

# Le Case della Comunità di oggi in Lombardia sono differenti dalle Case della Salute immaginate da Maccacaro e Benigni?

Di Angelo BARBATO e Alessandro NOBILI\*

Il termine e il concetto di Casa della Salute furono introdotti da Giulio Maccacaro nel 1972, nel quadro del dibattito sul rinnovamento dell'assistenza sanitaria che avrebbe trovato sbocco alcuni anni dopo nella legge di istituzione del Servizio Sanitario Nazionale. Maccacaro definiva la Casa della Salute non solo e non tanto come luogo di erogazione di prestazioni sanitarie, ma come sede in cui la comunità si appropriava degli strumenti necessari per soddisfare la sua volontà di partecipazione, da intendersi quindi come uno spazio politico con una pluralità di funzioni, a cui la cittadinanza poteva facilmente accedere contribuendo alle decisioni sulla gestione dei problemi sanitari della comunità. A questo scopo le funzioni principali della Casa della Salute dovevano integrare diversi ambiti: l'assistenza, l'informazione, la consultazione e l'educazione sanitaria (1).

La morte improvvisa e prematura impedì a Maccacaro di approfondire questa concezione teorica e ricavarne uno strumento operativo. La legge 833 del 1978 sul Servizio Sanitario Nazionale non conteneva riferimenti alle Case della Salute.

Le modifiche apportate negli anni successivi al Servizio Sanitario nazionale, cioè l'aziendalizzazione (D.L. 502 del 1992), l'ampliamento delle competenze regionali con la riduzione del ruolo

dei comuni (D. L. 517 del 1993) e l'impulso alle privatizzazioni (D.L. 229 del 1999), sembravano aver creato un clima poco propizio alla realizzazione delle Case della Salute. Invece, trent'anni dopo Maccacaro, il tema fu ripreso ed elaborato come modello di programmazione sanitaria da Bruno Benigni, ex sindacalista della CGIL e assessore alle politiche sociali della Toscana, che lo presentava in questo modo: un'idea semplice di grande utilità per la riorganizzazione del welfare locale, che sia la sede pubblica in cui la comunità locale si organizza per la promozione della salute e del benessere sociale, dove sono collocati in uno stesso spazio fisico i servizi sociali che erogano prestazioni sanitarie e sociali per una popolazione determinata e programmata (2).

L'idea semplice di Benigni trovò inizialmente applicazioni pratiche in Toscana, a partire dal 2002, in alcune iniziative esemplari, che furono presto adottate dalla regione, dapprima come progetti sperimentali e poi inserite nel quadro della programmazione regionale. La traduzione operativa del modello si basò su due aspetti fondamentali: l'istituzione delle Unità di Cure Primarie e l'indicazione della sanità d'iniziativa come modalità assistenziale privilegiata (3).

Le Unità di Cure primarie erano l'elemento essenziale che doveva assi-

\*Centro Studi di Politica e Programmazione Socio-Sanitaria Istituto di Ricerche Farmacologiche Mario Negri-IRCCS, Milano

curare, in un ambito territoriale di riferimento, l'intersectorialità e l'integrazione degli interventi socio sanitari da parte dell'assistenza sanitaria di base, della specialistica ambulatoriale e di altre professionalità, al fine di garantire l'erogazione di una effettiva continuità assistenziale nell'arco delle 24 ore per 7 giorni alla settimana. La presa in carico del paziente prevedeva risposte sanitarie e socio sanitarie a diversi livelli di complessità, con l'utilizzo di un'adeguata strumentazione tecnica e di un approccio multidisciplinare.

La sanità di iniziativa era considerata il modello assistenziale per la presa in carico, costituendo, soprattutto ma non solo, nell'ambito delle malattie croniche, un nuovo approccio organizzativo che affidava alle cure primarie il compito di programmare e coordinare in modo proattivo gli interventi per gli utenti. La cornice concettuale era il *Chronic Care Model*, basato sull'interazione tra il paziente reso esperto da opportune iniziative di formazione e il gruppo di lavoro multiprofessionale composto da operatori sociali e sanitari, infermieri e medici di medicina generale.

Queste proposte giunsero all'attenzione di Livia Turco, ministro della salute del governo Prodi, che le fece proprie e le incluse nel D.M. 10.7.2007, attuativo della Legge 296 del 27.12.2006 n. 296, *"Progetti attuativi del Piano sanitario nazionale - Linee guida per l'accesso al cofinanziamento alle Regioni e alle Province autonome di Trento e Bolzano per la sperimentazione del modello assistenziale case della salute"*. Al decreto, che prevedeva un finanziamento di 10 milioni di euro, era allegato un documento che definiva caratteristiche e funzioni delle Case della Salute (4).

Il percorso aperto dall'ipotesi teorica di Maccacaro, che vedeva nella Casa della Salute uno strumento politico basato sulla partecipazione democratica, era dunque arrivato all'identificazione della Casa della Salute come struttura

che erogava l'insieme delle prestazioni socio-sanitarie nell'ambito di una programmazione territoriale in cui la partecipazione dei cittadini era un aspetto al pari di altri. A questo scopo venivano individuati dieci punti essenziali per definirne il profilo: centralità del cittadino, riconoscibilità, accessibilità, unitarietà, integrazione, semplificazione, appropriatezza, efficacia, punto di riferimento della rete, autorevolezza e affidabilità (5). Era previsto che il territorio di riferimento della Casa della Salute fosse di dimensioni ridotte, con un bacino fino a 10.000 abitanti.

La maggior parte delle regioni decisero di avviare la sperimentazione del modello, accettandone tuttavia solo in parte e in modo disomogeneo alcuni punti qualificanti (6). In alcuni casi le strutture create, benché assimilabili alle Case della Salute, ricevettero denominazioni diverse: Presidio territoriale di assistenza (PTA) in Abruzzo, Puglia e Sicilia; Presidio socio-sanitario territoriale (PRESST) in Lombardia, Medicina di gruppo integrata (MGI) in Veneto.

Comunque, qualunque fosse la denominazione, nel 2021 ne furono censite 554 in attività, con un'enorme variabilità regionale, da nessuna a 126. In effetti il modello venne sviluppato in modo consistente soprattutto in Emilia-Romagna, Toscana e Veneto, dove incontrò tuttavia alcune difficoltà e venne applicato in modo disuguale anche all'interno delle singole regioni (7). Va rilevato, ad esempio, che la realizzazione di una Casa della Salute per 10.000 abitanti o anche meno si dimostrò poco praticabile, soprattutto nelle aree urbane. Nel 2021 in Emilia-Romagna le 125 Case attive servivano in media 35.000 abitanti e le 69 della Toscana 53.000. Un attento osservatore della sanità territoriale toscana scriveva qualche anno fa che in realtà dopo il 2015 si era registrata una regressione dei suoi aspetti più strategici, come la sanità d'iniziativa e le Case della Salute (3).

Per questo motivo la presentazione da parte del governo nel 2021 del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR), che permetteva l'accesso ai fondi europei stanziati col *Recovery and Resilience Fund*, fu accolta con favore da chi operava nella sanità e dagli amministratori. Infatti, una delle aree d'intervento del PNRR, cioè la cosiddetta Missione 6, era dedicata alla salute e al suo interno una delle componenti aveva l'obiettivo di rendere l'assistenza di prossimità diffusa sul territorio per garantire cure primarie e intermedie, soprattutto alle categorie più fragili. L'attivazione in tutte le regioni di una rete di Case della Comunità era uno degli strumenti per raggiungere l'obiettivo (8).

Dopo la pubblicazione del PNRR, il D.M. 77 del 23.5.2022, che includeva un regolamento e alcuni allegati, definì modelli, standard organizzativi, qualitativi e tecnologici dell'assistenza territoriale, comprese le Case della Comunità. Due anni dopo il quadro normativo è stato completato dalle linee di indirizzo dell'Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali (AGENAS), per l'attuazione del modello organizzativo delle Case della Comunità. Al termine di questo processo possiamo dunque dire che le Case della Comunità non erano più un'ipotesi, una proposta o un modello sperimentale, ma una componente rilevante del servizio sanitario nazionale. Inoltre, le decisioni sulla loro realizzazione non erano affidate alle singole regioni, ma dipendevano da una normativa nazionale a carattere vincolante. Infatti, poco dopo l'emanazione del D.M. 77, tutte le regioni si sono affrettate ad approvare delibere che ne recepivano i contenuti.

Sono state sollevate obiezioni sull'impostazione dell'intera Missione salute, come lo stanziamento relativamente modesto rispetto a quello complessivo del PNRR e alcune discrepanze tra il D.M. 77 e i suoi allegati, che hanno fatto parlare di riforma a metà (9). Va

comunque riconosciuto che il percorso aperto da Maccacaro cinquant'anni prima e poi proseguito da Benigni era in qualche modo venuto a compimento. Si tratta ora di stabilire cosa sia rimasto e cosa si sia perso in questo lungo tragitto.

Un confronto tra il D.M. 77, coi documenti ad esso collegati, e il D.L. Turco del 2007 evidenzia un'impostazione simile, ma mette in luce differenze non trascurabili, in parte dipendenti dai cambiamenti nell'impostazione del servizio sanitario nazionale che abbiamo già citato. Alcune differenze sono comprensibili, come le dimensioni della popolazione di riferimento delle Case della Comunità, indicate in 40-50.000 abitanti e non più 5-10.000, altre riflettono un cambio di prospettiva, che emerge ad esempio dalla ridefinizione in senso più strettamente sanitario del percorso di accesso, che nel D.L. Turco prevedeva fin dall'inizio un'integrazione tra servizi sociali e sanitari.

Tuttavia, piuttosto che analizzare in dettaglio le normative, sembra più utile gettare lo sguardo sul modo come queste sono implementate. In mancanza di un quadro nazionale complessivo e approfondito sulla realizzazione delle Case della Comunità, dobbiamo affidarci ad analisi che considerino singole regioni.

### **CASE DELLA COMUNITÀ: COSA SUCCEDDE IN LOMBARDIA**

In questo contributo mi propongo di soffermarmi su quello che si sta verificando in Lombardia, servendomi dei dati raccolti dall'indagine iniziata tre anni fa e ancora in corso da parte dell'Istituto Mario Negri sulle Case della Comunità, che a partire dalla fine del 2021 hanno cominciato a comparire sul territorio regionale. Quest'indagine riveste particolare interesse, non solo per le dimensioni e il peso che la Lombardia ha nel nostro paese, ma perché consente di analizzare un contesto in cui la realizzazione delle Case

di Comunità sta avvenendo in assenza di una consolidata esperienza di sviluppo delle Case della Salute negli anni precedenti, con la libertà potenziale di trovare soluzioni originali non influenzate da modelli preesistenti.

La regione Lombardia, in attuazione delle indicazioni del PNRR, aveva inizialmente previsto con la DGR XI/5723 del 2021, l'apertura di 218 Case della Comunità entro il 2026. Successivi rimaneggiamenti hanno portato con la DGR XII/2562 del 2024 a un piano operativo che ne riduceva il numero a una cifra variabile da un minimo di 187 a un massimo di 195. Tuttavia, la Corte dei Conti, a seguito della verifica compiuta in collaborazione con la regione nel novembre del 2024, ha definito in 191 strutture operative l'obiettivo plausibile, anche se non facile da raggiungere, per il 2026.

L'indagine si è prefissa di esaminarle tutte dal momento dell'apertura, pubblicando periodicamente i risultati. Metodi e strumenti utilizzati sono de-

scritti in dettaglio nell'ultimo rapporto disponibile, a cui questo articolo fa riferimento (10). Basti ricordare che, in assenza di un aggiornamento periodico da parte della regione Lombardia delle Case di Comunità operative, si è proceduto a ricognizioni dirette sui territori accompagnate dalla consultazione dei siti istituzionali delle 26 ASST (ossia ASL) che gestiscono i servizi territoriali in Lombardia. In questo modo al 29.1.2025 ne sono state identificate 136, di cui 124 sono state visitate almeno una volta. Attraverso una scheda apposita sono stati raccolti una serie di dati provenienti dalle visite e dall'accesso alle informazioni in possesso delle ASST. Sono disponibili dati completi e verificati relativi a 105 strutture, che sono stati pubblicati nel citato rapporto (10).

Per gli scopi di questo articolo è stata predisposta una sintesi dei dati più rilevanti, presentata nella Tabella 1. Chi vuole può naturalmente leggere il rapporto completo.

<b>Criteri minimi di qualità</b>	<b>Soddisfatti %</b>
Bacino di utenza definito	78
Bacino di utenza ≤ 50.000 abitanti	41
Punto Unico di Accesso aperto almeno 6 gg/7 gg	27
Punto Unico di Accesso aperto almeno 8 h/24 h	14
Presenza di Medici di Medicina Generale	39
Presenza di almeno 3 Medici di Medicina Generale	19
Presenza infermieri di Comunità	99
Presenza almeno 5 infermieri di Comunità	74
Continuità Assistenziale	61
Ambulatori specialistici	92
Strumentazione diagnostica di base	77
Punto Prelievi	78
Assistenza infermieristica domiciliare	86
Presenza Unità di Valutazione Multidimensionale	84
Consultorio familiare	59
Servizi di Salute Mentale	45
Servizio per le Dipendenze	26
Presenza Servizi Sociali Comunali	22
Presenza Volontariato/Terzo Settore	19
Spazi disponibili per i cittadini	59

**Tabella 1.** Sintesi dei dati del Rapporto "Le Case di Comunità in Lombardia: una indagine", 2024 (nota 10).

Dai dati sono stati ricavati indicatori minimi di qualità relativi a vari aspetti desumibili direttamente o indirettamente dal D.M. 77, dalla delibera regionale che l'ha recepito e dalle linee guida dell'AGENAS. Per ogni indicatore è stata indicata la percentuale delle 105 Case in cui il criterio di qualità era soddisfatto. Non sono stati indicati valori medi, perché l'estrema dispersione li rendeva poco significativi.

Per una corretta lettura dei dati va tenuto presente che si riferiscono a una rilevazione fatta sei mesi fa e quindi potrebbero nel frattempo essersi modificati. Tuttavia, il rapporto della Corte dei Conti sull'attuazione dell'assistenza territoriale in Lombardia secondo le indicazioni del PNNR, che ha raccolto dati in parte simili tra settembre e ottobre del 2024, non ha mostrato differenze di rilievo (11).

Nessuna delle Case della Comunità esaminate risponde pienamente ai requisiti previsti dagli standard regionali e nazionali, anche se molte ne soddisfano almeno alcuni. Come si vede, la situazione sembra abbastanza positiva per alcuni indicatori di qualità, come la dotazione di infermieri, la presenza di ambulatori specialistici, l'assistenza domiciliare. All'opposto, si rilevano gravi carenze in altri aspetti. Innanzitutto un'accessibilità limitata. Benché l'accesso in tutte le Case sia assicurato attraverso il Punto Unico di Accesso, gli orari di apertura sono in genere molto ridotti e inoltre l'accesso sembra non garantisca la fruizione diretta della maggior parte dei servizi erogati né un'integrazione tra essi. Diversi servizi, come la scelta e revoca del MMG, sono ancora gestiti con un sistema tradizionale di appuntamenti o attraverso numeri telefonici dedicati e non attraverso il libero accesso del cittadino. Anche le prestazioni ambulatoriali specialistiche, che pure sono disponibili in quantità e qualità adeguate, sono gestite ed erogate con poche differenze rispetto

a quello che già avveniva nei poliambulatori e sono prenotabili attraverso i canali burocratici tradizionali già esistenti

Comunque, la presenza molto limitata e frammentaria dei medici di medicina generale rende molto problematica la loro interazione coi medici del territorio, gli specialisti e gli operatori delle Case della Comunità. Non risulta avviato se non in pochi casi il lavoro di gruppo in unità multidisciplinari di cure primarie. La scarsa integrazione socio-sanitaria è testimoniata dalla modesta presenza dei servizi comunali e delle associazioni del terzo settore.

Questi limiti sono resi più evidenti dal bacino di utenza eccessivamente ampio del territorio di riferimento, che nella maggior parte dei casi supera i 50.000 abitanti e in alcuni casi raggiunge o supera i 100.000, rendendo difficili gli scambi tra le Case e la comunità.

Un confronto tra le diverse strutture mostra un quadro eterogeneo in termini di organizzazione, tipologia dei servizi offerti e risorse umane. Alcune hanno una discreta capacità di rispondere ad alcuni bisogni dei cittadini, anche con punte di eccellenza, mentre molte altre stentano a decollare e non sembrano essere guidate da una chiara visione strategica.

Vanno naturalmente considerate le condizioni sfavorevoli con cui la regione Lombardia si è dovuta confrontare nel processo di attivazione di servizi che richiedevano un approccio innovativo rispetto all'organizzazione delle cure territoriali, che solo in pochi casi avevano conosciuto in precedenza esperienze assimilabili alle Case della Salute. I tempi stretti dettati dal PNRR hanno reso difficile un'adeguata programmazione regionale e locale, rendendo spesso necessaria la collocazione della maggior parte delle Case della Comunità in strutture già disponibili, soprattutto poliambulatori, e la loro creazione si è basata in

larga misura su una riorganizzazione di servizi già esistenti. Questo ha reso difficile andare oltre il vecchio modello dei poliambulatori fondato sull'erogazione di singole prestazioni da parte di servizi e operatori spesso indipendenti tra loro, senza una presa in carico globale dei bisogni di salute delle comunità e senza un'impostazione di sanità d'iniziativa. Alcuni aspetti critici rilevati sono di natura sistemica e sono legati ad aspetti nazionali che non sono specifici per la Lombardia e non potrebbero essere affrontati in ambito regionale. Questo vale per le difficoltà di collocare i medici di medicina generale nelle Case della Comunità, che difficilmente potranno essere completamente risolte senza una sostanziale modifica delle norme legislative e contrattuali che regolano i rapporti tra la categoria e il Servizio Sanitario Nazionale. Infine, il cambiamento è stato avviato in un momento di difficoltà per il Servizio Sanitario Nazionale, caratterizzato da tagli e riduzioni di personale, soprattutto a livello territoriale.

Tuttavia, in diverse Case di Comunità, che sono state oggetto di più rilevazioni nell'arco di tempo del progetto, si è notata un'evoluzione rispetto alla rilevazione iniziale, che quindi potrebbe avere sviluppi favorevoli. Anche la loro eterogeneità dal punto di vista organizzativo, strutturale e operativo potrebbe essere sfruttata in senso positivo, con un'operazione di benchmarking, assumendo come obiettivi programmatici il trasferimento dei contenuti di esperienze virtuose che si sono sviluppate spontaneamente, come ad esempio quello della comunità della salute della Val Seriana, che ha promosso processi avanzati di integrazione socio-sanitaria che stanno dando vita in collaborazione con l'ASST a un'interessante progettualità nell'ambito di un tavolo di programmazione zonale per definire i contenuti della locale Casa della Comunità (11).

L'evoluzione può essere stimolata

dall'innovazione principale che si registra nelle Case della Comunità, cioè la dotazione di figure di nuova introduzione come gli infermieri di famiglia e comunità, che al momento sono l'asse portante di tutto il sistema e fanno in molti casi da nodo di raccordo e coordinamento tra diversi operatori e servizi. Molti di questi operatori appaiono coinvolti con entusiasmo e impegno nell'organizzazione di nuove strutture e nuove modalità di lavoro, in cui vedono interessanti prospettive di crescita professionale e di presa in carico delle situazioni di cronicità e fragilità.

Questo patrimonio non andrebbe disperso e dovrebbe essere valorizzato da strumenti adeguati in una cornice programmatica che includa anche adeguate iniziative di formazione. Andrebbero anche superati gli attuali vincoli che rendicontano le attività degli infermieri di famiglia e comunità frammentate in singole prestazioni. È chiaro che molte delle precedenti osservazioni rimandano a scelte di politica sanitaria a livello nazionale o regionale e non solo a una revisione di aspetti tecnici e organizzativi.

A questo punto si pone il problema di valutare in che misura il lascito dell'impostazione originaria delle Case della Salute è presente nell'impostazione che stanno assumendo le Case della Comunità in Lombardia.

Assumendo come punto di riferimento i contenuti del Decreto Turco del 2007, gli aspetti più importanti che si ritrovano solo in una minoranza delle Case lombarde sono: le unità di cure primarie, la sanità d'iniziativa, l'integrazione socio-sanitaria e l'interazione con la comunità. Chiariamo subito che questo non dipendere solo in piccola parte da cambiamenti della normativa dal D.M. del 2007 a quello del 2022. Infatti, sia che nel D.M. 77 che nella delibera regionale che lo ha recepito e anche nelle Linee Guida dell'AGENAS, questi aspetti sono considerati, anche se con minore enfasi. Soprattutto

to le linee guida dell'AGENAS sono molto esplicite. Per l'assistenza primaria si indica che essa va erogata da un'équipe multiprofessionale e multidisciplinare, che comprenda medici di medicina generale, specialisti, operatori sanitari e personale degli Enti Locali. La sanità di iniziativa è indicata come modalità d'intervento fondamentale delle cure primarie. L'integrazione coi servizi sociali è considerata necessaria in tutti i passaggi assistenziali. La partecipazione della comunità e la valorizzazione della co-produzione devono essere sviluppate promuovendo processi di promozione e della salute, prevenzione e cura, col coinvolgimento della popolazione e della rappresentanza dei cittadini. Questi vari aspetti sono definiti nel D.M.77 come componenti obbligatorie o raccomandate del modello operativo delle Case della Comunità.

Non si può quindi dire che in questi anni i riferimenti normativi siano cambiati in modo radicale, né che i provvedimenti attuativi della regione Lombardia non abbiano tenuto conto di un impianto complessivo che prescriveva per le Case della Comunità un assetto che si avvicinava a quello delle precedenti Case della Salute.

Tuttavia, appare evidente che l'implementazione pratica sta avvenendo in modo disomogeneo, in modo tale che a livello locale alcuni aspetti qualificanti del modello siano facilmente, anche se non sempre, disattesi.

È importante che, nei mesi che ci separano dalle scadenze dei tempi del PNRR, il dibattito pubblico fornisca elementi concreti per far sì che l'evoluzione delle Case della Comunità venga indirizzata nella giusta direzione. A questo scopo, non solo gli attori istituzionali del mondo sanitario, ma anche i Comuni, le organizzazioni professionali e le associazioni della cittadinanza attiva e gli enti locali devono dare il loro contributo.

## Note

1. G.A. Maccacaro *L'Unità Sanitaria Locale come sistema (1972) in Per una medicina da rinnovare. Scritti 1966-1976*, Feltrinelli 1981.
2. B. Benigni *La Casa della Salute. Quaderni del Socio Sanitario*, 6: 37-53, 2004.
3. G. Maciocco *Le Case della Comunità in Toscana*, Salute Internazionale, 2022. <https://www.saluteinternazionale.info/2022/02/le-case-della-comunita-in-toscana/?pdf=19288>.
4. L. Turco *La casa della salute, luogo di ricomposizione delle cure primarie e della continuità assistenziale. In Incontro nazionale Stato-Regioni La Casa della Salute*, Roma, Ministero della Salute, 2007.
5. A. Brambilla, G. Maciocco *Le Case della Salute. Innovazione e buone pratiche*, Carocci 2016.
6. E. Turi *Ma cosa sono queste Case di comunità?* Lavoro e Salute, 2022. <https://l.facebook.com/l.php?u=https://www.blog-lavoroesalute.org/2Flavoro-e-salute-luglio>.
7. Pesaresi, F. *Le case della comunità. Come saranno. Luoghi della cura online n. 3/2022* [www.luoghicura.it](http://www.luoghicura.it).
8. Ministero della Salute PNRR-Salute. Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza, 2024. <https://www.pnrr.salute.gov.it/portale/pnrrsalute/dettaglioContenutiPNRR-Salute.jsp?lingua=italiano&id=5833&area=PNRR-Salute&menu=missionesalute>
9. A. Brambilla, G. Maciocco *Dalle Case della Salute alle Case della Comunità. La sfida del PNRR per la sanità territoriale*, Carocci 2022.
10. A. Nobili, A. Barbato, G. Remuzzi *Le Case della Comunità in Lombardia: un'indagine*, Lombardia Sociale, 2024. <https://lombardiasociale.it/2024/10/11/le-case-della-comunita-in-lombardia-unindagine/>
11. M. Altobelli, M.G. Gritti, M. Orlandi, A. Cremaschi *Verso una comunità della salute sul Serio: l'evoluzione del progetto Paracadute nella prospettiva della Casa della Comunità*. Sistema Salute, 68:425-437, 2024.