

Case della Comunità: il ruolo è chiaro?

Descrizione

Andrea Vannucci, direttore sanitario Fondazione File

Non basta riempire i contenitori, bisogna decidere quale sanità vogliamo costruire

Il dibattito sulle Case della Comunità rischia di concentrarsi su una domanda certamente importante, ma non sufficiente: avremo abbastanza medici e infermieri per farle funzionare?

La domanda è legittima. Gli infermieri mancano già oggi, e non si vede come il loro numero possa crescere rapidamente se la professione resta poco attrattiva, scarsamente valorizzata e sottoposta a carichi crescenti. I medici di medicina generale, a loro volta, guardano con forte diffidenza a ipotesi di trasformazione del loro ruolo che sembrano ridurre autonomia professionale, rapporto fiduciario e capacità di presa in cura longitudinale.

Ma il punto più delicato è un altro. Prima di chiederci con quali professionisti riempire le Case della Comunità, dovremmo chiederci che cosa vogliamo che esse siano.

Se le immaginiamo come poliambulatori decentrati, relativamente vicini ai cittadini, dove si concentrano prestazioni, agende, turni e qualche diagnostica di base, allora il problema del personale diventa quasi insolubile. Serviranno medici e infermieri per coprire orari, produrre prestazioni, gestire accessi, alimentare agende. Avremo forse qualche ricovero improprio in meno, qualche accesso ospedaliero evitato, qualche servizio più vicino. Ma non avremo costruito davvero medicina di prossimità.

La prossimità, infatti, non coincide con la distanza chilometrica. Non basta che una struttura sia più vicina dell'ospedale per essere prossima. La prossimità è capacità di conoscere le persone, anticipare i bisogni, intercettare fragilità prima che diventino crisi, raggiungere il domicilio, connettere cure sanitarie, servizi sociali, reti informali, volontariato, comunità locali.

La Casa della Comunità dovrebbe essere soprattutto questo: non il fine della riforma, ma un mezzo. Non il luogo in cui portare tutti, ma il nodo da cui far partire una medicina e un'assistenza capaci di arrivare dove le persone vivono.

In questa prospettiva, il valore della Casa della Comunità non si misura solo dal numero di visite, prelievi, prestazioni specialistiche o accessi infermieristici effettuati al suo interno. Si misura dalla sua capacità di attivare assistenza domiciliare, sostenere *caregiver*, intercettare solitudine, promuovere prevenzione, facilitare percorsi per cronici e fragili, integrare medici, infermieri, assistenti sociali, terzo settore e cittadini.

Questa prospettiva non è astratta per chi opera ogni giorno nelle cure palliative domiciliari. Da direttore sanitario di una fondazione che partecipa alla rete delle cure palliative e porta a domicilio *équipe* multiprofessionali, vedo quotidianamente quanto la cura non coincida con la prestazione e quanto il domicilio non sia semplicemente il luogo alternativo all'ospedale. Nelle cure palliative il valore nasce dalla capacità di anticipare i bisogni, leggere insieme dimensioni cliniche, psicologiche, sociali e familiari, sostenere i *caregiver*, costruire fiducia, coordinare professionisti diversi e riconoscere che la persona non

Ordine Provinciale dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri Via G.C. Vanini, 15 – 50129 Firenze Tel. 055 496522 Fax 055 481045 email protocollo@omceofi.it. Copyright by Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri della Provincia di Firenze

è mai separabile dal suo contesto di vita.

Per questo le cure palliative possono offrire una lezione preziosa alle Case della Comunità. Esse mostrano che la prossimità non si produce aprendo uno sportello più vicino, ma assumendo una responsabilità più ampia verso una popolazione fragile, le sue famiglie e le reti che la circondano. Mostrano che il lavoro d'*équipe* non è una somma di competenze collocate nello stesso edificio, ma una pratica quotidiana di integrazione, decisione condivisa e adattamento ai bisogni reali. Mostrano, infine, che il terzo settore non è un fornitore marginale o accessorio, ma può essere un attore competente nella costruzione di legami, continuità assistenziale e capacità comunitaria.

Se le Case della Comunità sapranno apprendere da questa esperienza, potranno diventare non solo luoghi di accesso ai servizi, ma dispositivi capaci di attrarre, ordinare e valorizzare energie professionali, familiari, sociali e civiche intorno ai bisogni delle persone. Se invece resteranno contenitori prestazionali, rischieranno di consumare risorse scarse senza generare vera prossimità.

L'esperienza di Frome, nel Regno Unito, spesso richiamata come esempio di "*compassionate community*", indica una direzione interessante. Non perché sia un modello necessariamente da copiare, ma perché mostra che la salute può migliorare quando le cure primarie non agiscono da sole e quando la comunità diventa parte della risposta. A Frome il lavoro non si è limitato a potenziare ambulatori: ha mappato risorse locali, connesso persone isolate, sviluppato reti di supporto, integrato medicina generale e comunità.

È esattamente questa la sfida italiana. Le Case della Comunità possono diventare il simbolo di una riforma incompiuta, fatta di sedi nuove e vecchie logiche prestazionali. Oppure possono diventare l'infrastruttura di una sanità territoriale finalmente capace di leggere i bisogni, organizzare risposte integrate e aiutare le comunità a produrre salute.

Per questo il dibattito sulla carenza di personale, pur necessario, non deve diventare l'unico dibattito. Se pensiamo le Case della Comunità come poliambulatori, la carenza di personale sarà il limite principale. Se le pensiamo come piattaforme di salute comunitaria, il personale resta essenziale, ma cambia la domanda: non solo quanti professionisti servono, ma quali funzioni devono svolgere, con quali autonomie, dentro quali *équipe*, con quale rapporto con il domicilio e con la comunità.

Non a caso, il recente ritiro della proposta di riforma ministeriale sul ruolo dei medici di medicina generale nelle Case della Comunità conferma quanto sia rischioso affrontare la questione partendo dal "chi fa cosa" senza aver prima chiarito a cosa deve servire la Casa della Comunità: la conflittualità intorno al ruolo dei MMG è sintomo, non causa, dell'assenza di una visione condivisa. Anche il ruolo dei medici di medicina generale andrebbe discusso in questa chiave. Il tema non può essere ridotto alla contrapposizione tra convenzione e dipendenza. Il punto è se vogliamo medici chiamati a coprire ore in un contenitore o professionisti capaci di lavorare in *équipe*, assumere responsabilità su una popolazione, condividere dati e strategie, mantenere autonomia clinica e costruire medicina associata vera. Una medicina associata non è la somma di ambulatori nello stesso edificio. È una comunità professionale che prende in carico una comunità di cittadini.

Lo stesso vale per gli infermieri. L'infermiere di famiglia e comunità non può essere pensato come un infermiere ambulatoriale aggiunto. È una figura che valuta bisogni, educa, accompagna, connette, monitora, lavora nel domicilio e nella comunità. Ma perché questo accada, occorrono riconoscimento professionale, formazione, autonomia organizzativa e condizioni di lavoro attrattive.

La vera domanda, dunque, è politica e organizzativa insieme: vogliamo Case della Comunità piene di prestazioni o comunità più capaci di prendersi cura di loro?

Nel primo caso avremo qualche poliambulatorio in più e molte difficoltà di personale. Nel secondo caso potremmo avere una leva per ridisegnare davvero la sanità territoriale: meno centrata sull'attesa della domanda, più orientata all'iniziativa; meno chiusa nelle strutture, più capace di domicilio; meno prestazionale, più relazionale; meno sanitaria in senso stretto, più produttrice di salute.

Le Case della Comunità non falliranno perché mancano edifici. Potrebbero fallire perché non avremo avuto il coraggio di dire che cosa devono diventare.

In fondo, la differenza è tutta qui: un approccio orientato alla sostenibilità cerca di rendere meno fragile e meno costoso il sistema che già esiste; un approccio rigenerativo prova invece a ricostruire le condizioni sociali, professionali e comunitarie perché salute, cura e responsabilità condivisa possano continuamente rigenerarsi. Le Case della Comunità avranno senso solo se sapranno collocarsi in questa seconda prospettiva.

Ordine Provinciale dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri Via G.C. Vanini, 15 – 50129 Firenze Tel. 055 496522 Fax 055 481045 email protocollo@omceofi.it. Copyright by Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri della Provincia di Firenze

andrea.gg.vannucci@icloud.com

CATEGORY

1. Scienza e professione

Categoria

1. Scienza e professione

Data di creazione
01/07/2026
Autore
redazione-toscana-medica
Campi meta
Nome E Cognome Autore 1 : Andrea Vannucci
Views : 1230

Ordine Provinciale dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri Via G.C. Vanini, 15 – 50129 Firenze Tel. 055 496522 Fax 055 481045 email protocollo@omceofi.it. Copyright by Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri della Provincia di Firenze