

Case di Comunità

UN PNRR NON TANTO IN SALUTE

di **Rosa Papa**

Lil 30 giugno 2026 ha rappresentato una scadenza molto importante per la tutela della salute di tutti noi e per la sanità pubblica in generale, ma purtroppo non ha avuto l'eco mediatica che meritava, come accade spesso a problematiche il cui esito poi ricade sul quotidiano della gente comune. Si è concluso infatti il cronoprogramma italiano riguardo l'attuazione del Piano nazionale di ripresa e

resilienza (Pnrr) che, alla missione 6, Salute, prevede due grandi linee di investimento: una relativa alle Reti di prossimità, strutture e Telemedicina per l'assistenza sanitaria territoriale e l'altra riguarda invece Innovazione, ricerca e digitalizzazione del Ssn. Nella prima rientrano le Case di Comunità. Durante il recente Forum G19+2, dedicato al futuro del Ssn tenutosi a Genova il 15 e 16 giugno scorsi, il Ministro Schillaci ha rassicurato l'opinione pubblica dichiarando che l'apertura delle Case di Comunità è un traguardo raggiungibile.

Nino Cartabellotta presidente di **Gimbe** ha espresso qualche perplessità su questa

ottimistica affermazione. Al momento la fonte attendibile sullo stato dell'arte dell'avanzamento del Pnrr è rappresentata dal Referto approvato dalla Corte dei Conti – Sezione delle autonomie, che fotografa la situazione al 13 febbraio 2026 dei progetti affidati agli enti territoriali, dove si legge: Case della Comunità, obiettivo a portata, ma solo il 3,8% delle strutture è pienamente attivo.

continua a pagina 9

L'editoriale

Un Pnrr non proprio in... salute

di **Rosa Papa**

«**L**'investimento chiave per l'assistenza territoriale prevedeva l'attivazione di almeno 1.038 Case della Comunità entro giugno 2026»; lì dove per attivazione si intende non solo un edificio con tanto di targa, quanto piuttosto la piena operatività dello stesso e cioè «con tutti i servizi obbligatori – presenza medica 24/7 negli hub e 12 ore per 6 giorni negli spoke, presenza infermieristica continuativa».

È stato sottovalutato lo stato nel quale versa la medicina territoriale, anche se il Covid ne aveva ben rappresentato l'inadeguatezza; la complessità della sua trasformazione doveva prevedere

tempi più lunghi, considerando la critica carenza di personale, e la mancanza di una visione condivisa. Nel testo del Pnrr ricorrono molto spesso due sostantivi: Integrazione ed Equità, ma attuare una integrazione tra strutture, cioè tra professionisti così come realizzare una sanità *non uguale ma equa* vuol dire rivoluzionare l'attuale sistema.

La medicina territoriale non può perdere questa opportunità considerata da tutti irripetibile, ed è proprio perché si tratta di una occasione unica bisogna a tutti i costi evitare di svuotarne il senso; la sua portata innovativa è quanto mai necessaria soprattutto per il Mezzogiorno e per tutte le comu-



Peso: 1-9%, 9-19%

nità a forte rischio di esclusione. Una medicina territoriale davvero efficace prevede una visione politica e sociale della Salute, ad essa è affidato l'importante compito di raggiungere gli «irraggiungibili», di valutare i rischi sociali nel determinismo delle malattie, di tutelare la salute mediante la prevenzione e contenere i danni della malattia grazie alla presa in carico, anche

con la speranza di ridurre la quota di *mortalità evitabile* tanto elevata soprattutto in Campania che colpisce le fasce più deboli della popolazione.



Peso:1-9%,9-19%