

LE CASE DELLA COMUNITA'

Come saranno

(Aggiornato al D.M.S. n. 77/2022)

Network Non Autosufficienza (NNA)

19/07/2022

Articolo pubblicato su *I luoghi della cura online* n. 3/2022

www.luoghicura.it

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. Paper aggiornato dopo l'approvazione del Decreto Ministro della Salute n. 77 del 23/5/2022.

LE CASE DELLA COMUNITA': COME SARANNO

Franco Pesaresi

Con il Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR) e il decreto n. 77/2022 sui “Modelli e standard per lo sviluppo dell’assistenza territoriale nel Servizio Sanitario Nazionale” 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 delle norme e 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 e di facile individuazione al quale i cittadini possono accedere per bisogni di assistenza sanitaria, socio-sanitaria a valenza sanitaria e il modello organizzativo dell’assistenza di prossimità per la popolazione di riferimento.

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 è una fondamentale struttura pubblica del SSN.

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 ricompone il quadro dei bisogni locali sommando le informazioni dei sistemi informativi istituzionali con le informazioni provenienti dalle reti sociali. (decreto M. S. 77/2022).

2. Dalle Case della Salute alle Case della Comunità

Nel 2021, c'erano in Italia almeno 554 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 2007¹ 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).

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

¹ Legge n. 296 del 2006 - Art. 1, comma 806, lett. a).

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).

Nella maggior parte delle situazioni, le regioni italiane hanno chiamato queste strutture Case della Salute (CDS) e più recentemente anche Case della Comunità (CDC), ma in altre situazioni hanno assunto denominazioni diverse: Presidio territoriale di assistenza (PTA) in Abruzzo, Puglia e Sicilia; Presidio socio sanitario territoriale (PRESST) in Lombardia e Medicina di gruppo integrata (MGI) in Veneto. L'elemento comune e fondante di tutte le esperienze è rappresentato dalla co-ubicazione di quattro funzioni (che possono essere considerate qualificanti e distintive dei modelli a tendere proposti dalle regioni):

- accesso e orientamento alla rete di servizi sanitari, socio-sanitari (e sociali);
- integrazione delle forme di medicina di base (ambulatorio infermieristico, MMG/PLS);
- presa in carico per particolari target di popolazione (tipicamente pazienti affetti da patologie croniche, fragili e anziani non autosufficienti);
- (quasi sempre) erogazione di servizi sanitari, socio sanitari e anche sociali afferenti a diverse aree funzionali e dipartimenti territoriali (Giudice L. et al, 2021).

Come si può verificare facilmente confrontando i contenuti delle Case delle Salute (illustrati in 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 dal decreto Ministero Salute n. 77/2022 sugli standard territoriali 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" (D.M.S. 77/2022).

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 554 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 MMG, PLS, specialisti ambulatoriali interni, infermieri di famiglia o comunità, infermieri che operano nell'assistenza domiciliare, presenza di tecnologie diagnostiche di base.

Il Decreto del Ministero della Salute 23 maggio 2022, n. 77 fornisce una serie di indicazioni strutturali, tecnologiche ed organizzative sulle due tipologie di Case della Comunità alcune delle quali hanno valore descrittivo mentre altre hanno valore prescrittivo. Le indicazioni di tipo prescrittivo (contenute nell'allegato 2 del Decreto) costituiscono dei requisiti minimi obbligatori per il funzionamento delle COT e sono evidenziate (con una apposita dicitura fra parentesi) nel presente testo.

Standard di riferimento per la programmazione sanitaria territoriale

Le regioni devono prevedere almeno 1 Casa della Comunità hub ogni 40.000-50.000 abitanti (requisito con valore prescrittivo).

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 (D.M.S. 77/2022).

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 PNRR². 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” 554 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.

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

Regioni	Case della Salute attive (2021)	Case della Comunità Finanziate dal PNRR
Piemonte	71	82
Valle d'Aosta	0	2
Lombardia	25	187
PA Bolzano	0	10
PA Trento	1	10
Veneto	77	91
Friuli Venezia Giulia	0	23
Liguria	4	30
Emilia-Romagna	126	84
Toscana	76	70
Umbria	4	17
Marche	21	29
Lazio	21	107
Abruzzo	5	40
Molise	6	9
Campania	0	169
Puglia	33	120
Basilicata	1	17
Calabria	8	57
Sicilia	55	146
Sardegna	15	50
Italia	554	1.350

Fonte: nostra elaborazione su dati Decreto Ministro Salute 20/1/2022 Giudice L. et al (2021).

² 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).

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 promozione e tutela della salute dei minori e della donna, in campo sessuale e riproduttivo e dell'età evolutiva, in rapporto a tutti gli eventi naturali fisiologici tipici delle fasi del ciclo vitale;
- 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 (D.M.S. 77/2022).

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 (Mantoan, 2021). Nelle CdC hub e spoke, inoltre, 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.

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 (D.M.S. 77/2022). 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 (i contenuti della presente tabella hanno valore prescrittivo)

Servizi	Modello organizzativo	
	Casa della Comunità hub	Casa della Comunità spoke
Servizi di cure primarie erogati attraverso équipe multiprofessionali (MMG, PLS, Specialisti ambulatoriali interni (SAI), IFoC, ecc.)	OBBLIGATORIO	
Punto Unico di Accesso (PUA) sanitario	OBBLIGATORIO	
Servizio di assistenza domiciliare	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
Attività Consultoriali e attività rivolta ai minori	FACOLTATIVO	
Interventi di salute pubblica (incluse le vaccinazioni per la fascia 0-18)	FACOLTATIVO	
Programmi di screening	FACOLTATIVO	
Servizi per la salute mentale, le dipendenze patologiche e la neuropsichiatria infantile e dell'adolescenza	RACCOMANDATO	
Medicina dello sport	RACCOMANDATO	

Fonte: Decreto del Ministero della Salute n. 77/2022 "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 (standard con valore prescrittivo).

Le CdC hub al fine di assicurare i servizi previsti dovranno essere dotate di 7-11 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 teleassistenza³ (D.M.S. 77/2022).

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 (Mantoan, 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 (Mantoan, 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.

Si tratta di un costo molto consistente perché ipotizzando il massimo del personale previsto nel Decreto Ministro della Salute n. 77/2022 si può preventivare una spesa aggiuntiva annua a regime di un miliardo e mezzo di euro (Cfr. Tab. 3).

³ Il numero minimo degli infermieri è pertanto 8 (e non 7) considerando il coordinatore infermieristico per cui si presume che il numero massimo possa arrivare a 12 sempre considerando il coordinatore.

Tab. 3 – Costi del personale delle 1.350 Case della Comunità

Descrizione del personale	Unità di personale per struttura	costo unitario medio annuo (€)	Unità di personale totali	Costi complessivi (€)
Coordinatore infermieristico	1	50.000	1.350	67.500.000
Infermieri	11	49.100	14.850	729.135.000
Personale di supporto (di cui 5 amministrativi)	8	40.500	10.800	437.400.000
Ore/MMG/anno	3.236 (ore)	60	4.368.936 (ore)	262.136.160
TOTALE				1.496.171.160

Nota: il costo unitario medio annuo è indicato dal MEF desunto dal conto annuale 2018 (MEF, 2021).

Fonte: ns. elaborazione di dati DMS 77/2022 e dal MEF 72021).

I finanziamenti finora reperiti con legge dello Stato raggiungeranno la cifra di 780 milioni di euro nel 2026, la metà circa di quello che serve a finanziare tutto il personale delle 1350 Case della comunità (Cfr. Tab. 4).

Tab. 4 – Il finanziamento del personale delle 1.350 Case della Comunità (€)

Fonte del finanziamento	2023	2024	2025	2026
D.L. 34/2020 art.1 c.5	94.500.000	94.500.000	94.500.000	94.500.000
L. 234/2021 art. 1 comma 274	25.393.747	152.362.480	355.512.453	685.631.160
TOTALE	119.893.747	246.862.000	450.012.453	780.131.160

Fonte MEF (2021), D.L. 34/2020 art.1 c.5

Infatti, dopo il D.L. 34/2020 con il quale il Governo ha stanziato 94,5 milioni di euro per le CdC, recentemente il governo è intervenuto di nuovo con l'art. 1 comma 274 della Legge di Bilancio 2022 prevedendo un finanziamento ulteriore al fine di assicurare l'implementazione degli standard organizzativi, quantitativi, qualitativi e tecnologici ulteriori rispetto a quelli previsti dal Piano nazionale di ripresa e resilienza (PNRR) per il potenziamento dell'assistenza territoriale, con riferimento ai maggiori oneri per la spesa di personale dipendente che non sono state coperti dal D.L. 34/2020.

La citata norma prevede una spesa massima ulteriore di 90,9 milioni di euro per l'anno 2022, di 150,1 milioni di euro per l'anno 2023, di 328,3 milioni di euro per l'anno 2024, di 591,5 milioni di euro per l'anno 2025 e di 1.015,3 milioni di euro a decorrere dall'anno 2026 a valere sul finanziamento del Servizio sanitario nazionale. La predetta autorizzazione di spesa decorre dalla data di entrata in vigore

del regolamento per la definizione di standard organizzativi, quantitativi, qualitativi, tecnologici e omogenei per l'assistenza territoriale⁴, e dunque dal mese di giugno 2022.

Queste risorse aggiuntive sono destinate a finanziare il personale delle Case di Comunità, degli ospedali di comunità, delle unità di continuità assistenziale e delle Centrali operative territoriali.

Per le CDC hub sono stanziati 25.393.747 euro per il 2023, 152.362.480 euro per il 2024, 355.512.453 euro per il 2025 e 685.631.160 euro per il 2026, come si legge nella relazione tecnica allegata al Bilancio 2022 (MEF, 2022).

E' vero che abbiamo ipotizzato il personale massimo previsto dal Decreto 77/2022 (con una dotazione minima la spesa si ridurrebbe del 16% circa) ed è altrettanto vero che alcuni degli interventi approvati dalle regioni si riferiscono a Case della Salute esistenti per cui si recupererà sicuramente una quota di personale (e quindi si ridurrà la spesa aggiuntiva) ma le differenze sono così significative fra fabbisogno finanziario e finanziamento che sicuramente qualche problema significativo di sotto-finanziamento si registrerà una volta messo a regime il sistema. Ed il prezzo da pagare potrebbe essere quello di strutture senza una quantità di personale adeguata per farle funzionare efficacemente.

La buona notizia invece è che mentre il PNRR prevedeva che tutto il personale necessario sarebbe stato attivato quando tutte le Case della Comunità sarebbero diventate operative a pieno titolo e quindi nel 2027, il Governo invece comincia a finanziare le spese per il personale in modo crescente (Cfr. Tab. 4) sin dal 2023 per cui è atteso e promosso un avvio graduale e crescente delle Case della Comunità a partire dal 2024.

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;

⁴ L'art. 1 comma 274 della L. 30/12/2021, n. 234 "Bilancio di previsione dello Stato per l'anno finanziario 2022 e bilancio pluriennale per il triennio 2022-2024" ha testualmente previsto:

"274. Al fine di assicurare l'implementazione degli standard organizzativi, quantitativi, qualitativi e tecnologici ulteriori rispetto a quelli previsti dal Piano nazionale di ripresa e resilienza (PNRR) per il potenziamento dell'assistenza territoriale, con riferimento ai maggiori oneri per la spesa di personale dipendente, da reclutare anche in deroga ai vincoli in materia di spesa di personale previsti dalla legislazione vigente limitatamente alla spesa eccedente i predetti vincoli, e per quello convenzionato, è autorizzata la spesa massima di 90,9 milioni di euro per l'anno 2022, 150,1 milioni di euro per l'anno 2023, 328,3 milioni di euro per l'anno 2024, 591,5 milioni di euro per l'anno 2025 e 1.015,3 milioni di euro a decorrere dall'anno 2026 a valere sul finanziamento del Servizio sanitario nazionale. La predetta autorizzazione decorre dalla data di entrata in vigore del regolamento per la definizione di standard organizzativi, quantitativi, qualitativi, tecnologici e omogenei per l'assistenza territoriale, da adottare con decreto del Ministro della salute, di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze, entro il 30 aprile 2022. Con successivo decreto del Ministro della salute, di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze, le somme di cui al primo periodo sono ripartite fra le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, in base ai criteri definiti con il medesimo decreto anche tenendo conto degli obiettivi previsti dal PNRR".

- 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, consultori e attività rivolte ai minori 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 (D.M.S 77/2022).

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).

8. Standard tecnologici e strutturali

Le Case della Comunità dovranno rispettare i requisiti tecnologici e strutturali indicati nei seguenti atti, quando non diversamente esplicitati nei diversi capitoli del presente lavoro: TM

- Decreto del Presidente della Repubblica del 14 gennaio 1997 recante *Approvazione dell'atto di indirizzo e coordinamento alle regioni e alle province autonome di Trento e di Bolzano, in materia di requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi minimi per l'esercizio delle attività sanitarie da parte delle strutture pubbliche e private*; TM
- Accordo Stato-Regioni sancito il 7 febbraio 2013 (Rep. Atti n. 46/CSR) recante *Linee guida di indirizzo per la riorganizzazione del sistema di emergenza urgenza in rapporto alla continuità assistenziale*; TM
- Accordo Stato-Regioni sancito il 15 settembre 2016 (Rep. Atti n. 160/CSR) recante *Piano Nazionale della Cronicità*; TM
- Intesa Stato-Regioni sancita il 6 agosto 2020 (Rep. Atti n. 127/2020) recante *Piano nazionale della prevenzione (PNP) 2020 – 2025*.

Gli standard tecnologici e strutturali indicati nei quattro atti del presente paragrafo hanno valore prescrittivo.

9. 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 euro⁵ 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.

10. 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 finanziamento del personale delle strutture. Dal giorno dell'approvazione del PNRR la situazione è migliorata in modo significativo dato che come è noto il Piano di Ripresa e Resilienza non ha finanziato il personale delle CdC. Oggi, il finanziamento è invece previsto ed è crescente ma è largamente insufficiente a coprire tutte le necessità di un sistema a regime con 1.350 nuove Case della Comunità ed il rischio è che questo si scarichi sulla loro funzionalità ed efficienza.

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 del decreto 77/2022 sugli standard dell'assistenza territoriale (vedi l'esiguità dei 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

⁵ € 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).

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

- Decreto Ministero della Salute del 23/5/2022, n. 77: “Regolamento recante la definizione di modelli e standard per lo sviluppo dell’Assistenza Territoriale nel Servizio Sanitario Nazionale”:
<https://www.gazzettaufficiale.it/eli/id/2022/06/22/22G00085/sg>
- 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
- Consiglio dei Ministri (2021), *Piano nazionale di ripresa e resilienza (PNRR)*.
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
- 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/>
- Giudice L., Mallarini E., Preti L.M., Rappini V., *Case della salute: evoluzione delle configurazioni tra fisico, digitale e ruolo nella rete*, a cura di Cergas Bocconi, Rapporto OASI 2021, Egea editore, Milano, 2021:
<https://cergas.unibocconi.eu/sites/default/files/media/attach/Capitolo%2013%20Rapporto%20OASI%202021.pdf?RrVyrxtlUNlygRvQiWzT0EWz4RQ87aNN=>
- L. 30/12/2021, n. 234: “Bilancio di previsione dello Stato per l'anno finanziario 2022 e bilancio pluriennale per il triennio 2022-2024”.
- 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-quale-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>

- Ministero dell’Economia e delle Finanze, Relazione tecnica al “Bilancio di previsione dello Stato per l'anno finanziario 2022 e bilancio pluriennale per il triennio 2022-2024”:
<https://www.senato.it/service/PDF/PDFServer/BGT/01319189.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/>