



In occasione del Convegno Nazionale CARD di Bari 2018, **CARD** (Confederazione Associazione Regionale dei Distretti - www.carditalia.com) ripropone alcune questioni essenziali.

1. CARD afferma che:

- a) una crescita vera e duratura del Paese deve poggiare sulla convinzione più salda e diffusa che la salute è diritto dell'individuo ed interesse della collettività;
- b) il nostro SSN continuerà ad esistere come universalistico e solidaristico solamente se sarà sostenuto da una fiscalità equa e progressiva; il nostro SSN è sostenibile nella misura in cui noi lo vogliamo;
- c) un guadagno di salute per tutti oggi richiede il superamento delle disuguaglianze della salute, che richiede di realizzare pari opportunità di accesso alle cure, alle occasioni di benessere e di buona qualità di vita; di ridurre il numero di persone svantaggiate o costrette ad impoverirsi per cercare di recuperare o mantenere la salute; di programmare ed attuare servizi sanitari inseriti in sistemi di welfare allargati, coerenti con azioni di sviluppo della ricchezza generale del Paese e del capitale sociale, strumenti (non fini) per ridurre l'esclusione sociale, le disuguaglianze di reddito e di benessere sociale;
- d) la maggiore efficienza del sistema sanitario si ottiene se si associa, ed è preceduta, da una maggiore efficacia delle sue azioni primariamente territoriali (cure primarie); se regole e norme sono al servizio del bene delle persone e non dei soli equilibri di bilancio; se la loro salute è prioritaria rispetto a quella dei pareggi di bilancio; se ci ricordiamo che il budget si deve sempre porre obiettivi di rispetto dei diritti alla salute (vs risorse), non solamente il controllo dei costi;
- e) ai nostri servizi spetta monitorare e descrivere le risposte mancate per gli assistiti, le comunità, la popolazione; tutti gli operatori portano la responsabilità di conoscere i costi per realizzarle.

2. Nel cercare guadagni di salute, l'evidenza scientifica mostra che:

- a) il contributo della sanità alla salute è residuale rispetto a quello, ben maggiore, dei determinanti sociali della salute: lavoro-reddito, istruzione e cultura, casa, habitat, trasporti. Intervenire su questi genera maggiore salute e benessere piuttosto che intervenire solamente in sanità; rende più coesa la società perché meno disuguale. La *evidenced based policy* facilita l'allocazione sensata delle risorse pubbliche tra i vari settori. Ogni decisione deve essere partecipata dalle comunità locali. Salute è democrazia, e viceversa;
- b) i sistemi sanitari pubblici, ovunque, mostrano performances superiori a quelli di tipo privato-assicurativo, in termini di resa e di spesa. CARD ritiene allarmante l'appoggio istituzionale a forme di ripresa di logiche mutualistiche. Nel nostro Paese si rischia di perdere il vantaggio dell'universalismo, che non preclude a riflessioni sui temi della selettività, delle priorità e delle alternative di intervento, con decisioni partecipate;
- c) in sanità gli approcci neoliberistici e le dinamiche di mercato producono risultati insoddisfacenti, se non pericolosi per l'accentuarsi delle disuguaglianze, così come non apporta vantaggi la competizione, che non può appartenere ad una logica di SSN. Vanno contrastate scelte e decisioni dettate da ideologie neo/ordo-liberiste, incompatibili con il SSN;
- d) le cure primarie (PHC), più di quelle specialistiche, generano equità, efficacia ed efficienza. Pur provato dall'evidenza scientifica, il valore della PCH nel nostro Paese non si è ancora ben sviluppato. Non si è colta del tutto l'opportunità di diffonderla ed irrobustirla, innanzitutto rendendo i distretti il luogo elettivo della costruzione e del governo di reti forte e moderne di cure primarie. CARD ribadisce che è urgente superare l'erronea visione che queste coincidano con la sola presenza della medicina di famiglia e delle farmacie convenzionate, le quali certo contribuiscono ma non esauriscono gli interventi propri delle cure primarie. Ne fanno certamente parte, ma occorre trovare nuovi modi di inserirle in una logica di sistema, sottraendo spazio ad interessi di parte.

3. Il nostro SSN è tra i meno costosi dei Paesi evoluti. Dobbiamo e possiamo permettercelo. Da tempo la Corte dei Conti ha colto la virtuosa dinamica di riduzione della spesa sanitaria pubblica e la preoccupante, iniqua crescita della spesa privata. Decurtare ulteriormente i fondi della sanità pubblica significa strozzarla, anche dove già prevale efficienza.

La spesa privata è oggi prevalentemente out of pocket, fonte di grande iniquità.

Occorre realizzare soluzioni innovative per: (i) riportare nel SSN le risorse private (30-35 mld €), consumate oggi in duplicazione dei servizi pubblici; (ii) abbandonare definitivamente tentazioni di allargare ulteriormente il welfare e le mutue aziendali; (iii) aumentare l'appropriatezza prescrittiva ed organizzativa (è poco saggio spendere per cose inappropriate); (iv) diffondere buone pratiche basate sull'evidenza scientifica e, soprattutto, il trasferimento della conoscenza verso l'azione (*knowledge translation to action*); (v) riconoscere lealmente che sono oggi purtroppo ancora scoperti "bisogni veri", per i quali non sempre "less is more".

4. Non è provato che la prima causa dei costi crescenti in sanità sia l'invecchiamento. Molto di più pesano le nuove tecnologie mediche: costano molto, sono sempre più diffuse (l'Italia è tra le prime al mondo per presenza di RMN e TAC), palesemente soggette a spinte consumistiche, spesso prive di provata efficacia. L'OECD stima che, dal 1970 al 2002, l'invecchiamento pesa solamente per lo 0,4% all'anno rispetto alla crescita globale dei costi sanitari del 4,3%. Resta comunque opportuno, anche per ragioni etiche, diffondere una nuova cultura tra i professionisti per rinforzare azioni volte ad affermare dignità e qualità di vita, evitare fenomeni di rinuncia alle cure così come accanimenti diagnostici. Questo diventa vero soprattutto nei "grandi anziani", che tra pochi anni raddoppieranno (ad es. gli ultra80enni, che rappresenteranno il 10% della popolazione - non sfugga che con la longevità si renderà drammatica l'attuale emergenza del numero di persone con deficit cognitivo).
5. Riteniamo che in una moderna sanità occorre abbandonare visioni e pratiche ospedalocentriche, superare il dilemma ospedale-territorio, in cui quest'ultimo continua ad essere visto come "vassallo". Il territorio va posto irreversibilmente quale baricentro del sistema globale, di cui l'ospedale è componente paritaria non prevalente. Nel territorio occorre costruire sistemi di governance avanzata, più vicini a logiche di coordinamento dei molteplici attori che di gerarchie sovraordinate. Facciamo crescere le capacità di autogoverno dei professionisti ed il decentramento di autonomie e responsabilità capillarmente diffuse grazie ad una maggiore presenza di **distretti forti**, in tutte le Regioni.
6. Solamente il potenziamento del territorio può elevare l'efficienza dell'ospedale, superare la cultura (e le pratiche) dello specialismo e della frammentazione. Con "meno ospedale e più territorio" si può davvero ottenere "di più con meno", aumentare le possibilità di costruire sistemi sanitari unici ed unitari, così da facilitare il raccordo tra **distretti ed ospedale**; potenziare la long term care (LTC), la continuità delle cure integrate; riequilibrare offerta e produzione di prestazioni specialistiche vs l'epidemiologia locale; elevare il progresso professionale integrato e la diffusione delle conoscenze; ottimizzare l'uso delle risorse e delle tecnostutture aziendali.
7. Per CARD costruire **distretti forti deve diventare obiettivo primario in tutte le Regioni**, per poter realizzare servizi alternativi all'ospedale, non solamente complementari, nell'ambito:
 - a) dell'assistenza ambulatoriale, mediante sostanziale revisione della
 - medicina generale: da improntare al lavoro di proattività e della presa in carico reale, più che all'aumento dell'offerta oraria, impiegando anche i medici della continuità assistenziale in orari diurni; alle forme innovative di aggregazioni-associazioni di MMG, che devono essere collocate all'interno del governo del distretto;
 - medicina specialistica: da tarare sui bisogni e non sulle logiche dell'offerta, spesso ridondante quando di parte pubblica ed opportunistica quando privata (convenzionata-accreditata). Il governo delle prestazioni specialistiche ambulatoriali va affidato al distretto, per poter tentare l'educazione della domanda. (buona riforma a costo zero)
 - b) dell'assistenza domiciliare: la sua produzione (preferibile alla committenza verso erogatori esterni) va posta unicamente in capo al **distretto**, secondo quanto previsto nei Livelli essenziali di assistenza (LEA) distrettuali. Servono servizi attivi 24 ore-die/7 gg settimana, con presenza di team multiprofessionali (medici, infermieri, fisioterapisti, ed altri) e dotazioni di tecnologie per l'home care (ICT), in ogni territorio del Paese, per assicurare cure di lungo termine (long term care) a casa anche di elevata intensità e complessità, realmente alternative al ricovero e/o all'istituzionalizzazione. Il programma va realizzato progressivamente con forte determinazione, in archi di tempo "giusti" (ad es. in un quinquennio). Tutto questo richiede investimenti sostenibili; ha costi di gestione ragionevoli, inferiori a quelli per i servizi residenziali ed ospedalieri. Ogni sforzo generale e locale va posto nell'integrare i servizi socioassistenziali, favorendone il lavoro su 12 ore/die, così come quelli del volontariato. Una presenza istituzionale articolata e garantita rappresenterebbe il più concreto riconoscimento dell'attuale straordinario lavoro delle famiglie, unica via per fondere virtuosamente cure formali ed informali;
 - c) dell'assistenza residenziale e semiresidenziale: realizzando un sistema di cure intermedie con strutture residenziali a forte connotazione riabilitativa, inserite nella rete dei servizi distrettuali, sfruttando le occasioni della riconversione di presidi ospedalieri da dismettere, avvalendosi della sana capacità imprenditoriale dei privati. Centrale resta il tema della continuità con l'assistenza domiciliare, a favore in primis delle persone molto anziane e/o non autonome/disabili. Questa rete residenziale aggiunta a quella domiciliare costituisce buona alternativa alla obsoleta "lungodegenza ospedaliera".

In questo scenario, il distretto forte diventa il primo alleato

- delle persone e famiglie, per dare certezze di cure adeguate ad esigenze che perdurano nel lungo-lunghissimo termine
- della comunità locale, per un concreto lavoro di prossimità
- della cittadinanza responsabile, per liberare le numerose risorse presenti nei nostri territori;
- delle Aziende Sanitarie, per "riospitalizzare il territorio" e non solo "deospedalizzare"
- degli Enti locali, per realizzare sistemi ad alta integrazione
- dei Sindaci, per rendere accettabile la riconversione di piccoli ospedali, evitare nelle popolazioni locali percezioni di perdita di sicurezza e posti di lavoro localmente significativi.

Evidenze e buone prassi indicano il ruolo protagonista di un distretto "forte" per il cambiamento positivo.