

Il modello delle case di comunità ancora stenta a produrre i suoi effetti nel Mezzogiorno

Sanità lontana dai territori

Partecipazione e coproduzione non decollano al Sud

DI GIUSEPPE BRANDI

L'economia sociale (terzo settore, cooperazione sociale, mutualità) tiene in piedi una parte della salute degli italiani, ma viene chiamata solo quando il servizio è già stato deciso. Le case della comunità dovevano invertire quest'ordine. L'ultimo monitoraggio dell'Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali (Agenas) mostra però che nel Mezzogiorno la partecipazione della comunità è rimasta molto debole; una delle ragioni può essere cercata in ciò che il dm salute n. 77/2022, la riforma dell'assistenza territoriale, ha lasciato indefinito.

Le case della comunità sono state pensate come il luogo in cui la sanità pubblica incontra le reti sociali del territorio. Nel Mezzogiorno, tra le 101 strutture con almeno un servizio attivo, soltanto 26 dichiarano di avere attivato la partecipazione della comunità e la valorizzazione della coproduzione, mentre al Nord sono 375 su 454. I numeri sono tratti dal report nazionale Agenas sul monitoraggio del dm 77, relativo al secondo semestre 2025 e aggiornato al 31 dicembre.

La Campania dichiara la partecipazione e la coproduzione attive in 2 strutture su 39; la Puglia in nessuna delle 3 operative. In Basilicata, invece, nessuna delle 19 case programmate eroga ancora servizi.

Quella rete però esiste, e dispone di qualcosa che il si-

stema sanitario fatica ad avere, vale a dire una presenza quotidiana nei quartieri e un rapporto con le persone più difficili da raggiungere. Il registro statistico Istat rileva che nel 2023 operavano in Italia 11.917 istituzioni non profit con attività prevalente nella sanità e 34.588 nell'assistenza sociale e nella protezione civile. Molti enti svolgono inoltre attività sanitarie in modo complementare, orientando le persone nell'accesso alle cure o assistendole a domicilio. Altri lavorano sulla prevenzione.

Questa rete il dm 77 l'ha vista. Colloca infatti la partecipazione della comunità e la valorizzazione della coproduzione tra gli standard obbligatori della casa della comunità. Non ricorda però questa previsione agli strumenti dell'amministrazione condivisa previsti dall'art. 55 del codice del terzo settore, lasciando alle regioni e alle aziende sanitarie il compito di definire procedure stabili per attuarla.

Il limite si vede nell'attuazione. A fronte di 1.715 case della comunità programmate, le strutture con almeno un servizio attivo sono 781, il 45,5%. Quelle con tutti i servizi obbligatori e la presenza medica e infermieristica prevista dagli standard sono 66, meno del 4%. La par-

tecipazione è dichiarata attiva in 544 delle 781 strutture che

erogano almeno un servizio, di cui appena 26 nel Mezzogiorno. Lo squilibrio territoriale mostra il limite di una previsione priva di modalità attuative comuni.

Lo scarto emerge anche nei distretti. In Campania la partecipazione di associazioni o Ets è dichiarata in 66 distretti su 73, ma soltanto in 2 delle 39 case della comunità attive. Il dato suggeri-

sce un coinvolgimento ancora poco tradotto nell'organizzazione concreta dei servizi.

Il budget di salute mostra come il coinvolgimento degli Ets possa entrare nella costruzione degli interventi. Il Programma nazionale equità nella salute 2021-2027, dotato complessivamente di 625 milioni di euro e rivolto a sette regioni del Mezzogiorno, ne prevede la sperimentazione nei percorsi dedicati alla salute mentale. Le aziende sanitarie possono coprogettare con gli Ets interventi che partono dai bisogni della persona e comprendono anche l'abitare e l'inserimento lavorativo. La cura esce così dal perimetro della prestazione sanitaria e si misura con ciò che consente alla persona di vivere in autonomia.

Il punto è che l'economia



Peso: 53%

sociale è utile quando viene coinvolta prima che il servizio sia definito. Se arriva al momento dell'affidamento, resta un esecutore di prestazioni decise altrove, spesso dentro gare nelle quali il costo pesa molto.

L'amministrazione condivisa permette invece di unire la conoscenza dei servizi pubblici a quella maturata dagli enti nel contatto con le persone. Non si tratta di affidare al vo-

lontariato le carenze del servizio sanitario nazionale: il contributo dell'economia sociale ha senso se rafforza la responsabilità pubblica ed entra in una programmazione dotata di risorse, senza che la coprogettazione diventi un affidamento meno trasparente.

Il Piano d'azione nazionale per l'economia sociale, esaminato dal Consiglio dei ministri il 2 luglio nella forma di un'informativa, offre una cornice di sistema. Nella versione attuale, però, indica una direzione senza mi-

sure operative immediate. Spetterà agli atti successivi e alle regioni tradurre questa direzione nei distretti e nelle case della comunità.

Aprire una struttura non basta a creare salute di comunità. Serve il raccordo operativo con gli strumenti dell'art. 55 del Cts e la volontà di usarli dove i numeri mostrano che la partecipazione resta troppo debole.

Le case della comunità sono state pensate come il luogo in cui la sanità pubblica incontra le reti sociali del territorio. Nel Mezzogiorno, tra le 101 strutture con almeno un servizio attivo, soltanto 26 dichiarano di avere attivato la partecipazione della comunità e la valorizzazione della coproduzione, mentre al Nord sono 375 su 454



I numeri nel report Agenas



Peso: 53%