

Cerca nel sito

16 Settembre 2026 12:04

quotidianosanità.it

Lettere al direttore

Cronache Governo e Parlamento Regioni e Asl Lavoro e Professioni Scienza e Farmaci Studi e Analisi Lettere al direttore
Edizioni Regionali QS Pro Professionisti Sanitari. AI

QS Club Newsletter

QS » Lettere al direttore » Case e Ospedali di Comunità: "operativi" per chi?



Stampa

Case e Ospedali di Comunità: "operativi" per chi?



Gentile Direttore, nei giorni scorsi, anche su queste pagine, il confronto sulle Case e sugli Ospedali di Comunità ha riguardato soprattutto le competenze dei professionisti chiamati a lavorarvi. Vorrei provare a fare un passo indietro e porre una domanda ancora più

semplice...

Gentile Direttore,

nei giorni scorsi, anche su queste pagine, il confronto sulle Case e sugli Ospedali di Comunità ha riguardato soprattutto le competenze dei professionisti chiamati a lavorarvi.

Vorrei provare a fare un passo indietro e porre una domanda ancora più semplice.

Quante Case e quanti Ospedali di Comunità sono oggi realmente operativi in Italia?

Sembra una domanda banale. Non lo è affatto.

Perché nel lessico della nuova sanità territoriale incontriamo strutture "attivate", strutture con "almeno un servizio attivo", strutture che hanno raggiunto il "target PNRR", strutture con "tutti i servizi obbligatori", strutture "pienamente operative".

Espressioni che per il cittadino sembrano significare la stessa cosa. Ma non la significano.

Ed è proprio qui che comincia il problema.

L'ultimo monitoraggio nazionale AGENAS disponibile, riferito al 31 dicembre 2025, registrava 1.715

Case della Comunità programmate. Di queste, 781 risultavano avere almeno un servizio attivo.

L'elaborazione della Fondazione GIMBE sui dati AGENAS rilevava che 285 disponevano di tutti i

servizi obbligatori dichiarati attivi. Ma soltanto 66, pari al 3,9% delle 1.715 programmate, rispettavano anche gli standard di presenza medica e infermieristica considerati necessari per definirle pienamente operative.

Per gli Ospedali di Comunità, AGENAS registrava 594 strutture programmate e 163 dichiarate attive, per oltre 2.900 posti letto. Anche in questo caso, tuttavia, il rispetto dei diversi standard risultava molto disomogeneo: presenza medica, requisiti minimi di personale, case manager, ambienti protetti e spazi per la riabilitazione motoria non erano contemporaneamente garantiti in tutte le strutture.

Su questa base, GIMBE concludeva che, a quella data, nessun Ospedale di Comunità risultava

Ultime analisi e review da QS Pro Gold



Liste d'attesa, il Ssn tra arretrati, carenza di personale e nuove regole



Terapia antitrombotica nel paziente fragile: nuove evidenze per una gestione personalizzata



Assistenza infermieristica al paziente adulto in ventilazione non invasiva (NIV)



Cloud sanitario: infrastrutture, compliance, GDPR e Risk management



Gestione dell'ipertensione resistente: dalle Linee Guida alle terapie innovative

Quotidiano
Sanità CLUB

Gli speciali



Sanità digitale per garantire più salute e sostenibilità. Ma servono standard e condivisione

Tutti gli speciali

I più letti [7 giorni] [30 giorni]



L'infermiere, una professione usurante che richiede un nuovo sistema di welfare



Tumore della prostata: siamo pronti per uno screening con RM senza mezzo di contrasto?

pienamente funzionante secondo l'insieme degli standard considerati. Naturalmente si tratta di una fotografia al 31 dicembre 2025 e sarebbe scorretto utilizzarla come se descrivesse la situazione attuale.

Poi è arrivato il traguardo del PNRR.

Il 29 luglio 2026 il Ministro della Salute ha comunicato alla Camera il pieno conseguimento, nei tempi previsti, del target europeo di almeno 1.038 Case della Comunità operative.

Pochi giorni dopo, il Ministero ha precisato che erano ancora in corso le attività di verifica e di acquisizione delle evidenze documentali necessarie alla rendicontazione del target. Analoga attività di verifica risultava in corso per l'obiettivo di almeno 307 Ospedali di Comunità operativi. Non vi è necessariamente una contraddizione.

Ma proprio qui nasce una domanda che dovrebbe interessare non soltanto gli addetti ai lavori: che cosa significa, esattamente, dichiarare "operativa" una Casa o un Ospedale di Comunità ai fini del PNRR? E quanto questa definizione coincide con una struttura pienamente funzionante, dotata dei servizi, del personale e delle competenze necessari per assistere realmente il cittadino?

Benissimo, dunque, raggiungere i target.

Ma proprio adesso, superata la stagione della corsa ai numeri, dovrebbe iniziarsi un'altra: quella della verifica sostanziale.

Perché al cittadino interessa relativamente sapere se una struttura è stata conteggiata nel raggiungimento di un obiettivo europeo. Gli interessa sapere cosa troverà quando varcherà quella porta.

Troverà il medico? L'infermiere? Gli specialisti necessari? I servizi diagnostici previsti? Il collegamento con il medico di famiglia e con l'ospedale? I percorsi per la cronicità? E, quando esiste un bisogno riabilitativo, troverà una presa in carico completa oppure una somma di singole prestazioni?

Sono domande tutt'altro che provocatorie. Sono le domande che dovrebbe porre qualsiasi sistema sanitario prima di dichiarare operativo un servizio.

Una targa non visita un paziente.

Un edificio non formula una diagnosi.

Una stanza attrezzata non costruisce un percorso di cura.

E soprattutto una dichiarazione di "attivazione" non può trasformare automaticamente ciò che manca in ciò che esiste.

Non siamo i soli a porre il problema. La Fondazione GIMBE ha richiamato l'attenzione sulla distanza che può intercorrere tra strutture con servizi dichiarati attivi e strutture realmente in grado di garantire tutti gli standard previsti. Anche autorevoli rappresentanti della sanità pubblica hanno evidenziato come la carenza di personale rischi di compromettere l'effettiva operatività delle Case della Comunità: realizzare strutture e acquistare tecnologie non significa aver risolto il problema delle risorse umane necessarie a farle funzionare.

È un punto essenziale.

Il PNRR può finanziare muri e tecnologie. Ma i professionisti non si costruiscono con un appalto.

E quando i professionisti mancano, si presenta una seconda tentazione, forse ancora più pericolosa: adattare le competenze alle risorse disponibili.

Se manca una figura, qualcun altro farà ciò che serve.

È comprensibile come soluzione organizzativa. Non è necessariamente accettabile come soluzione sanitaria.

Perché la carenza di personale non è una fonte del diritto.

Il DM 77/2022 ha profondamente ridisegnato l'organizzazione dell'assistenza territoriale, ma non ha modificato gli ordinamenti professionali e non ha trasferito diagnosi, prognosi, prescrizioni o responsabilità cliniche da una professione all'altra.

L'équipe multiprofessionale è una grande conquista se mette insieme competenze diverse. Diventa invece un rischio quando viene utilizzata per renderle indistinte.

Questo emerge con particolare evidenza negli Ospedali di Comunità.

I pazienti che vi accedono sono definiti a "bassa intensità clinica", ma sarebbe un grave errore



Tumore del pancreas. Aiom: "Daraxonrasib non ancora disponibile in Italia. Avviare subito l'uso compassionevole"



Lombardia. Medici di famiglia in sciopero per due giorni, ma la Fimmg non aderisce



Rivoluzione nella Sanità Pubblica: il TAR abbatte le esclusive e conferma l'unitaria Dirigenza Sanitaria

confondere la bassa intensità clinica con la bassa complessità della persona.

Un anziano clinicamente stabilizzato dopo una frattura, un paziente dopo un ictus, una persona con multimorbilità che ha perso autonomia, un paziente neurologico o un fragile che deve tornare al domicilio possono non avere bisogno di un reparto per acuti, ma possono avere bisogni clinici, funzionali, assistenziali e riabilitativi estremamente complessi.

Ed è precisamente in questi casi che la chiarezza delle responsabilità diventa una garanzia.

Il Piano Assistenziale Individualizzato (PAI) può certamente coordinare i diversi interventi assistenziali. Ma quando emerge un vero bisogno riabilitativo, non può diventare un contenitore capace di assorbire indistintamente anche diagnosi funzionale, prognosi riabilitativa, definizione del progetto riabilitativo, indicazione del setting e prescrizioni.

Il fisioterapista ha autonomia e responsabilità nelle competenze proprie della professione ed è una figura indispensabile del percorso.

Ma proprio il rispetto per quella professionalità impone di distinguere gli obiettivi operativi del trattamento fisioterapico dagli obiettivi complessivi del progetto riabilitativo e dalle decisioni cliniche che richiedono il medico specialista in Medicina Fisica e Riabilitativa.

Questo significa pretendere, giustamente, che una vera équipe esista davvero e che nessuno venga utilizzato per coprire, attraverso una impropria estensione delle funzioni, i vuoti lasciati dall'organizzazione.

Per questo, conclusa la corsa del PNRR, sarebbe auspicabile un'operazione nazionale di trasparenza molto semplice:

per ogni Casa e Ospedale di Comunità il cittadino dovrebbe poter consultare una vera carta d'identità operativa: quali servizi sono effettivamente attivi, in quali giorni e orari; quanti professionisti sono realmente presenti; quali posti letto sono concretamente disponibili; quali specialisti possono essere attivati e con quali tempi; come avvengono i collegamenti con ospedale, medicina generale e rete riabilitativa; chi assume le diverse responsabilità cliniche e assistenziali; quali risultati produce infine quella struttura in termini di salute.

Non sarebbe un atto contro le Regioni, le Aziende sanitarie o il Ministero.

Sarebbe, al contrario, il modo migliore per dare credibilità alla riforma.

Perché il problema non è dimostrare che il PNRR ha costruito abbastanza strutture.

Il problema è dimostrare che quelle strutture curano davvero.

Gli italiani hanno investito risorse pubbliche straordinarie in questa riforma e hanno il diritto di non dover interpretare il significato amministrativo della parola "operativo".

Una Casa della Comunità è aperta quando la comunità vi trova ciò che le è stato promesso.

Un Ospedale di Comunità è operativo quando il paziente fragile può essere preso in carico in sicurezza, con i professionisti necessari, responsabilità riconoscibili e percorsi completi.

Tutto il resto può rappresentare un importante avanzamento amministrativo, edilizio o tecnologico, ma non è ancora assistenza.

Non chiediamo di rallentare la riforma.

Chiediamo di proteggerla dal suo rischio più grande: considerarla conclusa prima che sia diventata reale.

Valeria Coco

Medico fisiatra

Coordinatrice Territoriale pubblico e privato accreditato ANF

Associazione Nazionale Fisiatri - aderente CIMO

16 Settembre 2026

© Riproduzione riservata

Potrebbe interessarti in Lettere al direttore