

Case di comunità: cosa sono, come funzionano e cosa cambia con l'accordo sui medici di famiglia di Massimiliano Jattoni Dall'Asén

Con il via libera all'intesa, i medici garantiranno fino a sei ore settimanali nelle strutture del Pnrr. Obiettivo: rafforzare l'assistenza territoriale e alleggerire il pronto soccorso

(Fonte: <https://www.corriere.it/> 26 giugno 2026)



La firma è arrivata in extremis, a pochi giorni dalla scadenza fissata dal Piano nazionale di ripresa e resilienza. Dopo settimane di trattative e polemiche, la Sisac, in rappresentanza delle Regioni, e i sindacati Fimmg e Fmt hanno sottoscritto l'**ipotesi di accordo che disciplina la presenza dei medici di medicina generale nelle Case di comunità**. Un passaggio considerato decisivo per consentire all'Italia di rispettare il traguardo del **30 giugno**, quando dovranno risultare **accreditate almeno 1.038 strutture territoriali** finanziate con le risorse del Pnrr.

L'intesa introduce un **obbligo di presenza dei medici fino a sei ore settimanali, per 48 settimane all'anno**, nelle Case di comunità, con turni compresi tra le 8 e le 20 e della durata minima di tre ore consecutive. Per ogni ora di attività i medici riceveranno **un compenso di 38,72 euro, oltre agli oneri**, secondo una tariffa uniforme su tutto il territorio nazionale. Saranno le Aziende sanitarie a stabilire il fabbisogno di ciascuna struttura e a distribuire le ore tra i medici operanti sul territorio. L'accordo dovrà ora completare l'iter procedurale per entrare in vigore entro il 30 giugno, nel rispetto del cronoprogramma del Pnrr.

La vera novità è che **la presenza dei medici nelle Case di comunità non sarà più affidata alla disponibilità volontaria**. Il precedente accordo prevedeva infatti almeno quattro ore settimanali facoltative, una formula che nella pratica non aveva prodotto i risultati attesi. **Con il nuovo contratto l'impegno diventa invece obbligatorio**, fino a un massimo di sei ore settimanali, come detto, salvo gli accordi regionali già in vigore, che continueranno a valere se prevedono condizioni più favorevoli.

Ma cosa sono davvero le Case di comunità? E perché il loro avvio viene considerato uno dei tasselli più importanti della riforma della sanità territoriale?

Il progetto del Pnrr

Le Case di comunità nascono dal grande **piano di riorganizzazione dell'assistenza territoriale** previsto dal Piano nazionale di ripresa e resilienza e disciplinato dal decreto ministeriale 77 del 2022, che ha **ridisegnato l'architettura della sanità di prossimità**.

L'obiettivo è semplice almeno sulla carta: **offrire ai cittadini un luogo dove trovare, in un'unica struttura, medici di famiglia, infermieri, servizi amministrativi, attività diagnostiche di primo livello e percorsi dedicati ai pazienti cronici**, evitando quando possibile il ricorso agli ospedali e ai pronto soccorso.

Ma cosa significa che entro il 30 giugno devono essere accreditate almeno 1.038 Case di comunità? «Accreditate significa certificate da un ente terzo come strutture realmente operative», spiega al *Corriere* **Paolo Misericordia**, segretario della Fimmg Marche. «È un passaggio fondamentale perché da questo dipende il raggiungimento degli obiettivi previsti dal Pnrr e, quindi, il pieno riconoscimento dei finanziamenti europei». Alle strutture realizzate con i fondi del Pnrr, aggiunge Misericordia, se ne affiancano poi molte altre finanziate direttamente dalle Regioni. **Complessivamente la rete nazionale potrebbe arrivare a sfiorare le duemila Case di comunità**.

Che cosa si potrà fare nelle nuove strutture

Le Case di comunità dovrebbero diventare **una sorta di sportello unico della sanità territoriale**. Dunque, non saranno semplicemente nuovi ambulatori, ma punti di riferimento per l'assistenza sanitaria territoriale. Al loro interno dovranno trovare spazio medici, infermieri, personale amministrativo e servizi di orientamento per i cittadini.

Il medico continuerà a svolgere molte delle attività che oggi offre nel proprio ambulatorio: **visite, prescrizioni di farmaci, richieste di esami e visite specialistiche, certificazioni e controlli periodici**. La differenza è che lavorerà fianco a fianco con infermieri, specialisti, assistenti sociali e altri professionisti sanitari, in un'organizzazione pensata per seguire soprattutto i pazienti più fragili e quelli affetti da malattie croniche.

Tra i servizi previsti figurano il **Punto unico di accesso (Pua)**, che orienta gli utenti tra le prestazioni del Servizio sanitario nazionale, attività infermieristiche, prime prestazioni diagnostiche e percorsi dedicati alla gestione delle malattie croniche.

Per un anziano che necessita, ad esempio, di medicazioni periodiche o di una terapia iniettiva, la Casa di comunità potrebbe diventare un'alternativa più semplice rispetto all'ospedale, purché la struttura sia facilmente raggiungibile.

Il modello prevede inoltre due livelli organizzativi: le **Case di comunità «Hub»**, dotate di un'offerta più ampia di servizi e di una presenza sanitaria estesa durante la giornata, e le strutture **«Spoke»**, che garantiscono comunque i servizi essenziali sul territorio.

Alleggerire il pronto soccorso

Un altro degli obiettivi principali della riforma è **ridurre il numero degli accessi impropri al pronto soccorso**. In molte regioni, infatti, gli accordi già siglati prevedono l'attivazione di ambulatori dedicati ai bisogni sanitari non differibili, destinati a intercettare soprattutto i cosiddetti codici bianchi e verdi che oggi finiscono spesso negli ospedali.

Un'altra funzione chiave sarà la cosiddetta **medicina di iniziativa**. L'obiettivo non sarà più soltanto curare il paziente quando si presenta con un problema, ma **richiamarlo periodicamente per controlli, monitoraggi ed esami di primo livello**, soprattutto se soffre di patologie croniche, cercando così di prevenire complicanze e ricoveri evitabili.

In alcune realtà il cambiamento sarà ancora più profondo. Non si tratterà soltanto di svolgere alcune ore di servizio nelle nuove strutture: **diversi medici stanno già trasferendo direttamente il proprio ambulatorio all'interno delle Case di comunità**. «Nel mio caso - racconta Misericordia - dieci medici lavoreranno insieme in una struttura di circa 700 metri quadrati, con segreterie, infermieri e spazi condivisi». Un modello che punta a offrire servizi difficilmente realizzabili nel tradizionale studio del medico di famiglia.

Una sfida ancora aperta

Nonostante l'accordo raggiunto, **restano molte incognite** (il giorno dopo la firma, l'assessore al Welfare della Regione Lombardia, Guido Bertolaso, ha polemizzato definendo l'accordo «un pannicello caldo, una scorciatoia» decisa da chi non si occupa «davvero ogni giorno dei problemi dei territori»). La realizzazione delle strutture procede a velocità diverse nelle varie regioni e il quadro resta disomogeneo. «**Siamo in una situazione un po' a macchia di leopardo**», osserva Misericordia. «Le istituzioni sanitarie stanno lavorando intensamente per chiudere la partita entro la scadenza. Credo che l'obiettivo verrà raggiunto, anche perché le risorse in gioco sono troppo importanti. Il vero tema, però, sarà trasformare queste strutture da edifici fisici a servizi realmente funzionanti per i cittadini».

La scadenza del 30 giugno servirà a dimostrare che l'Italia ha rispettato gli impegni assunti con il Pnrr e a mettere al sicuro i finanziamenti europei. Il vero banco di prova arriverà però nei mesi successivi, quando cittadini e medici potranno verificare se le Case di comunità riusciranno davvero a offrire un'assistenza più semplice, più rapida e più vicina al territorio rispetto a quella di oggi.