



**XXII CONGRESSO NAZIONALE CARD**

**I DISTRETTI DI COMUNITÀ PROTAGONISTI  
DEL DM 77 E DELLA PRIMARY HEALTH CARE**

**GENOVA | 17-19 OTTOBRE | 2024**

**STARHOTELS PRESIDENT**  
Corte dei Lambruschini, 4

**RELAZIONE INTRODUTTIVA  
DEL PRESIDENTE DELLA CARD**

**« CARD, DISTRETTI, SERVIZIO  
SANITARIO NAZIONALE:  
a che punto siamo ? »**

**Gennaro Volpe**

**in collaborazione  
con il Centro Studi CARD**

# Agenda

- **Come sta la CARD ?**
- **Come sta il nostro SSN → è applicato il DM 77 ? Serve una riforma ?**
- **Come stanno i Distretti ?**
  - le CDC – le aree interne – Distretto e DM 77 – I Distretti e le cronicità
  - Primi dati sulla ricerca CARD sulle cure domiciliari nei distretti
- **Le 12 parole che aprono le porte dei Distretti**
- **Un'idea (inglese) per una possibile riforma del SSN**
- **Per non concludere...**

# COME STA LA CARD ?

- Molto bene, se si considera quanto siamo cercati e ascoltati:
  - Agenas
  - *Alleanza Cure Primarie*
  - Patto per la Nonautosufficienza
  - *Alleanza Prima la Comunità*
  - Progetto Bridge BPCO
  - *Progetto Care Giver*
  - E molti altri .....
- Ancora meglio quando
  - Si rafforzeranno le nostre Associazioni Regionali
  - Aumenterà Il numero di iscritti e la capacità di rendere vitale l'attività scientifica ed associativa

# COME STA IL NOSTRO SSN ?

- Purtroppo dobbiamo affermare senza tema di smentite «IL SSN SOFFRE», per le note ragioni: carenza di risorse economiche, di personale, ma anche di idee, ecc.
- Tuttavia, esiste un vasto movimento di opinione pubblica e professionale che ne chiedono la sua salvezza ed il rafforzamento vitale: questo è un dato positivo, ma.....
- ... ma occorre dare risposte oneste a domande cruciali, riguardanti i principii fondativi del SSN:
  - **Il SSN è ancora Universale ? NO:** quasi 5 milioni di cittadini rinunciano alle cure ! **2,5 milioni per motivi economici (+3,2% vs 2022)**

# COME STA IL NOSTRO SSN ?

- **E' ancora Equo ? NO:** i contribuenti aggiungono 40,6 miliardi € out of pocket + 5,2 mld di spesa intermediata = **45,8 mld !!!!**
  - **ATTENZIONE:** la spesa pubblica tra 2022 e 2023 segna -0,1% (-8% per prevenzione; +5% per amm. ) vs spesa privata +10% (=1.258\$ vs 1.199 media OCSE)\*
- **E' ancora Solidale ? NO:** nessuna seria riforma fiscale è stata avviata, per cui NON vi è progressività, dato che il 70% del fondo sanitario deriva dall'IVA, imposta per definizione NON progressiva (chi ha di meno dà di più, in proporzione alle capacità di spesa)
- **E' SOSTENIBILE ? ATTENZIONE: IL SSN E' e SARA' SOSTENIBILE QUANTO NOI VOGLIAMO SIA.**
  - IL PROBLEMA NON E' CHIEDERSI SE CE LO POSSIAMO PERMETTERE, MA AFFERMARE

**NON POSSIAMO NON PERMETTERCELO !!!**

- **NON (PRE)OCCUPIAMOCI DEI SUOI COSTI MA DEI BENEFICI vs GLI INVESTIMENTI,' DI RISPETTO DEI LEA più che della SPESA: dobbiamo riuscire ad avere e dare certezze sul diritto (per i cittadini) e sul dovere (nostro) del loro rispetto, in accordo con molte sentenze della Corte Costituzionale.**

# QUESTI I NUMERI CHE CONTANO SUI SOTTOFINANZIAMENTI DEL SSN

Trend spesa sanitaria pubblica pro-capite 2008-2022: paesi del G7



Incremento della spesa sanitaria pubblica pro-capite nei paesi del G7 (2022 vs 2019)

Paese	\$
Stati Uniti	1.666
Germania	1.540
Francia	1.197
Regno Unito	999
Canada	876
Italia	625
Giappone	618

Fonte: 7° rapporto GIMBE 2024

1. Guardiamo ai valori assoluti, non alle % di PIL per la sanità, più utili per confronti tra Paesi che intra-Paese
2. In Italia i finanziamenti sono in crescita ma restano bassi vs UE (anche in era pandemica);
3. Per «pareggiare» **servono 50 MILIARDI !!!! Non 3 o 4 .....**

# RIFORMARE IL NOSTRO SSN ? SI', MA COME ?

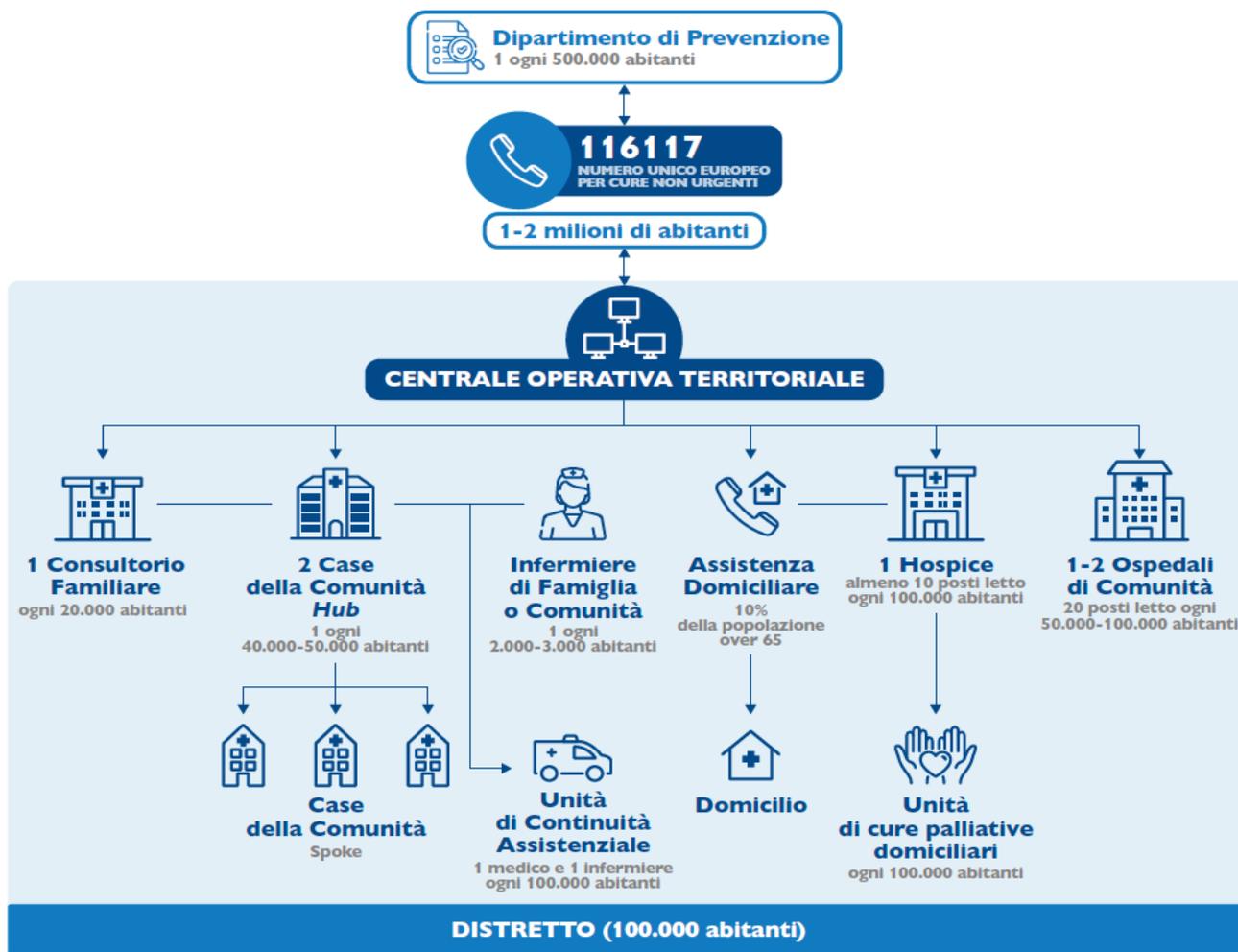
- Per CARD non potrà MAI esserci riforma positiva del SSN senza un giusto ruolo dei Distretti, senza una loro obbligatoria presenza ubiquitaria nel Paese, unica via per costruire una rete di cure primarie
- Non ci sarà riforma senza una riforma unitaria di «ospedale e territorio» (DM 70 e 77), con un distretto programmato in unica visione a livello centrale nazionale
- Una riforma di vero progresso, di miglioramento, di riavvicinamento ai valori del SSN richiede
  - di ABBANDONARE IL DOMINANTE PARADIGMA NEO-LIBERISTA (incompatibile con il welfare)
  - di dichiarare con lucidità a che punto siamo. Vi accennerò l'esempio del report inglese, che sarà ripreso nella relazione del Centro Studi e trovate nel testo della relazione sul book of abstract del Convegno

# COME STANNO I DISTRETTI ?

- Nel 2023 non ci sono state grandi novità a livello nazionale. Sono diffuse le realizzazioni delle strutture-servizi del PNRR, ma i tempi di realizzazione si stanno prolungando; c'è consenso su:
  - *Il 116117 e la COT sono attribuiti al governo del distretto*
  - La Case della Comunità, pur diminuite di numero, restano ancora in numero ragguardevole ed in tutte le Regioni / Province autonome sono affidate al governo-gestione del Distretto
  - *L'avvio degli Ospedali di Comunità è previsto in ogni Distretto*
- Notizie soddisfacenti le riceviamo in merito agli IFeC, che sono figure riconosciute dappertutto, e, pur con difficoltà e diversità, via via vanno inserendosi nei Distretti
- *Notizie certamente insoddisfacenti riguardano la carenza di personale dei distretti e delle attività territoriali, sia per le mancate assunzioni sia, purtroppo, per le uscite*
- Notizie migliori riguardano una certa raggiunta unità di intenti nei distretti: è unanime l'opinione di affrontarvi le **cronicità** (tema su cui mi soffermerò)
- *Notizie buone giungono da alcune Regioni, che dopo un lungo periodo di «distanza» dal mondo dei distretti, si stanno affacciando con ottime iniziative e programmi. Mi piace ricordare che CARD è stata invitata a svolgere un lungo corso di formazione proprio per lo sviluppo dei distretti dalla ASST di Milano nord; ottimo il successo.*

# DISTRETTI E LE CASE DELLA COMUNITÀ

Schema di sintesi dell'organizzazione del Distretto e delle relazioni tra la CdC, OdC e COT



## LE CASE DELLA COMUNITÀ' ABITANO IL DISTRETTO

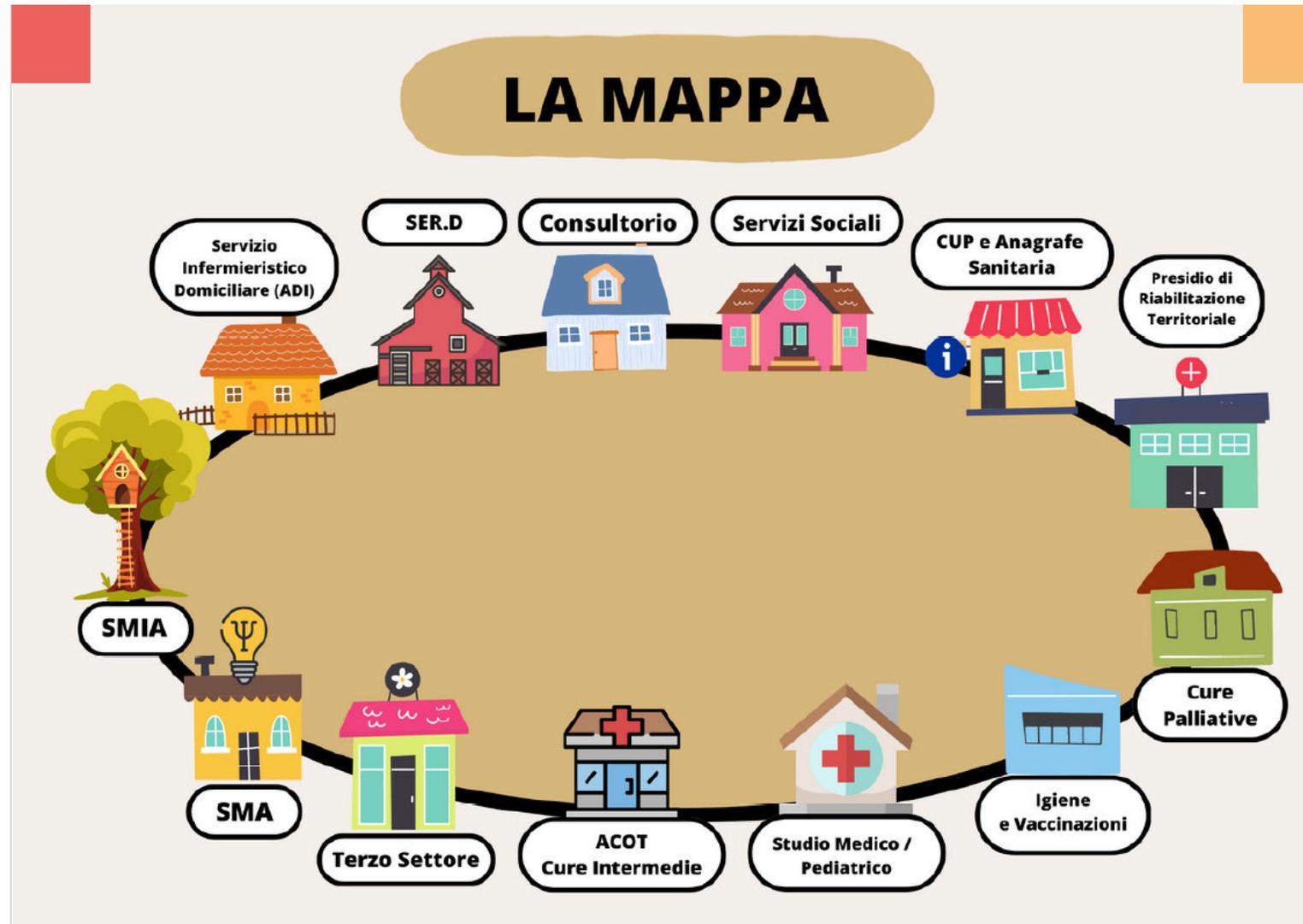
con accanto gli altri servizi che devono essere a governo-gestione (anche produzione) distrettuale. Questo è far bene la riforma ! e utilizzare al meglio le risorse del PNRR !

*Ma attenzione: senza il personale adeguato «avremo case disabitate».*

LA CASA DELLA COMUNITA' ABITA IL DISTRETTO DELLA COMUNITA'  
E PORTA CON SE' NUOVA PARTECIPAZIONE ATTIVA  
PENSIAMO AI GIOVANI !!! NON SOLO AGLI ANZIANI

Nella CdC il Distretto della Comunità sa creare momenti di ascolto e confronto dedicati agli operatori del Terzo settore.

*Se la Casa della Comunità vuole aprirsi ai giovani deve uscire dalle sue mura, ed entrare nelle scuole di ogni ordine e grado.*



Fonte:  
Agenas

# I DISTRETTI NELLE AREE INTERNE – la specificità

■ A - Polo ■ B - Polo intercomunale ■ C - Cintura ■ D - Intermedio ■ E - Periferico ■ F - Ultraperiferico

Distanza dal polo:                      20'                      40'                      75'



Le «**aree interne**» sono i comuni italiani più periferici, distanti oltre 20 min. dal «*Comune polo*», che è dotato di accesso minimo a servizi essenziali di salute (un ospedale con DEA I livello); di istruzione (un Liceo o istituto tecnico), di mobilità (una stazione FS silver).  
Quasi **4.000 comuni** (su circa 8.000 tot.) ricadono nelle **aree interne**. Questi territori coprono il 58,8% della superficie nazionale, e sono abitati da circa **13,4 milioni di persone** (22,7% della popolazione residente nel 2021).

**CARD RITIENE CHE IL DISTRETTO NELLE AREE INTERNE DEBBA AVERE CARATTERISTICHE PROPRIE SPECIFICHE E DEBBA DIVENTARE IL PRIMO RIFERIMENTO DELLA SALUTE PER QUELLE COMUNITA'.**

**LE SUE ARTICOLAZIONI ex DM77 (CDC, OC, ecc.) SONO QUI FONDAMENTALI E ESIGONO MASSIMA ATTENZIONE CON TARATURE SPECIFICHE.**

# Fact cheking del DM 77/22 sul distretto

## « Il **Distretto**

- È un'articolazione organizzativo-funzionale su un territorio
- luogo privilegiato di gestione e di sviluppo ed organizzativo della rete dei servizi sanitari e sanitari territoriali
- garantisce una risposta assistenziale, l'ottimizzazione delle risorse, degli strumenti e delle competenze professionali per determinare una efficace programmazione per la popolazione di riferimento
- Conosce i bisogni di salute della popolazione di riferimento

Il **Direttore del Distretto** è il responsabile dell'attività di programmazione del Distretto, in termini di risposta integrata alle specifiche esigenze di salute della popolazione di riferimento, di disponibilità delle risorse, degli strumenti e delle competenze professionali. «

Quanto è vero ?  
Quanto è stato fatto per renderlo vero ?

È reale: tanto, poco, o nulla ?

## FUNZIONI

- Committenza
- Programmazione
- Produzione
- Garanzia

Accade da voi ?

Sempre così ???

« Il Distretto e il suo Direttore acquisiscono, quindi, la funzione di **garanzia** attraverso la valutazione dei bisogni di salute della popolazione, la valutazione delle **priorità** d'azione e della **sostenibilità** delle scelte, l'orientamento dei livelli di produzione di attività sanitaria come richiesta alle strutture ospedaliere e territoriali, la **verifica dei risultati**. «

« Al Distretto sono attribuite risorse definite in rapporto agli obiettivi di salute della popolazione di riferimento. Nell'ambito delle risorse assegnate, il **Distretto è dotato di autonomia tecnico-gestionale ed economico-finanziaria**, con contabilità separata all'interno del bilancio della ASL. «

Regione	Gap 2022 vs 2021
Veneto	
Puglia	
Piemonte	
Lombardia	
Provincia Autonoma di Bolzano	
Emilia-Romagna	
Principato Aulico di Monaco	
Sardegna	
Campania	
Liguria	-0,86
Lazio	-8,06
Marche	-14,7
Molise	-17,48
Friuli Venezia Giulia	-23,13
Calabria	-24,74
Abruzzo	-30,86

**IL TERRITORIO  
E IL DISTRETTO  
NON SONO  
ANCORA  
LA PRIORITA'  
DEL SSN**

Area	2022	2021	Gap 2022 vs 2021
Prevenzione	1.444	1.590	-146
Distrettuale	1.532	1.544	-12
Ospedaliera	1.667	1.577	+90
<b>Totale</b>	<b>4.643</b>	<b>4.711</b>	<b>-68</b>

Tabella 5.9. Punteggio totale nazionale adempimenti LEA: gap 2022 vs 2021

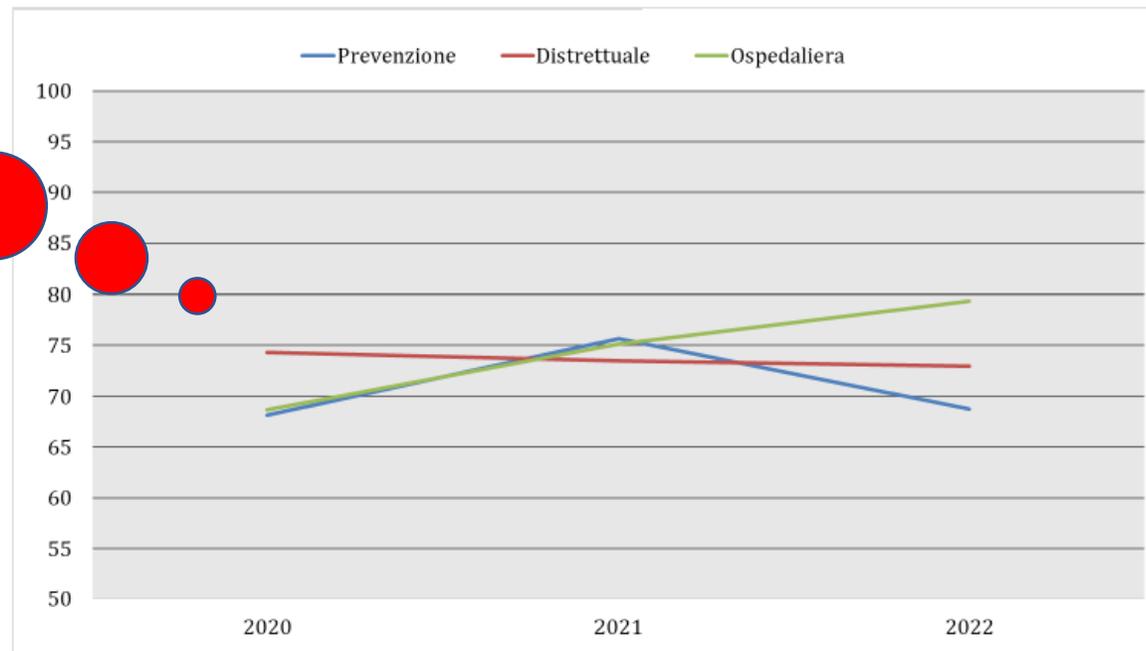


Figura 5.8. Media nazionale adempimenti LEA 2020-2022 (dati Mds)

A livello nazionale, il trend 2020-2022 documenta una lieve **riduzione nell'area distrettuale** (da 74,29 a 72,95), un **progressivo incremento nell'area ospedaliera** (da 68,69 a 79,39) e, **nell'area della prevenzione**, dopo un netto incremento nel 2021 (75,71), un **crollo nel 2022** (68,78) che la riporta ai valori del 2020 (68,13)

Tabella 5.8. Punteggio totale adempimenti LEA: gap 2022 vs 2021

# LA CENTRALITÀ DEI DISTRETTI NELLE CRONICITÀ

## - le prospettive secondo la CARD

PREMESSA: **Il dato che secondo l'Istat (2022)**

- Il 39% delle persone convive almeno 1 patologia cronica

Quindi un sistema di prossimità deve aver chiaro che questo esercito di persone è la priorità. Servono per affrontarla strategie e risorse commisurate

- Malattie cardiovascolari 17%
- Malattie respiratorie 4,3%
- Disturbi neurologici 4,6%
- Ulcera gastrica o duodenale 2,2%

- In un distretto di 100.000 abitanti
- 20.000 persone con ipertensione
  - 15.000 con artrosi/artrite
  - 11.000 con allergie
  - 6.500 diabetici
  - 6.000 con bronchite
  - 4.500 con malattie cardiovascolari
  - 4.600 con disturbi nervosi

Sec. WHO (2022)  
74% dei decessi è per  
malattie croniche

In un distretto di

- 20.000 ipertesi
- 15.000 con diabete
- 11.000 con asma
- 6.500 dia. cronici
- 6.000 con bronchite
- 4.500 con malattie cardiovascolari
- 4.600 con disturbi nervosi

Quindi un nuovo sistema di prossimità e di assistenza territoriale deve possedere dotazioni di personale molto superiori a quelle oggi immaginate !  
Altrimenti nulla accadrà di nuovo e rimarremo sempre ospedalocentrati

Immaginiamo che per ciascuno di essi per una adeguata presa in carico-programma di cura in un anno servano almeno tre ore di medico e almeno altrettanto di supporto infermieristico.

SERVONO ALMENO (all'anno)  
180.000 ORE MEDICO  
180.00 ORE INFERMIERI

QUINDI CIRCA  
120 INFERMIERI A TEMPO PIENO  
100 MEDICI A TEMPO PIENO

**IL PNRR FORNISCE PROGRAMMI e risorse BEN INFERIORI !!!**

Il tema è quello della CRONICITA' e soprattutto della cronicità nei grandi anziani, quasi sempre polipatologici e con bisogni complessi.

QUALE ORGANIZZAZIONE VOGLIAMO PER OFFRIRE RISPOSTE COMPLESSE ?

- 6.000 con bronchite
- 4.500 con malattie cardiovascolari
- 4.600 con disturbi nervosi
- 10.000 NON RIESCONO A VIVERE UNA VITA AUTONOMA

## TRA QUELLI CON UNA MALATTIA CRONICA

- 60% sono in età 60-64 anni
- 75% 65-74 anni
- 85% gli ultra 75enni

Meno del 10% degli under 40 anni è iperteso, ma lo è il 65% degli ottantenni (PASSI)

E quindi IL DISTRETTO DEVE OCCUPARSI di almeno 7.000 grandi anziani con problemi rilevanti

**CHI /COME LI PUO' SEGUIRE CON MODALITÀ ADATTE ALLA SITUAZIONE, dato il quadro attuale ?**

**E CHE FARE NEL LUNGO TERMINE PER I GRANDI ANZIANI NONAUTOSUFFICIENTI?**

**CHI DEVE OCCUPARSENE, SE NON IL DISTRETTO A FORTE INTEGRAZIONE SOCIOSANITARIA E COMUNITARIA ? MA PER QUESTO SERVE UN DISTRETTO «RICCO» E «FORTE»**

CRONICITA' = DOMICILIARITA' +  
RESIDENZIALITA'  
CHE DEVONO ESSERE ALTERNATIVE  
ALL'OSPEDALITA' TRADIZIONALE !

*Lo stiamo facendo ? Ci hanno messo in  
condizione di farlo ? Le AFT e UCCP come  
funzionano ? Ci serve la digitalizzazione ?*

CRONICITA' = CONSUMO DI FARMACI  
*Sappiamo oggi fare nel distretto una  
governance clinica ed organizzativa ?  
Migliorare l'aderenza ?*

CRONICITA' = NECESSITA' DI RECUPERARE  
FUNZIONI PERDUTE O DECADUTE  
*Nel distretto possiamo/sappiamo fare  
riabilitazione ?*

*DOVE, TUTTO QUESTO, SE NON NEL  
DISTRETTO e nelle sue articolazioni ex Dm 77?*

**CARD DIMOSTRA COSI' LA NECESSITA' DEL  
DISTRETTO**

IL TEMA DELLE CURE PRIMARIE VA  
DECLINATO IN RETI DI CURE BEN PIU'  
AMPIE, INCLUDENTI LE AFT.  
SERVONO RETI MULTIPROFESSIONALI  
INTERCONNESSE TRA CURE  
AMBULATORIALI, DOMICILIARI,  
RESIDENZIALI  
CON ALTE FINALITA' RIABILITATIVE-  
INCLUSIVE.  
DOVE TUTTO QUESTO SE NON  
NEI DISTRETTI,  
CON I DISTRETTI ?

IL TARGET DELLE CDC DEI DISTRETTI  
E' LA «CRONICITA», BEN PRIMA E DI  
PIU' DELL'ACUZIE

Il 60% di ...  
(ARS Toscana 19)

i malati cronici in un distretto di 100.000 abitanti subiscono circa 4.000 ricoveri/anno per

- Scompenso cardiaco (t.o. 2,5 ‰)
- BPCO (t.o. 1,01 ‰)
- Diabete (t.o. 0,3 ‰)

DI CUI 8-10% EVITABILI CON  
UNA MEDICINA DI INIZIATIVA

**ATTENZIONE:**

EVITARE UN RICOVERO SIGNIFICA

1. QUALITA' DI VITA MIGLIORE DEL PAZIENTE
2. QUALITA' DI VITA PIU' ACCETTABILE PER I FAMILIARI
3. VANTAGGI PER L'ORGANIZZAZIONE SANITARIA

PER UN DISTRETTO CARD IL PRIMO VANTAGGIO CUI MIRARE E' GIOVARE AL PAZIENTE !!

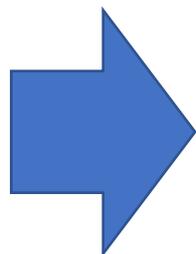
Dopo, evitare e ridurre le difficoltà del sistema.  
Ma prima guardiamo al paziente !!

ECCO il distretto di garanzia !!  
e di equità.



LA VERA  
CENTRALITA' DEL  
PAZIENTE SI  
OTTIENE  
SOLAMENTE IN  
DISTRETTI  
FORTI  
SOLIDI  
STRUTTURATI  
RICCHI

- In un distretto di 100.000 abitanti
- 20.000 persone con ipertensione
    - 15.000 con artrosi/artrite
    - 11.000 con allergie
    - 6.500 diabetici
    - 6.000 con bronchite
    - 4.500 con malattie cardiovascolari
  - 4.600 con disturbi nervosi
- INOLTRE**
- 10.000 NON RIESCONO A VIVERE UNA VITA AUTONOMA



## LA TRANSIZIONE

DAL DISTRETTO DI  
POPOLAZIONE

AL

## DISTRETTO DELLA COMUNITA'

una Comunità in cui vivono  
I malati  
I CARE GIVER  
I «sani», solidali  
INSIEME AGISCONO  
VERSO UNA COMUNITA'  
CHE CURA

CRONICITA'  
SIGNIFICA

**CONTINUITA'**  
MULTIPROFESSIONALE

IN GRADO DI SODDISFARE  
UN CARICO  
ORGANIZZATIVO  
INCREMENTALE (ogni anno  
i malati non potranno  
essere di meno, ma di più,  
se vale la presa in carico  
long term)

Siamo pronti ?  
Anche ad usare le nuove  
tecnologie ?



**IL DISTRETTO DELLA COMUNITA' CARD E' ABITATO DALLA COT, DALL'ADI,  
DALLE CASE DI COMUNITA' HUB E SPOKE, DALL'OSPEDALE DI COMUNITA'**

# IL FUTURO A BREVE TERMINE IL DISTRETTO DELLE COMUNITÀ CARD dopo il PNRR PER RENDERE VISIBILE «IL TERRITORIO» ED IL NUOVO DISTRETTO

**COT:** attivarle è il primo obiettivo, è praticabile, comporta un accettabile consumo di risorse ed è di immediato successo nell'integrare operatori e servizi, conoscere i bisogni, snellire i percorsi, alleggerire gli operatori e le famiglie da pesi organizzativi. Unanimemente è struttura–servizio del distretto, che con essa si rende visibile e attivo 24/7: dovrebbe divenire motore della digitalizzazione del «territorio».

**CURE DOMICILIARI:** pur nei limiti della visione ed approccio prestazionale imposto dal PNRR, finalmente è un servizio obbligatorio, misurato su risultati. Nel «target 10%» CARD incoraggia ad includere più casi complessi, con forte presa in carico 24/7 !!! , per cui il distretto va dotato di più personale, così da realizzare «la casa prima luogo di cura». Qui gli IFeC giocano un ruolo centrale, primi utilizzatori delle **tecnologie** per home care. Ricordiamo che CARD fu la prima a suggerire gli home care team.

**LE CDC ABITANO I DISTRETTI.** E' obiettivo realizzabile, e renderà visibile «le nuove cure territoriali» integrate tra medicina generale, specialistica, parte sociale, soprattutto quando si apriranno alla partecipazione della parte più attiva delle comunità locali. CDC NEI DISTRETTI DELLA COMUNITA' !!

**OSPEDALI DI COMUNITA' :** è un altro obiettivo possibile e diffuso, apre nuove possibilità per le cure intermedie, nuove alternative all'ospedale «grande», con gestioni innovative (IFEC, MMG ad hoc, ecc.); ottima occasione per offrire buone cure di prossimità

# L'INDAGINE CARD 2024 SULLE CURE DOMICILIARI

## RISULTATI PRELIMINARI DAI QUESTIONARI RICEVUTI

Abruzzo, Campania,  
 FVG, Lazio, Marche,  
 Piemonte,  
 Sardegna, Toscana,  
 Veneto

LE CD SONO  
 AFFIDATE AI  
 DISTRETTI - attive  
 6 o 7 gg sett.

LE CD: SONO IN  
 MIGLIORAMENTO

CD: OGGI SONO  
 PRIORITA' PER  
 REGIONI AZIENDE  
 DISTRETTI

PRODUZIONE  
 INTERNA - ESTERNA  
 ½ - ½ (accreditata)  
 In pochi D. è  
 programmato un  
 aumento

Solo in 1/3 dei D. le  
 risorse di personale  
 per CD sono  
 aumentate

DI PIU' VI DIRA'  
 NINO TRIMARCHI

Raggiunto obj  
 PNRR 10% >65  
 anni in ADI

IN AUMENTO LA  
 DOMANDA  
 DA OSPEDALE  
 DA TERRITORIO  
 DAI CITTADINI

CD: TEMPI DI  
 ATTESA ASSENTI O  
 ACCETTABILI

4-12 mesi  
 INTENSITA': in  
 aumento

INTEGRAZIONE CON  
 SAD E' AUMENTATA

TECH PER CD  
 ANCORA POCO  
 DIFFUSE

CARE GIVER SEMPRE  
 COINVOLTI

CONSENSO > 80%

CONSENSO 50- 80%

CONSENSO INF. 50%

**RIPARTIRE DAL DISTRETTO**

**LE 12 BUONE RAGIONI**

**CON LE 12 PAROLE CHIAVE CARD**

**CHE APRONO**

**12 PORTE**



## 12 PAROLE CHIAVE CARD ITALIA - Mappa 2024

1	DISTRETTI - <b>REALI, RESPONSABILI</b> , veri forti ricchi, per soddisfare i LEA -LEP <sub>s</sub>
2	TERRITORIECOMUNITÀ - <b>IDENTITÀ specificità</b> - senso di appartenenza: il «mio di
3	BISOGNI - <b>i distretti conoscono i bisogni e tutto il sistema si muove dai bisogni</b>
4	PROSSIMITÀECONTINUITÀ - <b>prossimità per la continuità dello SPAZIO con il TEMPO</b>
5	RELAZIONI – <b>più relazioni a 360° : meno prestazioni «spot»</b>
6	INTEGRAZIONI – <b>congiungere tutto/tutti, intra-inter-extra sanità, per un’Unica Salute-salute unitaria</b>
7	GLOBALITÀ - <b>azioni G..LOCALI nei territori, globali e plurali per le persone</b>
8	PROATTIVITÀ - <b>mettere il DOPO ... PRIMA: noi da loro, prima che... «predici e previeni»</b>
9	INNOVAZIONI – <b>culturali professionali tecnologiche organizzative</b>
10	ESITI - <b>gli OUTCOME guidano input e output – e sono outcome anche di equità</b>
11	INCLUSIONI - <b>UNIVERSALITÀ: nessuno resti mai escluso o indietro: dare di più e prima a chi ha meno</b>
12	SICUREZZA e QUALITÀ – <b>RIOSPITALIZZIAMO il territorio, che diventa alternativo all’ospedale</b>



DI PIU' VI DIRA' NINO TRIMARCHI

# SINTESI

CARD RIAFFERMA CON FORZA LA SUA ATTENZIONE PER LA CRONICITA', PRIMO CAMPO DI AZIONE DEI DISTRETTI, PER CUI SERVE UNA TRANSIZIONE VERSO

## IL DISTRETTO DELLA COMUNITA'

In cui

SI RICONOSCONO I BISOGNI, I GRADIENTI SOCIOECONOMICI  
SI PROGRAMMANO AZIONI COERENTI IN RETI AD ALTA INTEGRAZIONE  
(Population Health Management) misurandone gli effetti  
sugli outcome, non solo su output o input

Queste reti si esprimono con:

EFFICIENTI COT

*FORTI SERVIZI DI CURE DOMICILIARI, RESIDENZIALI, INTERMEDIE*

SOLIDE CASE DELLA COMUNITA' CHE **ABITANO IL TERRITORIO**

*ACCOGLIENTI OSPEDALI DI COMUNITA' ALTERNATIVI ALL'OSPEDALE «GRANDE»*

ALTA E VERA INTEGRAZIONE SOCIOSANITARIA, razionale uso delle tech. digitali

CONTINUITA' MULTIPROFESSIONALE A VANTAGGIO SIA DEL PAZIENTE CHE DEI CARE GIVER, PER UN VERO EMPOWERMENT ED ENGAGEMENT DI TUTTI I PAZIENTI E COMPONENTI DELLA COMUNITA'. **PER CONVIVERE ATTIVAMENTE CON LA CRONICITA'**

LA STRATEGIA VINCENTE:

PIU' PARTECIPAZIONE  
CONVINTA DI CITTADINI ED  
OPERATORI.

IRRINUNCIABILE !

PER UNA SALUTE  
MIGLIORE

**RIFORMARE IL SSN**

**SI', MA COME ?**

**IMPARIAMO DALLA RISPOSTA DEL NUOVO GOVERNO INGLESE**

**IN 9 SETTIMANE DI LAVORO CON CENTINAIA DI ASSOCIAZIONI UNA**

**COMMISSIONE VOLUTA DAL GOVERNO HA RECENTEMENTE**

**CONCLUSO UN FORMIDABILE DOCUMENTO CHE VALE LA PENA DI**

**CONOSCERE ALMENO NEI PASSAGGI FONDAMENTALI**

**«IL REPORT DARZI»**



link nel  
book of  
abstracts

## UN MAGNIFICO ESEMPIO – il punto 28

**28. There are some important themes that have emerged for how to repair the NHS, which will need to be considered alongside strategies to improve the nation's health and reforms to social care**

*«Sono emersi alcuni temi importanti su come riparare il Servizio Sanitario Nazionale, che dovranno essere considerati insieme alle strategie per migliorare la salute della nazione e alle riforme dell'assistenza sociale».*

*« Ri-coinvolgere il personale e ridare potere ai pazienti. Nonostante tutte le sfide e il basso morale, il personale del NHS è profondamente appassionato e motivato ad aumentare la qualità delle cure per i pazienti. I loro talenti devono essere sfruttati per apportare un cambiamento positivo. Il miglior cambiamento dà forza ai pazienti di assumere il massimo controllo possibile sulle proprie cure.*

*Spostare definitivamente le cure più vicino a casa stabilizzando i flussi finanziari. La medicina generale, la salute mentale e i servizi territoriali dovranno espandersi e adattarsi alle esigenze di coloro che soffrono di patologie croniche, la cui prevalenza sta crescendo rapidamente con l'invecchiamento della popolazione. I flussi finanziari devono stabilizzare questo cambiamento in modo irreversibile, altrimenti esso non accadrà. «*

Priorità alle persone, sia come operatori che come cittadini !  
Più cure domiciliari e più stabili risorse.

# E noi, domani ?

- Senza deprimerci, come Associazione scientifica continuiamo a studiare, pensare, proporre ED AGIRE. Con tenacia e fiducia, slancio
- Congiungiamo pensieri, idee e buone pratiche
- I distretti CARD devono essere pionieri e «cantieri» in cui si lavora con entusiasmo e passione nei «territori» per il bene dei cittadini.....
- ... in uno sforzo corale sempre più allargato CON LE COMUNITA', tendendo a queste priorità di attenzione, azione e innovazione...

*«predici e previeni»; «prenditi cura nei tempi e modi giusti»;*

*«soddisfa prima i bisogni delle persone, poi della burocrazia»;*

*«sempre più attenti a chi ha meno»*

**MESSAGGIO FINALE  
ED AUGURIO**

**ATTENZIONE !**

NEL DIBATTITO, LA POSIZIONE DELLA CARD NON VA NELLA DIREZIONE DI  
CHIEDERSI **« POSSIAMO PERMETTERCI QUESTO SSN ? »**

**E' UN ERRORE !**

**CARD AFFERMA INVECE CONVINTA**

**IL SSN: Non possiamo NON permettercelo !!  
ED I DISTRETTI NE SONO LA PIETRA ANGOLARE**

## **POST DM 70 - DM 77**

**Verso una nuova Alleanza Territoriale T – H – T**

**"Dalla differenza dei valori al valore della differenza"**



**CARD PROMOTRICE DEL DISTRETTO DELLE COMUNITÀ**



## **XXII CONGRESSO NAZIONALE CARD**

### **I DISTRETTI DI COMUNITÀ PROTAGONISTI DEL DM 77 E DELLA PRIMARY HEALTH CARE**

**GENOVA | 17-19 OTTOBRE | 2024**

**STARHOTELS PRESIDENT**  
Corte dei Lambruschini, 4

**BENVENUTI**

**BUON CONGRESSO**

**A nome mio  
della Presidenza CARD  
e dei Presidenti Regionali**