

Sezione speciale
“La Casa della comunità presa sul serio”

Le Case della comunità: il loro successo passa per l'innovazione in ambito sanitario e sociale*

Silvio Brusaferrero**

SOMMARIO: 1. Introduzione. – 2. Alcuni presupposti necessari. – 3. Dalla prestazione alla presa in carico. – 4. In transizione verso la nuova architettura del SSN. – 5. Alcune considerazioni per procedere.

1. Introduzione

Tra le molte sfide che il Servizio Sanitario Nazionale (SSN) in questo periodo storico è chiamato ad affrontare essenziale è l'implementazione del Decreto del Ministero della Salute 23 maggio 2022, n. 77, "Regolamento recante la definizione di modelli e standard per lo sviluppo territoriale del Servizio Sanitario Nazionale", collegato agli obiettivi e alle scadenze della Componente 1 della Missione 6 "Reti di prossimità, strutture e telemedicina per l'assistenza sanitaria territoriale" del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR). Caratteristiche peculiari dei progetti PNRR sono, rispetto alla loro finalizzazione, l'arco temporale di realizzazione relativamente ristretto per il nostro Paese e l'utilizzo delle risorse vincolato ad aspetti strutturali, impiantistici e tecnologici oltre che alla formazione del personale.

* Il testo costituisce la rielaborazione dell'intervento svolto dall'Autore 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.

** Professore ordinario di Igiene generale ed applicata nell'Università di Udine, già presidente dell'Istituto superiore di sanità, silvio.brusaferrero@uniud.it.

In questo contesto e con questi vincoli si colloca una delle azioni centrali nella nuova architettura dell'assistenza primaria definita dal DM 77/22: la realizzazione delle Case della comunità (CdC) definite come: “il luogo fisico e di facile individuazione al quale i cittadini possono accedere per bisogni di assistenza sanitaria, socio-sanitaria a valenza sanitaria e il modello organizzativo dell'assistenza di prossimità per la popolazione di riferimento”.

In questa riflessione si assume che le infrastrutture programmate e finanziate vengano realizzate nei tempi programmati e che l'architettura organizzativa disegnata dal DM 77/22 trovi una applicazione il più possibile omogenea nelle diverse Regioni ed Aziende Sanitarie Locali. (ASL) del Paese. Se da un lato il traguardo della realizzazione è oggetto attualmente di grande attenzione dall'altro è bene ricordare che questi rimangono traguardi intermedi rispetto all'obiettivo più ampio che è quello di implementare una innovazione organizzativa finalizzata a garantire in maniera equa, universalistica, appropriata, qualitativa, tempestiva e sostenibile le risposte integrate alle domande di salute partendo da dove le persone vivono.

La finalità ultima, stando al DM 77/22, è garantire ad ogni persona il “Progetto di Salute” (PdS) inteso come “valutazione costante del bisogno di salute che implica sistemi organizzativi e gestionali in grado di valutare costantemente gli interventi clinico assistenziali e dei servizi di supporto garantendo la partecipazione di più professionisti per tutta la durata della presa in carico, senza interruzioni tra setting assistenziali e fondato sulla proattività del SSN”.

In altri termini il Progetto di Salute rappresenta, sempre citando il DM 77/22, “uno strumento di programmazione, verifica e controllo della coerenza clinica e socio-assistenziale della presa in carico, grazie alla definizione di azioni appropriate rispetto alle condizioni cliniche, sociali e dei bisogni assistenziali che determinano il livello di complessità del singolo caso, in un'ottica di continuità temporale con rivalutazioni periodiche”.

Siamo di fronte a strumenti di largo respiro che prevedono l'accompagnamento di una persona nel corso della vita a partire dai programmi per la promozione della salute e per la prevenzione inclusa la capacità di intercettare bisogni di salute non percepiti e/o non espressi, per arrivare alla presa in carico una volta che il bisogno di salute sia stato identificato, riconosciuto e la specifica risposta sia stata definita e strutturata.

In questa prospettiva le CdC sono lo snodo primo e più prossimo per progettare e implementare “presa in carico” e “modelli di prossimità”.

Se, come abbiamo visto, la “presa in carico” riguarda tutti i bisogni di salute, la domanda collegata alle patologie cronico degenerative oggi in Italia, rappresenta la dimensione più rilevante ed in espansione oltre ad essere una sfida per l'intero SSN e la sua sostenibilità. Domanda che è sostenuta dal progressivo invecchiamento della popolazione e dalla differenza di oltre 20 anni tra l'attesa media di vita alla nascita (83.0 anni nel 2023, ISTAT) e la attesa media di vita priva di disabilità (59.1 anni nel 2023, ISTAT) determinata da stili di vita ed esposizioni a fattori rischio che esitano nella presenza di una o più patologie (comorbidità) croniche: il 57,3 % delle persone ultrasessantenne ha una patologia cronica e il 22.4 % ne ha due o più (PASSI d'Argento 2023-24).

Patologie croniche caratterizzate dal persistere nel tempo, dal provocare ricorrenti eventi acuti laddove non vengano monitorate e controllate periodicamente e sistematicamente, dal richiedere con continuità molteplici trattamenti e prestazioni multi professionali e multi specialistiche, dall'evolvere nel tempo incidendo su fragilità ed autosufficienza e dal richiedere progressivamente una rete di supporto che oltre ai caregivers coinvolga le diverse dimensioni del "sociale".

Se la "presa in carico" (che comprende la garanzia dell'insieme coordinato di attività e prestazioni identificate come necessarie ed appropriate e continue nel tempo) imperniata attorno alle CdC appare intuitivamente la miglior risposta a questo quadro epidemiologico, meno scontati sono il percorso e le relative tappe per rendere concreta la sua attuazione a partire dal superamento dell'approccio basato solo su prestazioni che, se appropriate, rimangono necessarie ma non sufficienti.

2. Alcuni presupposti necessari

Le innovazioni organizzative della "presa in carico" e delle CdC incluso il progressivo superamento del sistema a prestazioni per potersi declinare efficacemente richiedono alcuni presupposti.

Il primo è il considerare l'intera architettura del SSN che oggi è definita, quantomeno a livello normativo, dall'insieme inscindibile di strutture ospedaliere (DM 70/15), strutture di assistenza primaria (DM 77/21) e strutture deputate alla prevenzione (Dipartimento di Prevenzione *in primis*) rispetto alle quali agiscono trasversalmente la legge 8 marzo 2017 n. 24 "Disposizioni in materia di sicurezza delle cure e della persona assistita, nonché in materia di responsabilità professionale degli esercenti le professioni sanitarie" e il DM 12 marzo 2019 "Nuovo sistema di garanzia per il monitoraggio dell'assistenza sanitaria" e successivi aggiornamenti che introduce degli specifici indicatori per il monitoraggio e la valutazione dei percorsi diagnostico-terapeutico assistenziali PDTA" e la legge 23 marzo 2023 n. 33 "Deleghe al Governo in materia di politiche in favore delle persone anziane". È l'insieme di queste articolazioni e norme che oggi definisce la modalità di risposta nel SSN italiano alla domanda di salute e indipendentemente dall'enfasi che di volta in volta può essere data ad un singolo settore o argomento va considerato che ogni intervento impatta sull'insieme.

Il secondo presupposto è il tenere conto del ruolo e del peso della categoria di strutture classificate come *Long Term Care Facilities* (LTCF), le cui dimensioni in Italia oggi vengono stimate globalmente da Istat come pari a 408.000 posti letto ovvero 7 posti letto x 1000 abitanti a fronte dei 3.1 pl x 1000 abitanti degli ospedali per acuti (OECD 2023). Su questa insieme di strutture che afferiscono solo in parte alla Sanità, la riflessione e la normazione sono in fase di evoluzione ma è essenziale considerarle parte integrante della rete di risposta in particolare per la patologia cronico degenerativa;

Il terzo presupposto è che la risposta assistenziale alla domanda di salute, in particolare per la cronicità, necessita della componente sociale che diventa parte essenziale della

“presa in carico” richiedendo una stretta integrazione indipendentemente dalle modalità organizzative ed amministrative adottate a livello locale. Questo tra gli altri enfatizza il ruolo rilevante degli enti locali (es. Comuni) e degli amministratori locali (es. Sindaci).

Il quarto presupposto è l'adozione del concetto di assistenza basata sul valore. Questo è stato ben declinato da un documento dell'“Expert panel on effective ways of investing in Health” (EXPH) dell'Unione Europea pubblicato nel 2019 dal titolo “Defining value in ‘value-based healthcare’”, attraverso 4 pilastri: assistenza appropriata per raggiungere gli obiettivi personali del paziente (valore personale); raggiungimento del migliore possibile esito con le risorse disponibili (valore tecnico); distribuzione equa delle risorse tra tutte le categorie di pazienti (valore allocativo); contributo dell'assistenza alla partecipazione ed alle capacità di relazione (valore sociale). Rivedere quanto si sta facendo e definire le azioni future anche nella implementazione delle CdC e della “presa in carico” attraverso questa chiave di lettura unitamente alla misurazione degli esiti, migliora la qualità e sicurezza della risposta e contribuisce a renderla sostenibile.

Il quinto presupposto riguarda la consapevolezza che, in sanità, le dinamiche tra domanda e offerta di prestazioni hanno una loro specificità determinata, tra gli altri, da:

- la asimmetria informativa esistente tra fornitori di servizi, professionisti prescrittori e fruitori dei servizi stessi. Il fatto che chi è chiamato a dare la risposta alla domanda di salute (professionisti sanitari ed organizzazioni sanitarie) possono essere anche prescrittori di prestazioni determinando a loro volta una domanda che rischia di essere frammentata, non coordinata, ridondante, talora inappropriata, molto spesso non coerente rispetto alle filiere produttive;
- la percezione che più prestazioni comportino migliore salute indipendentemente dalla loro appropriatezza, sicurezza, qualità, coordinamento e capacità di garantire il miglior esito possibile nella risposta;
- la percezione che la garanzia di miglior risposta alla domanda sia data “*tout court*” dalla presenza di strutture sanitarie fisicamente prossime indipendentemente da qualità, sicurezza, che queste possono garantire.

Il sesto presupposto è relativo al processo di informatizzazione diffusa previsto e finanziato dal PNRR: poter infatti garantire capillarmente a livello territoriale l'accessibilità a strumenti di monitoraggio dei parametri vitali, oltretutto di dialogo tra professionisti e tra questi e gli utenti presuppone la disponibilità di infrastrutture digitali in grado di sostenere questo tipo di tecnologia. Se le infrastrutture digitali sono un presupposto, elementi essenziali per rendere operativa la “presa in carico”, sono: la cultura digitale di cittadini e professionisti; le regole relative al consenso nell'uso dei dati sanitari.

In sintesi, possiamo dire che le “Case della comunità” e la evoluzione verso la “presa in carico” debbono essere considerate parte essenziale di un progetto integrato che mette in gioco le diverse articolazioni organizzative dell'SSN e degli Enti locali a partire dai Comuni. Proprio la visione e la declinazione integrate devono diventare proprietà del sistema e consapevolezza diffusa tra tutti gli attori: quelli professionali, manageriali, gli utenti, le comunità, i loro amministratori ed i decisori politici.

3. Dalla prestazione alla presa in carico

Il modello oggi largamente dominante nel declinare la risposta clinico assistenziale alle patologie emergenti, in particolare quelle cronico degenerative, si basa su un approccio frammentato tra le molte specialità laddove per ogni apparato o organo coinvolto si prevede una risposta specifica da parte di specialisti. La compresenza di più patologie comporta automaticamente una sommatoria delle singole risposte ognuna delle quali rischia di diventare un “silos”.

Questo approccio comporta molteplici ricadute: dalla tendenza alla focalizzazione sulle singole prestazioni piuttosto che sul monitoraggio di processi ed esiti, alla difficoltà a raccordare approcci e risposte anche temporalmente che provengono da molteplici silos professionali e specialistici, al fenomeno della poli-farmacoterapia e la correlata difficoltà ad attuare de-prescrizione e riconciliazione terapeutica, e, non ultima, la percezione di sicurezza e protezione da parte di pazienti e “care-givers”.

L'idea di superare l'approccio basato su singole prestazioni non è nuova, ha avuto una efficace concretizzazione nei sistemi ospedalieri per acuti dove l'esperienza ormai pluridecennale di strumenti come i DRG (Diagnosys Related Group) ha portato al superamento della visione di un ricovero come sola sommatoria dei servizi e prestazioni erogati. Basandosi sulla categorizzazione della complessità assistenziale e delle risorse necessarie per erogare un ricovero con adeguata qualità e sicurezza, questi sistemi consentono di classificare le diverse tipologie di pazienti in categorie omogenee per tipologia di domanda di salute (condizione clinica), per principali procedure effettuate e per la stima delle risorse necessarie. Queste classificazioni peraltro consentono anche stime e comparazioni rispetto a output ed outcome.

Nella realtà dell'assistenza primaria sebbene siano stati messi a punto vari sistemi di classificazione (es. Ambulatory Care Group ACG) allo stato attuale nessuno è stato diffusamente adottato forse anche perché nella maggioranza dei casi coinvolge più erogatori, diverse strutture organizzative, si protrae spesso nel tempo e l'allineamento dei diversi flussi dati non è facile.

In questo scenario complesso e frammentato un punto di svolta per rendere concreta la “presa in carico” unitaria e coordinata, possono essere i PDTA “Percorsi Diagnostico Terapeutici Assistenziali” definiti come “una sequenza predefinita, articolata e coordinata di prestazioni erogate a livello ambulatoriale e/o di ricovero e/o territoriale, che prevede la partecipazione integrata di diversi specialisti e professionisti (oltre al paziente stesso), a livello ospedaliero e/o territoriale, al fine di realizzare la diagnosi e la terapia più adeguate per una specifica situazione patologica o anche l'assistenza sanitaria necessaria in particolari condizioni della vita, come ad esempio la gravidanza e il parto» (Piano Nazionale per il Governo delle Liste d'Attesa-PNGLA 2019-2021 (Ministero della Salute).

Il PDTA presente sulla scena del SSN italiano dalla fine del secolo scorso (finanziaria del 1996), non differenzia tra Prevenzione, Assistenza Primaria e Assistenza Ospedaliera ma, sulla base delle evidenze cliniche e dell'appropriatezza, definisce e dettaglia, contestua-

lizzandola, una risposta integrando prestazioni e terapie di diverse discipline erogate in diversi contesti assistenziali in un certo arco di tempo in relazione alla diversa complessità. In Italia questa evoluzione ha avuto un significativo impulso con l'NSG (Nuovo Sistema di Garanzia introdotto con DM 12 marzo 2019 "Nuovo sistema di garanzia per il monitoraggio dell'assistenza sanitaria") dove si sono sperimentati indicatori specifici per alcuni PDTA (nel report 2021 si analizzano i PDTA riferiti a: Diabete, Scompenso Cardiaco, Bronco Pneumopatia Cronico Ostruttiva, Tumore della Mammella nella donna, Tumore del Colon e del Retto).

Alcune caratteristiche di questa serie di indicatori che vale la pena sottolineare sono:

- il numero ridotto degli stessi per ogni PDTA;
- la possibilità di calcolarli sulla base dei dati disponibili nel Paese e nelle Regioni;
- la evidenza scientifica esistente rispetto a quanto monitorato dall'indicatore;
- il consenso tecnico scientifico;
- l'accordo istituzionale tra Stato e Regioni sul loro utilizzo;
- la misurabilità degli stessi ai diversi livelli organizzativi (a partire da quello nazionale) seppur, attualmente, con un ritardo temporale.

Una lettura attenta dei dati più recenti disponibili (2021) presso il Ministero della Salute offre spunti interessanti per le ricadute su "presa in carico" e Case della comunità. Nel caso del PDTA diabete, si evidenzia chiaramente la sfida in corso. Se si prende infatti l'indicatore che analizza la effettuazione su base annuale di 4 delle 5 prestazioni/monitoraggi raccomandati per ogni paziente diabetico (misurazione dell'emoglobina glicata almeno 2 volte all'anno, controllo microalbuminuria, creatinina, profilo lipidico e rischio cardiovascolare, esame della retina, almeno una volta l'anno) emerge come le Regioni meglio performanti lo raggiungano nel 40% dei pazienti ovvero 6 pazienti su 10 non effettuano questi monitoraggi su base annuale. Vale la pena sottolineare che, in questo caso specifico, si tratta di prestazioni piuttosto semplici, dal costo limitato, facilmente accessibili ma decisive per monitorare la evoluzione della patologia.

Ragionamenti analoghi possono essere fatti per gli altri 5 PDTA monitorati.

Questo esempio ben evidenzia come con l'approccio per prestazioni è difficile garantire il monitoraggio appropriato della patologia e conseguentemente la "presa in carico" del paziente e si corre il rischio concreto di perdere di vista l'obiettivo più importante che è quello di monitorare la patologia e prevenirne aggravamenti e complicanze.

Incrementi di produzione di singole prestazioni non mirati non garantiscono necessariamente, soprattutto per le patologie cronico degenerative, che queste siano erogate in modo appropriato e tale da garantire la "presa in carico" e i relativi percorsi come i PDTA. Una delle sfide allora del SSN e delle CdC è quella di spostare il baricentro del sistema sanitario, dalla sola garanzia della singola prestazione, che comunque deve avere caratteristiche di sicurezza e qualità garantite, alla garanzia dell'insieme delle prestazioni specifiche di un PDTA e più in generale della "presa in carico". Per fare questo è necessario valorizzare ed incentivare la trasformazione anche con leve economiche e meccanismi premiali che impattino su professionisti, organizzazioni, stakeholders del SSN.

Promuovere questo approccio vuol dire anche facilitare la integrazione dell'area della Prevenzione con quelle dell'Assistenza Primaria e Ospedaliera. Un esempio paradigmatico e intuitivo è l'inserimento nei PDTA sopra citati delle proposte vaccinali raccomandate a livello nazionale per le persone fragili (es. vaccinazioni per Influenza, Pneumococco, Herpes Zoster, RSV, Covid, ...).

4. In transizione verso la nuova architettura del SSN

In ogni processo di transizione verso l'innovazione per raggiungere l'obiettivo occorre agire su molteplici elementi.

La necessità di dati e di sistemi informativi per monitorare e governare i processi ed i loro esiti. Se infatti misurare l'adesione ai PDTA può essere un primo indicatore della capacità dei sistemi sanitari di declinare la presa in carico a partire dal domicilio del paziente, il tema dei dati e delle informazioni per alimentare gli indicatori diventa necessariamente una priorità. In altri termini, anche laddove i PDTA vengano definiti nel migliore dei modi, è impossibile ipotizzare una ricaduta pratica ed un miglioramento degli esiti se il processo non viene misurato e continuamente monitorato e se la performance nella "presa in carico" non diventa obiettivo delle varie articolazioni organizzative e non viene confrontata rendendo pubblici i dati.

Eterogeneità, separatezza ed impermeabilità dei sistemi di erogazione, di misura, di rendicontazione e di remunerazione di servizi, prestazioni e dei flussi dati collegati nei Servizi Sanitari Regionali non ha facilitato fino ad ora il raggiungimento di questi obiettivi. Oggi però gli investimenti PNRR in corso sui sistemi informativi compresi quelli sul fascicolo sanitario elettronico creano i presupposti per poter monitorare più agevolmente questo tipo di attività e parallelamente per poter orientare l'offerta di prestazioni e servizi.

Questo richiede, a valle della definizione degli indicatori dei PDTA, di collezionare i dati rilevanti alimentando le basi dati, di verificarne la validità e di trasformarli in informazione rendendoli disponibili, riconvertendo e reindirizzando i flussi per farli confluire in una dashboard che consenta di supportare le decisioni e gli interventi dei vari attori dai pazienti, ai caregiver, ai professionisti dell'assistenza primaria, ai programmatori e agli amministratori dei sistemi socio sanitari.

Perché questa potenzialità possa diventare realtà diffusa, è necessario il supporto delle norme rispetto al trattamento dei dati sanitari e alla loro accessibilità nonché la garanzia di loro applicazione omogenea nelle diverse articolazioni del SSN (ASL, Regioni, Agenzie Nazionali, ecc.).

Elemento critico rispetto alla possibilità di implementare con successo il disegno organizzativo definito è quello delle risorse umane. In particolare la disponibilità limitata di alcune categorie di professionisti come gli infermieri mette fortemente a rischio lo stesso modello che, così come è stato congegnato, vede questi professionisti come uno dei cardini. Parimenti necessario è il rendere più flessibili i sistemi di regole che governano l'operare dei diversi professionisti nelle reti così da consentire la focalizzazione su percorsi ed esiti.

La comunità di prossimità definita come “la rete di contatti rapidamente accessibili attorno ad una persona, siano essi reali o virtuali, che possono attivarsi per soddisfare un bisogno di salute e sostenere la vita di relazione di un individuo” è un possibile strumento da promuovere che va a complementare e rendere sostenibile la “rete sociale” e la “presa in carico”. Risulta infatti fondamentale il modellamento operativo delle CdC rispetto alla possibilità di un’efficace presa in carico dei bisogni di salute, di fronte al progressivo invecchiamento della popolazione, a solitudine e isolamento sociale, alla limitata alfabetizzazione, alla presenza di poli-morbidità, ai fenomeni della fragilità e della perdita di autosufficienza,

Parte dello sforzo di evoluzione dei Sistemi Sanitari e Sociali include anche il progettare, realizzare e supportare quello che potremmo chiamare un “esoscheletro” capace di sostenere la persona che esprime il bisogno di salute modulando continuamente il supporto in funzione dell’evolversi delle fragilità e dell’autosufficienza.

Le reti sociali di supporto infatti giocano un ruolo decisivo rispetto alla compliance alla terapia farmacologica prescritta, alla capacità di intercettare precocemente segni e sintomi di eventuali modifiche dello stato di salute così da prevenire e evitare eventi ed evoluzioni che richiedono risposte di maggior complessità in ospedali per acuti o in pronti soccorsi. Occorre in altri termini accompagnare la evoluzione del SSN e della sua articolazioni con un forte investimento nella progettazione sociale, nella promozione di legami di comunità per rendere possibile e sostenibile la presa in carico ed il modello di prossimità disegnato dall’attuale normativa. In questa prospettiva il ruolo delle comunità locali e regionali con i loro amministratori sarà decisivo nel determinare il successo o meno dell’evoluzione in atto.

5. Alcune considerazioni per procedere

Molta dell’attenzione mediatica e molte attese della popolazione rispetto al SSN oggi sono focalizzate sul tema delle prestazioni, sulla tipologia e quantità delle stesse, sui loro tempi di erogazione oltre che sulle specifiche tariffe da aggiornare periodicamente.

L’assunto è che tutta la domanda di prestazioni sia appropriata, che un maggior numero di singole prestazioni erogate comporti automaticamente un incremento di salute ma sappiamo che questo non sempre è vero, mentre sappiamo che l’insieme coordinato ed appropriato delle prestazioni genera valore, salute e sostenibilità.

La consapevolezza che “otteniamo quello per cui paghiamo”, pur nella sintetica durezza dell’espressione, ci richiama alla necessità di orientare obiettivi e risorse prioritariamente verso “presa in carico” anche attraverso i PDTA ed esiti, consapevoli che le modalità di remunerazione delle attività necessarie a rispondere ai bisogni di salute sono motori/attrattori tra i più impattanti nel modellare la realtà.

L’impianto organizzativo previsto ed in fase di attuazione del DM 77/22 è un punto di partenza fondamentale ma necessità di essere inserito in un processo di trasformazione più ampio.

Trasformazione mirata a integrare Prevenzione, Assistenza Primaria, Assistenza Ospedaliera, attraverso professionisti ed attività, nella specifica risposta ad ogni singola domanda di salute.

Trasformazione dove servizi sanitari, sociali e reti sociali a supporto dei portatori di patologia sono parti integrate nella risposta.

Trasformazione dove accanto alle strutture ed alle tecnologie è necessario:

- innovare i processi,
- garantire dati, informazioni e loro flussi per migliorare l'efficacia degli interventi e monitorizzare e sostenere il cambiamento,
- bilanciare le priorità tra salute individuale e di comunità e tutela della privacy nell'uso dei dati sanitari,
- valutare le performance a tutti i livelli dal singolo professionista fino al livello macro dell'organizzazione.

Il successo in termini di impatto sulla salute delle Case della comunità e più in generale di sostenibilità del SSN passa anche attraverso queste trasformazioni

In conclusione, cercando di rispondere al quesito posto all'inizio di questa riflessione sulla presenza o meno di nemici delle Case della comunità la risposta è che più che nemici ci sono criticità da superare e trasformazioni da mettere in atto che non si limitano al solo sistema sanitario e che intrinsecamente comportano il rischio di resistenza al cambiamento. Per superarle decisivi saranno: il coinvolgimento e la condivisione con le persone (pazienti, care givers, professionisti, manager, amministratori locali, legislatori, ecc.) nella rifocalizzazione delle attese e degli obiettivi; la fiducia reciproca tra gli attori/stakeholders dei sistemi sanitario e sociale.

