

Aree interne e Case della comunità: un binomio di successo?*

Sabina Nuti**

La Casa
della comunità
presa sul serio

A che cosa normalmente le persone associano il termine “eccellenza” nel sistema sanitario? Certamente, soprattutto prima della pandemia, il termine eccellenza nell’immaginario collettivo è sempre stato legato ai grandi luoghi di cura, ossia a ospedali, meglio se di tipo universitario e di ricerca, con una rilevante dotazione di posti letto e attrezzati con tecnologie e macchinari avanzati. Spesso i media, e non solo, ci hanno proposto negli ultimi anni varie tipologie di “classifiche” e pagelle sulla performance degli ospedali e non a caso in cima ai ranking abbiamo trovato posizionati ospedali grandi e rinomati. Legare il termine eccellenza a queste strutture non è un errore: come anche evidenziato dalla bibliografia scientifica, là dove è possibile concentrare i saperi, le competenze e le innovazioni tecnologiche si costruisce il miglioramento continuo dell’assistenza e degli esiti delle cure. Ed i saperi e le competenze si formano dove si concentra un elevato volume di casistica che permette di “fare esperienza”, base fondamentale per garantire la qualità delle cure.

Su questi presupposti si basa il decreto ministeriale 70 del 2015 “Regolamento recante la definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all’assistenza ospedaliera”. Questo regolamento ha recepito le evidenze di letteratura sulla relazione tra qualità e volumi necessari a garantire i requisiti di sicurezza e qualità delle cure. In questo senso l’eccellenza è associata alla concentrazione della casistica in un luogo fisico, alla massa critica che permette di garantire elevati livelli di qualità.

Eppure, qualcosa in questa prospettiva si è incrinato nell’opinione pubblica durante la pandemia.

* Il testo costituisce la rielaborazione dell’intervento svolto dall’Autrice durante il workshop “La Casa della comunità presa sul serio” (Castelfranco Emilia, 29 maggio 2025), nell’ambito del PRIN “Il diritto costituzionale della salute e dell’organizzazione sanitaria, dopo l’emergenza della pandemia” (p.i. prof. Renato Balduzzi). Il contributo è destinato al volume “La Casa della comunità presa sul serio”, a cura di R. Balduzzi e D. Servetti, Pisa, Pacini, 2026, in corso di pubblicazione.

** Professoressa ordinaria di Economia e Gestione delle Imprese nella Scuola Superiore Sant’Anna di Pisa, sabrina.nuti@santannapisa.it.

La pandemia ha messo in evidenza ciò che era già chiaro agli esperti di sanità pubblica e di organizzazione dei servizi sanitari da più di quaranta anni, dalla dichiarazione della conferenza di Alma Ata nel 1978, ovvero che l'eccellenza delle cure si ottiene quando l'assistenza è coordinata tra i diversi livelli ed integrata con quella primaria che garantisce servizi di prossimità al domicilio del paziente (fra gli altri si veda Starfield 1994, Starfield et al. 2005, Kringos et al. 2013 Schafer et al. 2019)

Il ministro della salute Roberto Speranza nel 2019, già nei primi mesi del suo mandato, aveva iniziato con insistenza a utilizzare, per descrivere la traiettoria che voleva imprimere al sistema sanitario nazionale, il termine “prossimità”. Questo termine figurava al punto 8 del patto per la salute 2019-2021 relativo alla mobilità sanitaria quale diritto del cittadino alla prossimità dei servizi.

Prossimità quindi come ambito di garanzia ovvero elemento essenziale, minimo, dell'assistenza.

Certamente la pandemia ha fatto fare un salto culturale al sistema sanitario italiano, ha convinto i più che i servizi sociosanitari territoriali e il termine “prossimità” sono parole chiave per il futuro e rappresentano un punto centrale del riordino della sanità. Per questo gran parte degli investimenti della missione 6 del piano nazionale di ripresa e resilienza sono ad essi destinati.

È diventato più evidente quanto siano rilevanti i luoghi di cura intermedi, di passaggio o comunque di supporto, non necessariamente sanitario, che prendano in considerazione anche l'ambiente in cui le persone vivono e la situazione familiare di contesto.

La “casa come primo luogo di cura”, sintetizza l'idea di fondo degli investimenti del PNRR in ambito sanitario. Investimenti che devono considerare come tipologia di servizi offerti non solo il trattamento della malattia ma anche l'assistenza complessiva della persona. Un'assistenza di prossimità che richiede un cambio di paradigma dei modelli organizzativi e del modo di lavorare, dove la “Casa della comunità” riveste un ruolo centrale e fondamentale, quale crocevia e punto di incontro tra professionisti, pazienti, cittadini, comunità e dove può essere assicurata un'assistenza orientata a recuperare la dimensione umana, a considerare la persona nel suo insieme, nel suo territorio, nel suo ambiente.

E qui l'idea di far confluire nelle Case della comunità figure che hanno già nella loro declaratoria professionale la centralità dell'assistenza, come l'infermiere di famiglia e comunità, ma anche nuove e vecchie figure del territorio come il fisioterapista di famiglia o il farmacista fino alla proiezione di specialisti, come l'oncologo, generalmente associati all'ambito ospedaliero che escono dalle proprie strutture per lavorare in team multidisciplinari in collaborazione con i medici di medicina generale.

Ma i territori e le relative case della Comunità che vi insistono sono tutti uguali o vi sono aree geografiche che richiedono interventi specifici? E comunque, nel processo di implementazione in larga scala delle Case di comunità, per garantire la massima efficacia, efficienza, sostenibilità ed equità si dovrebbe partire con la stessa velocità e forza in ogni territorio italiano o sarebbe opportuno un processo differenziato?

Molto spesso dietro il termine “equità” si nascondono decisioni che in realtà fanno crescere e non diminuire le disuguaglianze. I policy makers e il management, nel processo

di implementazione delle riforme propongono approcci indifferenziati, per non dar torto a nessuno, ma che inesorabilmente, nella fase applicativa pratica, finiscono spesso per privilegiare i territori dove si concentra la popolazione con l'idea, in questo modo, di aver soddisfatto un numero più elevato di cittadini e pazienti. Questa strategia di azione però, nel tempo, determina sempre più spesso dei veri e propri divari in termini di esito delle cure e livelli di assistenza per le aree "interne", ossia quei territori periferici, a bassa densità abitativa, quali le zone montane o le piccole isole, dove l'implementazione dell'innovazione organizzativa e tecnologica arriva in seconda battuta.

In queste aree le cure sono associate più al termine distanza più che al termine prossimità e sono caratterizzate da una elevata presenza di persone anziane (fig. n. 1).

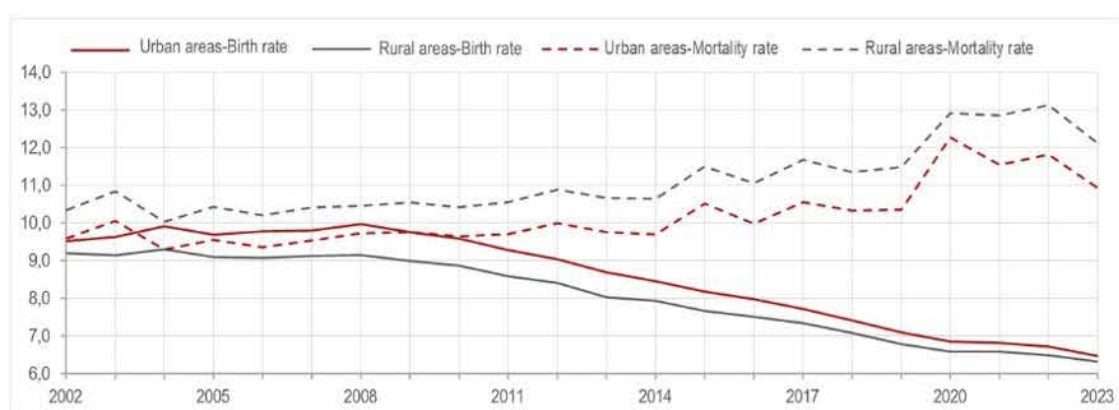


Figure 1. Birth and mortality rates in rural and urban areas of Italy. Note: values per thousand. Source: ISTAT. *La demografia delle aree interne: dinamiche recenti e prospettive future* [The Demography of Inner Areas: Recent Trends and Future Perspectives], 2024.

Secondo il dipartimento per lo Sviluppo e la Coesione Economica le aree interne sono costituite da uno più comuni e vengono identificate e classificate in relazione ai livelli di offerta dei servizi di base come i servizi sanitari, l'istruzione e il trasporto (DPS, 2014).

Le aree interne rappresentano circa il 60% dell'intera superficie nazionale in cui abita circa il 20% della popolazione italiana. Date le caratteristiche di questi territori, vi è un alto rischio di attivazione nel "circolo del declino" rappresentato nella figura 2. Il circolo vizioso del declino, già descritto dall'OCSE in un rapporto del 2006 si riferisce alle zone rurali, generalmente caratterizzate da una bassa densità di popolazione. Spesso proprio per la bassa densità abitativa il numero di servizi e infrastrutture è limitato o assente. Mancando una massa critica di domanda di servizi ovvero di utenti, per motivi di sostenibilità economica (ma a volte anche di qualità) alcuni servizi, anche primari, vengono chiusi. Numerosi sono gli esempi sia nel settore pubblico che nel privato. Rimanendo in ambito pubblico esempi classici sono la chiusura degli istituti scolastici o dei piccoli ospedali. La chiusura o riduzione di questi servizi porta a una riduzione dei posti di lavoro derivanti non solo dall'occupazione prodotta in modo diretto (per esempio le insegnanti nelle scuole o il personale sanitario negli ospedali) ma anche indiretto attraverso l'indotto a esso correlato (per esempio le zone ristoro e bar). La mancanza di posti di lavoro, a sua volta, spinge molti abitanti a emigrare in altri luoghi lasciando nelle zone rurali (e/o aree interne) chi

ha ancora un lavoro o chi è in pensione. La fuga di persone (tendenzialmente giovani) che non trovano lavoro ha un effetto immediato sulla riduzione della densità di popolazione che innesca a sua volta un altro giro di boa della spirale del declino.

Figura 2 – Il circolo del declino delle aree interne



Fonte: OECD, 2006

In queste aree gli esiti delle cure sono spesso più bassi rispetto alle medie regionali e, negli ultimi anni, con una tendenza al peggioramento, come la Garfagnana in Toscana che nel 2023 si è ritrovata ad avere il tasso di mortalità per tumore più elevato della Regione (Benedetto et al 2025).

L'assistenza sanitaria in queste aree si trova di fronte a uno squilibrio tra domanda e offerta strutturalmente rafforzato – bisogni più elevati e più complessi da un lato, fornitura di servizi più sottile e meno uniforme dall'altro – che si traduce in risultati sanitari peggiori. La letteratura scientifica riporta costantemente elevati rischi di mortalità tra le popolazioni rurali, in particolare per le principali condizioni croniche come le malattie cardiovascolari, le malattie respiratorie e il cancro. Questa disparità sistemica è stata descritta come la «Rural Mortality penalty», un termine che racchiude lo svantaggio duraturo nell'aspettativa di vita e nei risultati di salute vissuti dai residenti di queste aree (Cosby et al. 2019).

Le motivazioni sono molte: tempi di attesa per prestazioni specialistiche elevati combinati con tassi di erogazione dei servizi ambulatoriali più bassi, difficoltà a tenere aperti i servizi e a spostare in queste aree professionisti sanitari, scarsa attivazione di processi innovativi in termini organizzativi e tecnologici, scarsa attenzione alla prevenzione.

Come invertire la rotta? Come evitare di creare consistenti divari nei livelli di assistenza e peggioramenti degli esiti di salute?

Per trovare risposte adeguate dobbiamo in primo luogo ampliare l'ambito di osservazione. In questi territori più che in altri è necessario superare il preconceito che sugli aspetti di

salute il soggetto referente è solo il sistema sociosanitario e che sono i professionisti sanitari gli unici detentori della ricetta per la soluzione del problema.

In questi territori, in via preferenziale e sperimentale, è opportuno attivare percorsi di “task shifting” ad ampio spettro, non solo tra medici e infermieri, ma su una serie assai più ampia di ambiti attivando cambiamenti e proponendo una riorganizzazione dei ruoli e delle responsabilità.

Nella figura 3 si rappresentano le diverse tipologie di task shifting, tutte significative e attuabili per ridurre la rural mortality penalty nel medio lungo periodo.

Potenziare il ruolo dell’infermiere di famiglia anche in sostituzione del MMG per alcuni servizi, potenziare telemedicina e tecnologie per garantire la connettività, coinvolgere le farmacie nell’erogazione dei servizi, fare squadra con enti locali e terzo settore sono tutti interventi di task shifting necessari per incrementare in primo luogo in modo significativo la prevenzione primaria e secondaria quali fattori protettivi della comunità di queste aree.



Figura n. 3 Tipologie di Task shifting

In particolare, la letteratura recente evidenzia quanto il soggetto protagonista che può fare la differenza è la comunità di un territorio e, quanto più forte è lo spirito di appartenenza e la collaborazione al suo interno, tanto maggiore è la resilienza e la capacità di colmare eventuali vuoti del sistema sanitario e, in alcuni casi, è addirittura capace di fare cose che il sistema sanitario non sa fare (Spezia N. et al. 2025; WHO 2020). In questa prospettiva le Case della comunità nelle aree interne diventano più che mai il crocevia tra il sistema sociosanitario, in affanno, e la comunità con la sua ricchezza in termini di componenti che la alimentano quali associazioni, enti del terzo settore, gruppi spontanei e chiaramente gli enti locali.

Se le Case della comunità diventano il fulcro di un nuovo patto con la comunità ed il sistema sanitario è disposto a dare a quelle presenti nelle aree interne la precedenza nel processo di implementazione e di introduzione delle innovazioni organizzative e tecnologiche sfruttando strumenti di telemedicina, ci sono ottime speranze per colmare i gap di esito, per garantire maggiore equità e meno disuguaglianze.

Il PNRR ha previsto investimenti massivi volti a creare le infrastrutture sanitarie (e non solo se si considerano anche le altre missioni) che possono davvero invertire questo circolo vizioso e farlo diventare virtuoso. Infatti, fra i tre assi strategici e trasversali del PNR vi è la digitalizzazione e innovazione (gli altri due assi sono la transizione ecologica e l'inclusione sociale). La digitalizzazione, in combinazione con l'innovazione, è un fattore chiave che per la realizzazione di servizi a distanza riducendo quindi la mancanza di offerta (quantomeno di alcuni) servizi. Se l'asse della digitalizzazione e innovazione può avere risvolti rilevanti soprattutto per le aree interne, è anche necessario creare le infrastrutture di base (come la connettività) che possano davvero interrompere la spirale del declino in uno dei suoi punti più importanti.

La digitalizzazione può attivare la trasformazione dei servizi erogati in queste aree ad elevata criticità attraverso la riprogettazione dei modelli di erogazione dei servizi, dei processi produttivi e in interventi volti a sostenere il cambiamento della combinazione delle competenze e dei ruoli con un forte impulso a processi di task shifting. Prendendo ad esempio il caso della telemedicina, il medico specialista può visitare i pazienti tramite televisita, grazie ad appuntamenti programmati con logiche proattive di medicina di iniziativa, generando quindi equità nei consumi e minimizzando rischio di prescrizioni eccessive da un lato e di mancanza di trattamento dall'altro (Anessi Pessina et al. 2021) ma sarà necessario formare infermieri e tecnici perché siano capaci di organizzare queste visite supportando i pazienti meno esperti. Per attuare davvero la trasformazione digitale servono competenze cliniche e digitali ma anche nuovi ruoli e competenze informatiche. Servono competenze relative all'analisi di grosse quantità di dati per trasformare e mettere in relazione le informazioni in possesso del servizio sanitario in sistemi di allerta o raccomandazioni automatiche che aiutano pazienti e professionisti a ricordare eventi programmati ed evitare errori. In questo senso i professionisti del futuro dovrebbero avere competenze ibride sia clinico-assistenziali, sia organizzative e informatiche. Nuovi ruoli possono nascere dal rafforzamento di alcune attività che da residuali divengono rilevanti e ricorrenti tanto da creare dei veri e propri ruoli, come nel caso del *contact tracer* che potrebbe diventare il contatto per il controllo della compliance o del monitoraggio di alcuni parametri/attività. Fra i nuovi ruoli che possono nascere per rafforzare alcuni aspetti vi è lo stimolo a esercitare attività sociali, in alcuni paesi di lingua inglese vi sono vere e proprie figure professionali che effettuano 'prescrizioni sociali' per stimolare le persone a superare la barriera della solitudine. Altri ruoli che possono nascere sono i facilitatori delle tecnologie, figure in grado di risolvere problemi di accesso ai servizi digitali o all'utilizzo di alcuni dispositivi, non necessariamente sanitarie ma con competenze informatiche di base e con buone capacità relazionali (Pennucci et al. 2022).

Riferimenti bibliografici

Anessi Pessina et al. (2021) Proposte per l'attuazione del PNRR in sanità: governance, riparto, fattori abilitanti e linee realizzative delle missioni. Mecosan, 119

Benedetto V, et al (2024) Including environmental and social sustainability in the planning process of healthcare services: A case study of cancer screening programs in an inner area in Italy. *Health Policy*

Cosby AG, Maya McDoom-Echebiri M, James W, Khandekar H, Brown W, Hanna HL. (2019) Growth and persistence of place-based mortality in the United States: The rural mortality penalty.

Am J Public Health. 2019;109(1):155–62. DOI: <https://doi.org/10.2105/AJPH.2018.304787>
OECD. The New Rural Paradigm: Policies and Governance [Internet]. OECD publications. OECD Rural Policy Reviews; 2006. Available from: http://www.oecd-ilibrary.org/governance/the-new-rural-paradigm_9789264023918-en

DPS (2014) Strategia nazionale per le aree interne: definizione, obiettivi, strumenti e governance. N. 31. Dipartimento per lo Sviluppo e la Coesione Economica, Roma, Italia.

Kringos D, et al (2013) The strength of primary care in Europe: an international comparative study. *The British Journal of General Practice* 63, e742–e750.

Pennucci F, De Rosis S, Murante AM, Nuti S. Behavioural and social sciences to enhance the efficacy of health promotion interventions: redesigning the role of professionals and people. *Behavioural Public Policy.* 2022;6(1):13–33. DOI: <https://doi.org/10.1017/bpp.2019.19>

Schafer et al. (2019) Are people's health care needs better met when primary care is strong? A synthesis of the results of the QUALICOPC study in 34 countries. *Primary health care research & development*, Vol. 20

Spezia et al. (2025) The relationship between Sense of Community and perceived service quality: rethinking the role of local communities in sustaining rural health and social care. *BMC Health service research.*

Spezia et al. (2025) Sense of Community in the context of disease prevention and health promotion: A scoping review of the literature. *BMC Public Health*

Starfield B (1994) Is primary care essential? *The Lancet* 344, 1129–1133.

Starfield B, Shi L and Macinko J (2005) Contribution of primary care to health systems and health. *The Milbank Quarterly* 83, 457–502

World Health Organization. COMMUNITY ENGAGEMENT A health promotion guide for universal health coverage in the hands of the people [Internet]. 2020. Available from: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240010529>

