

## APPENDICE

**2003** Bruno Benigni - SPI CGIL: Le cure primarie, la Casa della Salute  
[http://www.sossanita.it/doc/2015\\_08\\_bruno\\_benigni\\_casa\\_salute-signed.pdf](http://www.sossanita.it/doc/2015_08_bruno_benigni_casa_salute-signed.pdf)

**2004** Bruno Benigni: La casa della salute, in: Quaderni del socio – sanitario n. 6 pp. 37 – 53.  
<https://it.readkong.com/page/le-cure-primarie-la-casa-della-salute-2628193>

**2006** Legge 27 dicembre 2006, n. 296 (Finanziaria- Ministro della Sanità Livia Turco), Stanziamento di 10 milioni per sperimentazione delle Case della salute.

**2007** La Casa della salute, luogo di ricomposizione delle cure primarie e della continuità assistenziale. Convegno promosso da Ministero della sanità, Roma 22 marzo 2007

**2007** Bruno, Benigni, Pier Matteo Fagnoni, Marco Geddes da Fliccaia, Francesca Giofrè, Ferdinando Terranova, La casa della salute, idee di progetto, Alinea editrice, Firenze 2007.

**2010** Giunta Regione Emilia – Romagna, Delibera 291/2010: Casa della Salute: indicazioni regionali per la valutazione e l'organizzazione funzionale

**2016** Le Case della Salute in Emilia Romagna. Il monitoraggio regionale, Report 2016

**2014** Fondazione Santa Cecilia Barbieri – Fondazione Casa della Carità. Salute Bene Comune Manifesto per una autentica Casa della Salute 14 Ottobre 2014

**2015** Giunta Regione Toscana, Delibera 117/2015: Linee di indirizzo alle Aziende sanitarie sulle Case della salute.

**2016** Antonio Brambilla, Gavino Maciocco, Le Case della Salute Innovazione e buone pratiche, Carocci editore, giugno 2026.

**2019** Prima la comunità. Documento fondativo del movimento: 24 settembre 2019

**2020** Crea Sanità –Federconsumatori, Case della Salute e presidi territoriali di assistenza. Lo stato dell'arte – Report – Roma 23 Marzo 2020.

**2020** Prima la Comunità VOGLIAMO UN FUTURO PER LA NOSTRA SALUTE. Appello per ripartire con coraggio. 24 Aprile 2020:

*“Chiediamo che si costituisca un gruppo di studio a livello nazionale con diverse competenze capace di raccogliere anche le esperienze virtuose territoriali delle “case della salute/case della comunità” per la definizione di una aggiornata e appropriata organizzazione delle cure primarie su tutto il territorio nazionale, orientata nel dare preminenza al sostegno alla domiciliarità”.*

**2020** CGIL CISL UIL. Finanziamenti ordinari e straordinari per la ripresa e il rilancio del Welfare Sanitario e Socio Sanitario. Ottobre 2020:

*“Diffondere strutture territoriali pubbliche, con particolare riguardo alle aree interne, forti e visibili, come le Case della Salute e di comunità (comunque sia denominate), dove i cittadini, oltre al medico di fiducia, devono trovare tutti i servizi di cui hanno bisogno, o esserne avviati per averne accesso. Qui collaborano tutti i professionisti della sanità e del sociale e si assicura una maggiore inserimento dei medici di Mg nel SSN”.*

**2020** Rete Salute Welfare Territorio Appello Finanziamenti Europei per la ripresa: usarli bene. Priorità: assistenza sociale e sanitaria territoriale (Novembre 2020)

*“Progetto 2 Case della Salute (Case di Comunità, prossimità). Stima Fabbisogno: 6 miliardi. Realizzazione in tutto il territorio nazionale (ristrutturazione/realizzazione di Case adeguatamente attrezzate con requisiti e standard omogenei. Qualificazione/ristrutturazione di tutte le strutture del territorio. Formazione a supporto del cambiamento e aggiornamento professionale, indipendente e per tutti gli operatori. Potenziamento degli strumenti di integrazione interistituzionale e intersettoriale. Sviluppo della sperimentazione art. 1, c, 4bis DL Rilancio (es microAree). Attivazione sistematica del segretariato sociale e dei servizi di pronto intervento (L 328/2000) e realizzazione degli interventi.”*

**2020** Regione Emilia Romagna – Agenzia sanitaria e sociale regionale, Valutazione di impatto delle Case della salute su indicatori di cura 2009 – 2019. DOSSIER 269-2020

**2021** CGIL. Prime valutazioni sul PNRR. 27 gennaio 2021

*“Casa della Comunità [...] un modello di assistenza territoriale di comunità, fondato su strutture ad alta integrazione socio sanitaria e socioassistenziale (denominate “Case della Comunità” ma che richiamano evidentemente “la Casa della salute”), diffuse nel territorio (obiettivo: 1 Casa ogni 24.500 abitanti)”.*

**2021** Camera dei Deputati – Documentazione e ricerche, n. 144, Case della salute ed Ospedali di comunità: i presidi delle cure intermedie. Mappatura sul territorio e normativa nazionale e regionale 1° Marzo 2021

**2021** ANCI: Rapporto Sanità e Territorio (maggio 2021) IFEL Fondazione ANCI, ANCI, Federsanità ANCI. Sanità e Territorio. I servizi socio sanitari dei Comuni italiani, CAPITO 5, Uno sguardo al futuro: la Missione Salute nel PNRR. Nomina ma non dice nulla sulla Casa si Comunità.

**2021** Federico Gelli, Narciso Mostarda. La Casa della Comunità 4.0. Paper della Fondazione n.2, Giugno 2021, Fondazione Italia in Salute. Totale Case di Comunità: 1777 (1288 da realizzare e 489 attive)

**2021** Agenas: Domenico Mantoan, Alice Borghini, Potenziamento dell’assistenza sanitaria e della rete sanitaria territoriale, Monitor n. 45, 2021

*“Le Case della Comunità sono strutture fisiche dedicate ai servizi sanitari di base che promuovono un modello di intervento integrato e multidisciplinare. Esse costituiscono il setting assistenziale di erogazione dei servizi propri dell’assistenza primaria, seguendo un modello organizzativo di prossimità, che sia in grado di coordinare e integrare tutti i servizi di assistenza sanitaria di base per la comunità di riferimento, con particolare attenzione ai pazienti cronici presenti a livello territoriale. La Casa della comunità deve essere collocata in una sede visibile e facilmente accessibile alla comunità di riferimento, perché è il luogo dove il cittadino può trovare una risposta adeguata a diversi bisogni sanitari e sociosanitari”. 1288 CdC. Distretto 100.000 abitanti 4 Case di Comunità.*

Distribuzione territoriale per Regione in tabella 2 di Antonio Brambilla Casa della comunità al centro del territorio per migliorare l’assistenza di prossimità

**2021** Agenas – Gruppo di lavoro per l’assistenza territoriale: Modelli e standard per lo sviluppo dell’Assistenza Territoriale nel Sistema Sanitario Nazionale Luglio 2021.

[http://www.quotidianosanita.it/governo-e-parlamento/articolo.php?articolo\\_id=97191&fr=n](http://www.quotidianosanita.it/governo-e-parlamento/articolo.php?articolo_id=97191&fr=n)

Si prevedono 1 Casa della Comunità *hub* per ogni Distretto e almeno 3 Case della Comunità *spoke* (1 ogni 30/35.000 nelle aree metropolitane; 1 ogni 20/25.000 abitanti nelle aree urbane e sub-urbane; 1 ogni 10/15.000 abitanti nelle aree interne e rurali) per favorire la capillarità dei servizi e maggiore equità di accesso, in particolare nelle aree interne e rurali

Per rispondere alle differenti esigenze territoriali, garantire equità di accesso, capillarità e prossimità del servizio, si prevede la costituzione di una rete di assistenza territoriale formata secondo il modello *hub* e *spoke*.

Sia nell'accezione *hub* sia in quella *spoke*, la CdC costituisce l'accesso unitario fisico per la comunità di riferimento ai servizi di assistenza primaria e di integrazione socio-sanitaria. Entrambe, quindi, propongono un'offerta di servizi costituita da medici di medicina generale, pediatri di libera scelta, specialisti ambulatoriali interni, infermieri di comunità, presenza di tecnologie diagnostiche di base. La Hub è collegato con la Casa della Comunità hub di riferimento: ha presenza medica e infermieristica su 6/7 gg a differenza della spoke che è su 7/7; il Punto prelievi, continuità assistenziale e i servizi diagnostici sono facoltativi. Una Hub e 3 spoke per 100.000 abitanti.

**2021** Agenas – Domenico Mantoan, DM 71: Modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza nel territorio - 16a edizione del Forum Risk Management in Sanità - Arezzo 2 Dicembre 2021

[https://www.agenas.gov.it/images/agenas/arezzo/Mantoan\\_forum\\_risk\\_management\\_30.11.2021.pdf](https://www.agenas.gov.it/images/agenas/arezzo/Mantoan_forum_risk_management_30.11.2021.pdf)

- ✓ 30-35 MMG afferenti 2 ore/settimana per MMG. Apertura ambulatorio h 12 – 6 giorni su 7.
- ✓ Continuità assistenziale: Apertura ambulatorio: notturno e festivi h 24 - 7 giorni su 7 10-15 ambulatori.
- ✓ 10-20 MMG afferenti svolgono attività ambulatoriale per i propri assistiti; 8-12 infermieri di Famiglia e Comunità: 1coordinatore; 2-3 IFeC per le attività ambulatoriali della CdC; 1-2 IFeC per le attività di triage e valutazione dei bisogni di salute; 4-6 IFeC per l'assistenza domiciliare di base, per le attività di prevenzione.
- ✓ 5-8 unità di personale di supporto (amministrativo, tecnico e sanitario): Apertura PUA: 8.00-18.00 – 6 giorni su 7. Altri servizi all'utenza anche sanitari.

**2021** FP CGIL Medici e Dirigenti del SSN. La salute che vogliamo. Dicembre 2021

[https://www.fpcgil.it/wp-content/uploads/2017/05/Salute-che-vogliamo\\_DEF.pdf](https://www.fpcgil.it/wp-content/uploads/2017/05/Salute-che-vogliamo_DEF.pdf)

*"...Casa della Comunità che è il luogo della e per la Comunità: luogo dell'accoglienza, luogo della partecipazione responsabile alla ricostruzione dei destini della comunità di appartenenza, luogo di superamento delle disuguaglianze[...] MMG, PLS, Specialisti Ambulatoriali, Psicologi, Assistenti Sociali e Infermieri di Comunità lavorare in team con il personale amministrativo dentro le Case della comunità e nel territorio, in un sistema integrato con gli altri professionisti del sanitario e del sociale, chiaramente orientato alla prossimità ed alla relazione con le persone [...] A fronte di un modello complesso, rivolto alla complessità delle persone, lascia sconcertati la semplificazione delle proposte contenute nel documento di Agenas, secondo il quale la soluzione del problema risiederebbe nel chiedere ai MMG di lavorare due ore a settimana nelle Case della Comunità. Al contra-rio, per valorizzare il ruolo primario dei MMG e per favorire la loro crescita professionale, è indispensabile la contaminazione delle competenze nella rete di relazioni del sistema di cura ed assistenza".*

**2021** Approvazione dalla Conferenza Stato Regioni della Bozza di Decreto Ministero della Salute concernente la ripartizione programmatica delle risorse alle Regioni e alle Province Autonome per i progetti del Piano nazionale di Ripresa e resilienza e del Piano per gli Investimenti Complementari, 16 Dicembre 2021

**2021** Proposta Regioni e Ministero della salute per nuova convenzione MMG. 31 dicembre 2021.

[https://www.quotidianosanita.it/lavoro-e-professioni/articolo.php?articolo\\_id=101228](https://www.quotidianosanita.it/lavoro-e-professioni/articolo.php?articolo_id=101228)

*"I MMG non massimalisti completano l'impegno orario: presso la casa della comunità per tutte le ore necessarie a raggiungere il numero massimo di ore (20) di attività ambulatoriali. Esempio: se un medico ha 700 assistiti e svolge 7 ore di ambulatorio (1 ora - almeno - ogni 100 assistiti) le rimanenti 13 ore settimanali sono a disposizione per attività e progetti promosse dal distretto; con ulteriori 18 ore settimanali di attività promosse dal distretto di cui almeno 6 ore nella casa della comunità.*

*I MMG massimalisti completano l'attività ambulatoriale: con 12 ore settimanali svolte per iniziative definite dal distretto e/o dalla casa della comunità (PDPA,PAI, progetti di salute, campagne di prevenzione, vaccinazioni, assistenza domiciliare, telemedicina, attività di studio e ricerca). Tali attività, a seconda delle loro caratteristiche, possono essere svolte presso la casa della comunità (hub e spoke), lo studio del MMG, la sede della AFT, altri locali individuati dalle autorità sanitarie. A queste attività ed alla verifica del raggiungimento degli obiettivi è legato il 30% della remunerazione dei MMG".*