

CASE DELLA COMUNITÀ 2026: LA SFIDA DELLA PEDIATRIA TRA SANITÀ, SOCIALE E TERRITORIO

Le Case della Comunità dovrebbero essere un nuovo presidio del Servizio Sanitario Nazionale. Si tratta di strutture sanitarie non ancora presenti in tutte le Regioni (con un divario importante tra il Nord e il Sud), ma che dovranno essere attive e funzionanti su tutto il territorio italiano entro la metà del 2026, secondo quanto previsto nel 2022 dal Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR).

Una parte sostanziale dei finanziamenti ottenuti nell'ambito del PNRR è infatti volta alla costituzione di poco più di un migliaio di questi presidi, riconvertendo perlomeno edifici e strutture sanitarie esistenti, oppure costruendone di nuove. L'obiettivo dichiarato è quello di rafforzare l'assistenza sanitaria di prossimità, quella che oggi è incarnata dagli ambulatori dei medici di medicina generale, dei pediatri, e dai medici della continuità assistenziale. Tutte le aggregazioni della Medicina Generale e Pediatria di Libera Scelta, quali le AFT (aggregazioni funzionali territoriali) e UCCP (unità complesse delle cure primarie), sono ricomprese all'interno delle Case della Comunità, con sede fisica, oppure a questa collegate funzionalmente in qualità di strutture *spoke*, per i territori disagiati e a minore densità abitativa¹. Dei limiti di queste strutture in riferimento ai possibili benefici organizzativi e sulla salute in età pediatrica ne abbiamo già a lungo discusso sulle pagine di *Medico e Bambino*^{2,4}. È forse opportuno riparlare, non tanto nell'imminenza della loro funzione attiva nel panorama nazionale (almeno come data prevista), ma per una visione relativa a quelli che dovrebbero essere i modelli di cura che le Case della Comunità possono ricordare. Se vogliono rappresentare una reale innovazione della sanità territoriale, devono prima di tutto chiarire quale idea di salute intendono promuovere. L'età pediatrica rende questa domanda inevitabile, perché per bambini e bambine la salute non è mai solo un fatto biologico, né esclusivamente sanitario. È una condizione che si costruisce nei primi anni di vita attraverso relazioni, contesti educativi, condizioni materiali, possibilità di accesso ai diritti fondamentali.

In Italia esiste già un presidio essenziale della sanità di prossimità: la Pediatria di famiglia. I pediatri di libera scelta accompagnano bambini e famiglie fin dalla nascita, intercettando bisogni clinici, ma anche segnali precoci di fragilità sociale, educativa e relazionale. In molti territori, forme di vera aggregazione tra pediatri sono già attive, a dimostrazione che una dimensione comunitaria della Pediatria esiste da tempo, anche se spesso priva di strumenti organizzativi adeguati.

Le Case della Comunità non dovrebbero quindi sovrapporsi a questo patrimonio, ma riconoscerlo e rafforzarlo. Non come semplici contenitori di ambulatori, ma come spazi in cui la Pediatria di famiglia possa lavorare stabilmente insieme ad altre figure - pediatri di comunità, infermieri di comunità, assistenti sociali, psicologi, educatori, neuropsichiatri, specialisti ospedalieri - costruendo percorsi integrati di presa in carico.

Per l'infanzia, la comunità non coincide con un edificio, ma con la continuità delle relazioni che attraversano il tempo della crescita. Una descrizione dettagliata di come una Pediatria di famiglia volta al superamento di una ormai obsoleta (e insostenibile) attuazione basata su studi indivi-

duali ma intesa soprattutto come Pediatria di Gruppo Integrata possa trovare attuazione nell'ambito delle Case della Comunità è disponibile, anche con esempi di attuazione, e a questa si rimanda⁵.

Questa continuità non può fermarsi ai confini tra territorio e ospedale. In Pediatria, la separazione tra "dentro" e "fuori" è spesso fittizia, ma spesso oggetto di discussioni, senza una vera idea di integrazione funzionale. L'ospedale pediatrico non è solo il luogo dell'emergenza o del ricovero per acuti: è uno spazio centrale di cura per bambini con patologie croniche, disabilità, bisogni complessi. È il luogo di follow-up, educazione terapeutica, costruzione di competenze per le famiglie. Pensare le Case della Comunità come un'alternativa all'ospedale significa fraintendere la natura stessa della cura pediatrica.

Il vero obiettivo dovrebbe essere una forte integrazione basata sui bisogni del bambino, non sui livelli amministrativi dei servizi. Le Case della Comunità possono diventare luoghi di raccordo operativo, in cui pediatri di famiglia, di comunità, specialisti ospedalieri e servizi territoriali condividono responsabilità, informazioni e obiettivi. Un sistema permeabile, in cui la cura non si interrompe nel passaggio da un luogo all'altro, ma accompagna il bambino nel tempo.

Accanto alla dimensione sanitaria, però, esiste un processo altrettanto cruciale, spesso meno visibile: quello dell'assistenza non sanitaria nei primi anni di vita. Le evidenze sono chiare: povertà materiale, povertà educativa, precarietà abitativa, isolamento sociale incidono profondamente sulla salute presente e futura dei bambini⁶. I primi mille giorni di vita rappresentano una finestra decisiva, in cui le disuguaglianze si amplificano o possono essere contrastate.

Se le Case della Comunità vogliono davvero promuovere salute, devono essere luoghi capaci di intercettare precocemente queste fragilità e di attivare risposte integrate. Non solo cure, ma prevenzione, sostegno alla genitorialità, orientamento ai servizi educativi, supporto nei percorsi di accesso ai diritti, accompagnamento delle famiglie più vulnerabili⁷. Questo lavoro non può essere delegato alla buona volontà dei singoli professionisti: richiede competenze dedicate, tempo, continuità, condivisione operativa.

In questa prospettiva, l'assistenza sociale ed educativa non è un'aggiunta alla cura sanitaria, ma una sua componente strutturale. Prendersi cura di un bambino significa occuparsi anche delle condizioni che rendono possibile crescere in salute: una casa, un'educazione di qualità, relazioni stabili, adulti sostenuti. Le Case della Comunità "pediatriche" potrebbero diventare il luogo in cui questi bisogni trovano riconoscimento e coordinamento, superando la frammentazione tra servizi.

Tutto questo presuppone scelte politiche chiare. L'integrazione non nasce spontaneamente: va costruita attraverso investimenti sul personale, sul lavoro d'*équipe*, sulla stabilità delle relazioni professionali. Senza queste condizioni, rischiano di restare infrastrutture vuote o di aggiungere un ulteriore livello burocratico a un sistema già complesso.

Guardare alle Case della Comunità dalla prospettiva dell'infanzia e adolescenza significa allora assumere un impegno preciso: costruire un sistema di cura e assistenza che garantisca un accesso facile e continuativo per le patologie acute e che sappia tenere insieme ospedale, territorio, sanità e sociale. Un sistema senza confini rigidi, in cui

il bambino non è mai “fuori posto”, ma sempre al centro di una comunità che se ne prende cura.

A quasi quattro anni dalla definizione delle Case della Comunità, tuttavia, la costruzione di una progettualità organizzativa e funzionale per l'età pediatrica (e non solo) - già discussa a partire dal 2022^{2,5,8,9} - non sembra aver compiuto passi significativi. La loro innovazione non può ridursi alla realizzazione di nuove strutture: una vera “Casa” si costruisce prima di tutto attraverso modelli di lavoro, integrazione tra professioni e capacità di rispondere ai bisogni reali dei bambini e delle loro famiglie.

Bibliografia

1. Altroconsumo. Case della Comunità: cosa sono e cosa cambia per il cittadino. 24 Settembre 2025.
2. Tamburlini G. Il SSN senza medici di famiglia e i medici di famiglia senza SSN: che senso ha? *Medico e Bambino* 2022;41(7):415. doi: 10.53126/MEB41415.
3. Marchetti F. Rifondare l'assistenza pediatrica: prima di tutto

spetta a noi! *Medico e Bambino* 2023;42(3):143-5 doi: 10.53126/MEB42143.

4. Panza C. Di quale Pediatria di famiglia abbiamo bisogno nel XXI secolo? *Medico e Bambino* 2023;42(4):216-7. doi: 10.53126/MEB42216.

5. Mangialavori C. Pediatria di gruppo integrata: modello territoriale in connessione con le Case di comunità in: *Pediatria di Famiglia* (a cura di Gangemi M e Tamburlini G), Il Pensiero Scientifico Ed. 2024.

6. Marchetti F (a cura di). Domani impossibili - Indagine nazionale su povertà minorile e aspirazioni. *Medico e Bambino* 2024; 6:353-54. doi: 10.53126/MEB43353.

7. Tamburlini G. La promozione dello sviluppo e della relazione, compito fondamentale della Pediatria di famiglia. *Medico e Bambino* 2022;41(6):349-50. doi: 10.53126/MEB41349.

8. Geddes da Filicaia M. Case di comunità: siamo sulla strada giusta? *Recenti Prog Med* 2022;Suppl Forward25;S27.

9. Agostiniani R. Dalle case della salute alle case di comunità. *Pediatria* 2022;9:10-11.

Federico Marchetti

UOC di Pediatria e Neonatologia, Ospedale di Ravenna,
Dipartimento Scienze Mediche e Chirurgiche (DIMEC),
Università di Bologna