindacato di tale categoria, la Federazione italiana medici di medicina generale. Ritengo tuttavia che l'ipotesi di dipendenza non dovrebbe essere totalmente abbandonata, almeno a livello sperimentale, per quei professionisti che intendono immettersi in modo organico nel servizio sanitario e operare nelle case di comunità. Si dovrà poi affrontare il problema degli ambulatori dei medici di medicina generale, strutture di prossimità, specie nelle zone interne; oggi sono considerati locali non aperti al pubblico e non hanno requisiti adeguati, in termini di caratteristiche strutturali, dimensione delle sale di attesa, accessibilità ecc. Si tenga presente che su tali strutture dovranno essere effettuati investimenti tecnologici e informatici perché diventino, in connessione con le case di comunità, parte della rete dei presidi del distretto.

Altra problematica riguarda il reclutamento e la formazione del personale medico e infermieristico; meraviglia, tristemente, che al terzo anno di pandemia non si sia ancora messo mano in maniera rilevante a questa fondamentale questione: rendere attrattive le professioni sanitarie! Vi è un problema retributivo, per i medici e in particolare per gli infermieri: si stima infatti che in dieci anni vi sia stata una perdita salariale reale di circa 3000 euro. Si potrebbero inoltre promuovere forme di welfare aziendale: asili nido, alloggi per personale in formazione, rimborsi dei trasporti pubblici ecc., tutti benefit con vantaggi fiscali che, nell'ambito delle contrattazioni private, si sono diffusi. Bisogna pensare all'assunzione di medici e infermieri, nella fase finale della loro formazione, in attività lavorativa e snellire e qualificare l'inserimento nelle professioni sanitarie di personale che viene da Paesi extraeuropei, valutandone la formazione e semplificando l'iter.

I professionisti necessari alle case di comunità (ma vi sono anche gli ospedali di comunità previsti dal Pnrr) sono numerosi. Una stima, in base ai parametri indicati dall'Agenas, individua: 1350 coordinatori infermieristici; 10.800-16.200 infermieri; 6750-10.800 personale di supporto. Non si può certo pensare di sottrarli alle strutture ospedaliere dove c'è già carenza di organici. Deve essere nuovo personale, da formare appositamente per tali funzioni.

Marco Geddes da Filicaia
Associazione Salute Diritto Fondamentale

I professionisti necessari alle case di comunità sono numerosi. Non si può certo pensare di sottrarli alle strutture ospedaliere dove c'è già carenza di organici.

Integrare la sanità con il sociale

Le case di comunità sono un ottimo esempio di come idealmente dovrebbe essere concepita l'integrazione sanitario-sociale. Vi sono due aspetti da affrontare. Primo, la forma: per inserire servizi sociali e per far partecipare la comunità bisogna progettare una casa di comunità che abbia spazi idonei per accogliere il servizio sociale del comune, per offrire alla comunità sale riunioni, locali per associazioni di volontariato ecc. Poi c'è il contenuto: è necessario il coinvolgimento, fin da ora, dei comuni per pianificare l'inserimento dei servizi sociali e per costituire team multiprofessionali. La casa di comunità è – deve essere – la porta di ingresso al Servizio sanitario nazionale (Ssn), integrato, come prevede la legge istitutiva, con i servizi sociali.

Questa è la ragione fondamentale per cui la gestione di tale struttura deve essere pubblica. Si può pensare che nel Ssn vi siano forme di esternalizzazione e di collaborazione con il privato, ma il momento di ingresso e di identificazione dei percorsi non possono essere che pubblici.

L'investimento dei fondi del Pnrr deve essere accompagnato da una serie di provvedimenti normativi, contrattuali e finanziari che definiscano correttamente la responsabilità gerarchica del distretto e consentano, con la spesa corrente, di adeguare il personale alla attivazione delle nuove strutture previste dal Pnrr. Tutto questo dovrebbe essere accompagnato da un rafforzamento delle funzioni centrali, in termini di professionalità e di capacità di governance: penso all'Agenzia italiana del farmaco, ad Agenas, al Ministero della salute, all'Istituto superiore di sanità.

La casa di comunità è – deve essere – la porta di ingresso al Ssn, integrato, come prevede la legge istitutiva, con i servizi sociali.