



CARD Abruzzo (A.D.M.A.)

IX° CONVEGNO CARD ABRUZZO

# Progetto CRONICITA'

*La buona pratica organizzativa e gestionale nel Distretto Sanitario*

*Esperienze Regionali: Focus BPCO Abruzzo*

17 giugno 2022

Fondazione Genti d'Abruzzo

Sala "Giovanni Favetta"

Via delle Caserme, 58

PESCARA

IX CONVEGNO CARD ABRUZZO



# Progetto CRONICITA'

*La buona pratica organizzativa e gestionale nel Distretto Sanitario  
Esperienze Regionali: Focus BPCO Abruzzo*

## Programma Scientifico

**I SESSIONE**

*Tavola rotonda:*

*Cronicità: Bisogni organizzativi e gestionali.  
Dal Piano delle Cronicità alle previsioni del PNRR*

Relatore conduttore: ROSA BORGIA

# Progetto CRONICITA'

**Tavola rotonda:**

**Cronicità: Bisogni organizzativi e gestionali. Dal Piano delle Cronicità alle previsioni del PNRR**

Conduttore:

**Rosa Borgia:**

*Direttore Area Distrettuale 1  
ASL Lanciano-Vasto-Chieti*

Partecipano alla Tavola Rotonda:

**Maria Paola Di Sebastiano:** *Medico di Medicina Generale Area Distrettuale 1*

**Stefano Marinari:**

*Direttore UOC Malattie dell'Apparato Respiratorio  
Ospedale G.Mazzini ASL Teramo*

**Manola Rosato:**

*Direttore Distretto Sanitario di Lanciano*

**Antonino Trimarchi:**

*Responsabile Centro Studi CASD-Italia Area dell'integrazione*

**SAVE THE DATE**

**XX<sup>o</sup> CONGRESSO NAZIONALE CARD**



**IL DISTRETTO E (è) LA SALUTE DI COMUNITÀ**  
NELLA CURA, CON APPROPRIATEZZA E CONTINUITÀ

**TRENTO**  
13-14-15  
OTTOBRE 2022  
Grand Hotel Trento

**COSA ASPETTI?**  
ISCRIVITI  
**ORA** ➔

**ORA** ➔  
ISCRIVITI  
**COSA ASPETTI?**

## VERSO IL CONGRESSO CARD ITALIA

Progetto CRONICITA'

**#tuttiaTrento #WeAreCARD**

**20° CONGRESSO NAZIONALE CARD**  
**IL DISTRETTO E (è) LA SALUTE DI COMUNITÀ**  
Nella Cura, con Appropriatezza e Continuità

*"Tutti a Trento"*  
Dal 13 al 15 ottobre 2022  
**#WeAreCARD**



CARD ABRUZZO - Piano Cronicità e PNRR: La buona pratica organizzativa e gestionale del Distretto - 17 giugno 2022  
Presidenza CARD Italia : Gennaro Volpe, Rosa Borgia, Luciano Pletti – Centro Studi Nazionale : Paolo Da Col, Antonino Trimarchi

# LA BUONA PRATICA ORGANIZZATIVA E GESTIONALE DEL DISTRETTO

Progetto CR⚙️NICITA'

*In considerazione al suo ruolo:*  
Quali ritiene debbano essere  
i bisogni organizzativi e gestionali  
per garantire la piena realizzazione  
del Piano della Cronicità  
alla luce del PNRR e DM71?



# VERSO IL CONGRESSO CARD ITALIA

Progetto CRONICITA'

Pescara 17 giugno 2022

*alla luce del DM 71 e del PNRR*

## I tre chiavistelli di



1. **BUILDING TRUST** (Affidabilità-Attendibilità-Giustizia)
2. **BUILDING COMMUNITY** (Complessità-Olismo-Reciprocità)
3. **BUILDING FUTURES** (Antropocene-Wasteocene-Koinocene)

# VERSO IL CONGRESSO CARD ITALIA

Progetto CRONICITA'

Pescara 17 giugno 2022

*alla luce del DM 71 e del PNRR*

## Le tre porte girevoli di



- 1. EQUITÀ: Garanzia** di cure «Formali» vs «Informali»
- 2. SPAZIO: Prossimità** - «Home Care» First
- 3. TEMPO: Continuità** della presa in carico di alta qualità,  
in sicurezza, con misurazione e valutazione degli esiti buoni

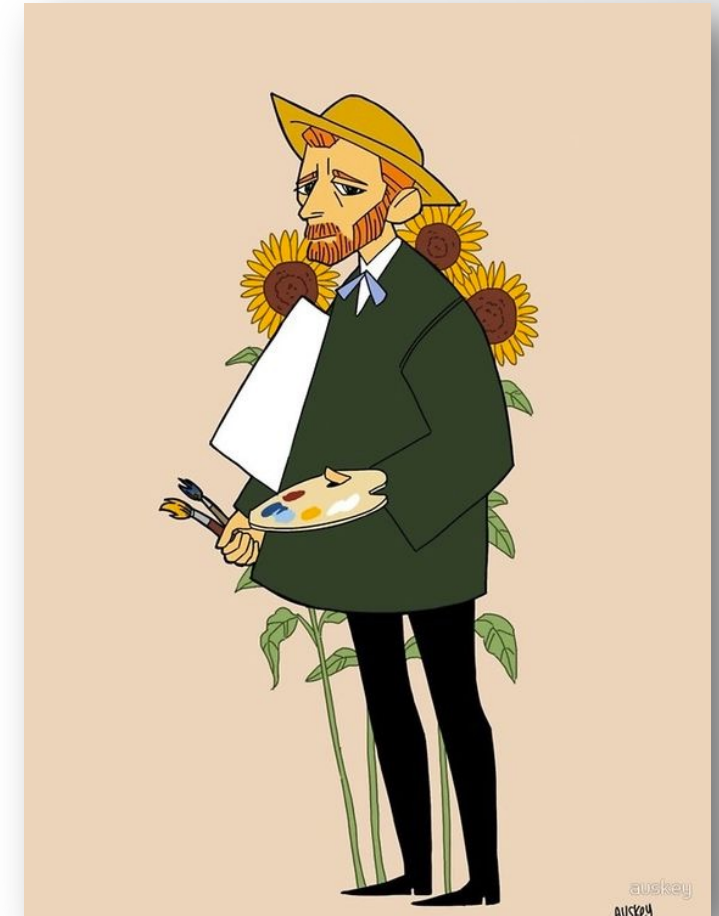
# POST COVID 19 ... INTRA PNRR POTRÀ IL DISTRETTO (FAR) AGIRE IL PROPRIO SOGNO?





# 5 temi

1. **Distretto Area Sistema** : i MAP e le Associazioni siano parte integrante delle CURE TERRITORIALI che si stanno rilanciando con il PNRR e il DM 71
2. **Co-creazione**: fondamentale che la competenza degli Operatori e l'esperienza dei Pazienti, delle Famiglie e delle Associazioni vengano compresi in un processo consolidato di definizione dei servizi alla Persona
3. **Pertinenza**: prioritario l'aggiornamento e la condivisione di indicatori appropriati per la misurazione dell'efficacia e dell'efficienza dei servizi di prossimità
4. **«Tech vs touch»** Telemedicina-consulento-teleassistenza divengano strumenti ponte a sostegno della RELAZIONE DI CURA tra medico e operatore, paziente e caregiver, parte integrante dei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA)
5. **Real world data e data privacy** : OSARE NON SOLO USARE le potenzialità delle tecnologie digitali nei Team e nei percorsi di diagnosi e cura sfruttandole anche nelle fasi di ricerca e prevenzione, inclusione e riabilitazione



CARD ABRUZZO - Piano Cronicità e PNRR: La buona pratica organizzativa e gestionale del Distretto - 17 giugno 2022

Presidenza CARD Italia : Gennaro Volpe, Rosa Borgia, Luciano Pletti – Centro Studi Nazionale : Paolo Da Col, Antonino Trimarchi

Tra **ADVOCACY** e **PRIVACY**

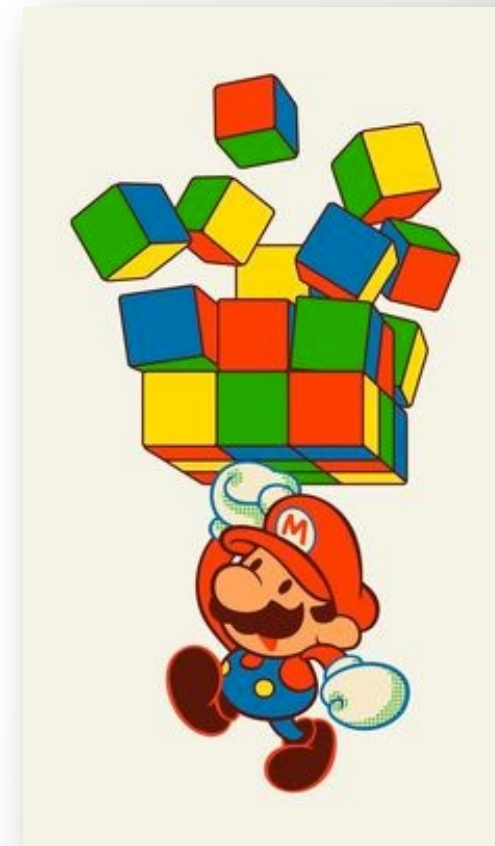
tra i Diritti e i Doveri, *il ponte digitalico*

**La Cura della Comunicazione**

*(le informazioni non sempre sono comunicazione)*

**La Cura della Qualità della Relazione**

*(le interazioni non sempre sono relazione)*



**LA «OVVIA» LEADERSHIP DISTRETTUALE**  
*tra PNRR e DM 70 – 71 nel Piano della Cronicità*

**L'OVVIO NON È EVIDENTE**

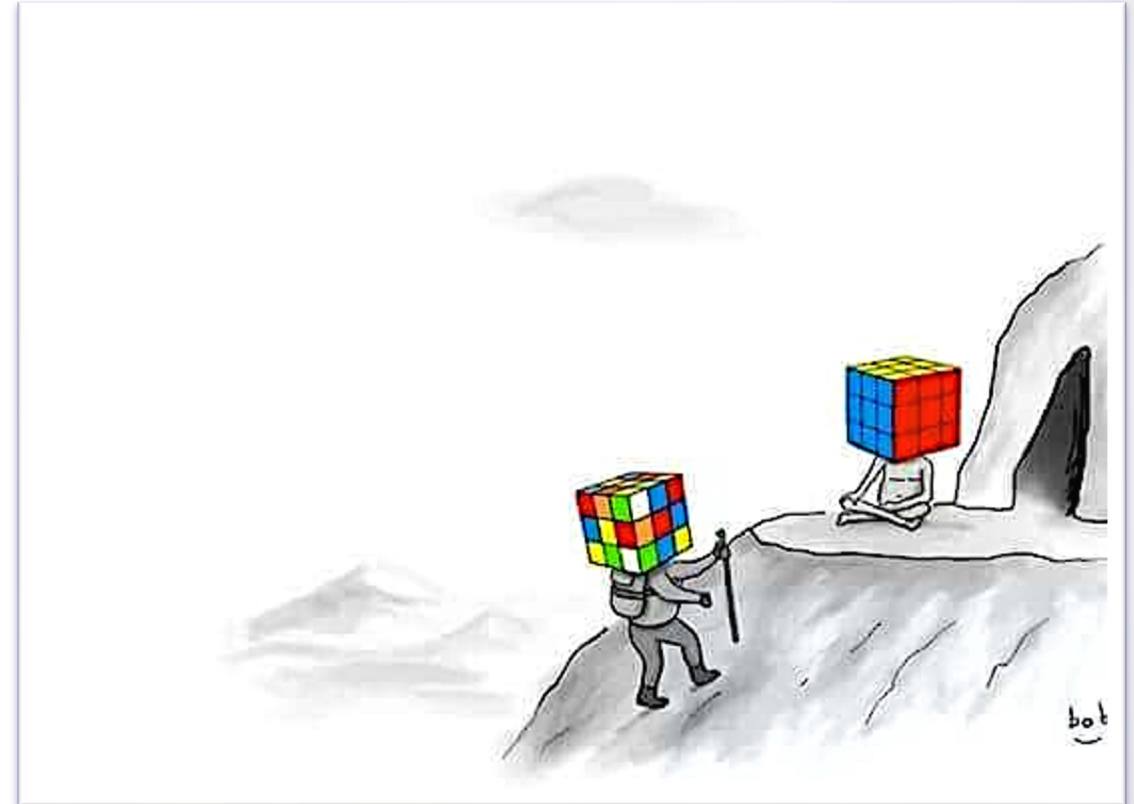
**LEADER TERRITORIALE**

**È CHI SA**

**RENDERE EVIDENTE**

**ED UTILIZZABILE**

**IL DISTRETTO**





# LEO: LIVELLI ESSENZIALI ORGANIZZATIVI

## 1. «FORMAZIONE CONTINUA»

❖ quale «ORGANIZZAZIONE VIVENTE»

## 2. IL CUBO DELLA SALUTE CARD

❖ quale «ECOLOGIA DELLA SALUTE»

## 3. APPARTENENZA IDENTITARIA

❖ RICONDURSI ALL'INCONTRO CON IL PROPRIO SÌ

❖ FARE LA STORIA REALIZZANDO LA PROPRIA STORIA

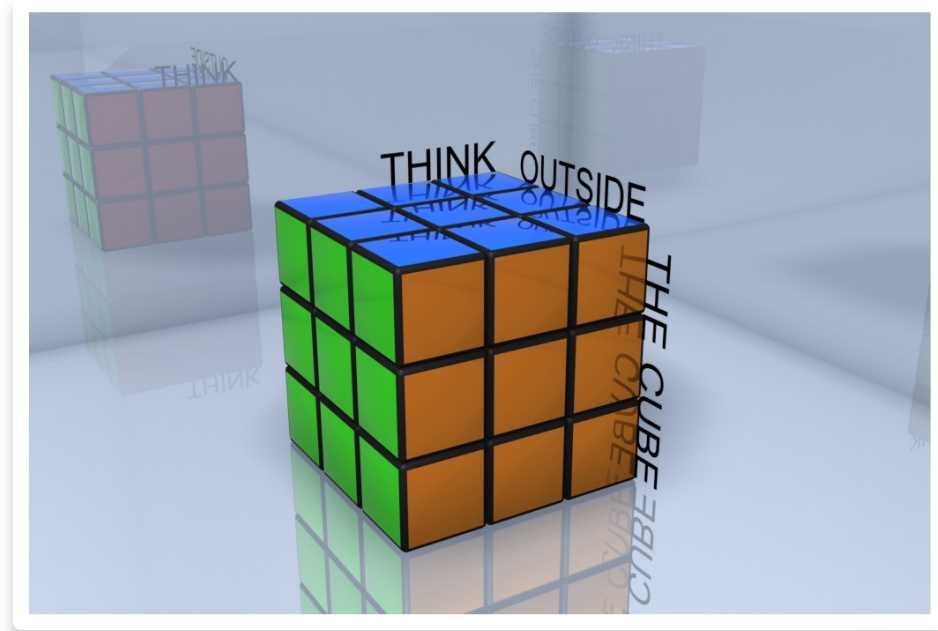


ALLEANZA  
PER  
**LA RIFORMA**  
DELLE  
**CURE PRIMARIE**  
IN ITALIA



**DALLO SVILUPPO DI MODELLI**

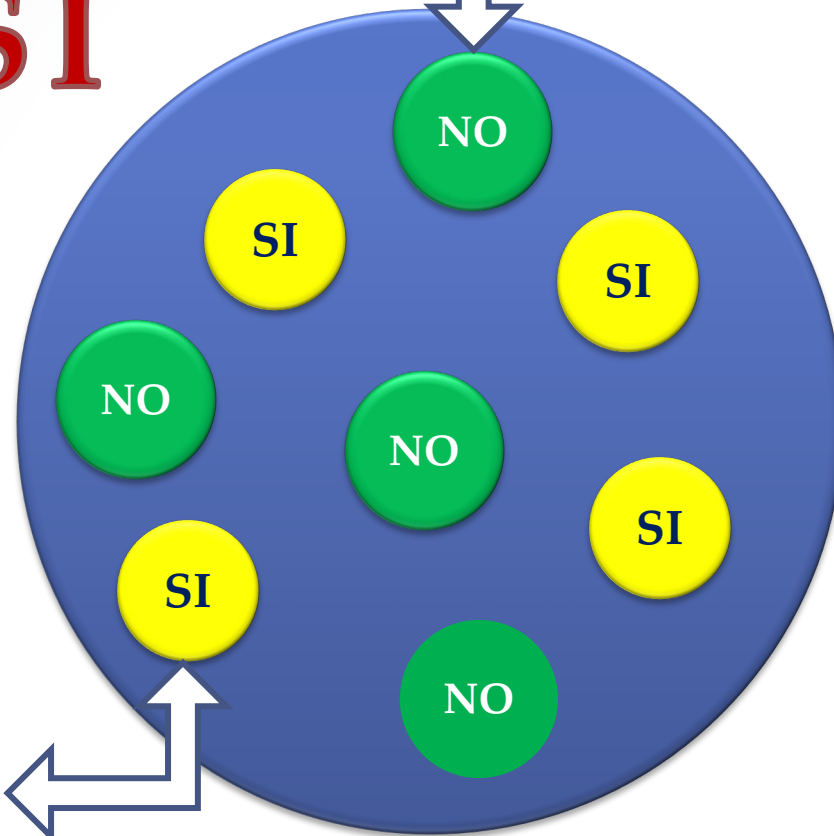
**AL MODELLO DI SVILUPPO**



**PER UN MODELLO DI SVILUPPO  
DELLA PRESA IN CARICO INTEGRANTE  
BASATO SULLE RELAZIONI**

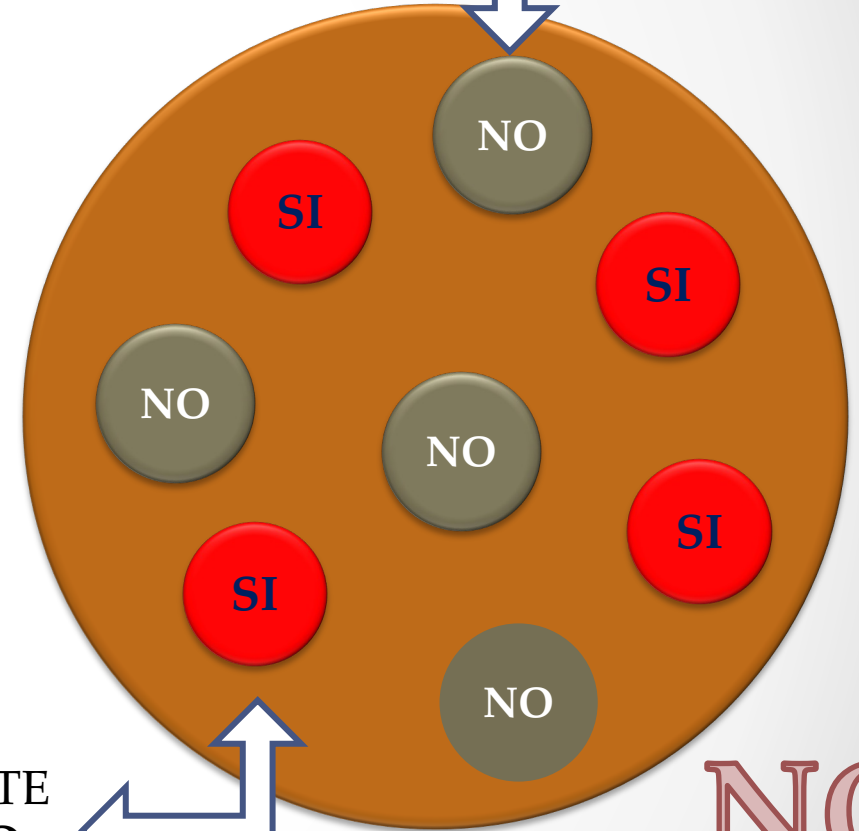
**L'ECOLOGIA  
DELLA SALUTE  
E LE CORNICI  
EPISTEMICHE**

**SI**



**CONTROCORRENTE  
INCLUSIVO**

**ESCLUDENTE  
CONCLUSIVO**



**CONFONDENTE  
PERICOLOSO**

**NO**

**SIGNIFICANTE  
GENERATIVO**

# *Il Distretto e il problema della IDENTITÀ tra continuità e discontinuità*



- **SINGLE TO LARGE**
  - dal Paziente alla Famiglia, dall'Operatore al Team, dal Locale al Globale
- **CONTENT TO CONTEST**
  - dalla malattia al problema, dalla conoscenza al setting maieutico
- **ROLE TO RULE**
  - dagli organigrammi ai funzionigrammi, dalle mansioni alle responsabilità
- **PROGRESS TO PROCESS**
  - dai fini ai mezzi, dalle giustificazioni alle connessioni
- **CURE TO CARE**
  - Dalle Prest-Azioni alle Rel-Azioni co-evolutive

CARD ABRUZZO - Piano Cronicità e PNRR: La buona pratica organizzativa e gestionale del Distretto - 17 giugno 2022

Presidenza CARD Italia : Gennaro Volpe, Rosa Borgia, Luciano Pletti – Centro Studi Nazionale : Paolo Da Col, Antonino Trimarchi



AREA/DIPARTIMENTO  
PREVENZIONE  
Promozione  
della Salute

*Sistema Distrettuale Territoriale  
AREE DI SVILUPPO  
della PHC*

AREA/DIPARTIMENTO  
NASCITA  
E FAMIGLIA

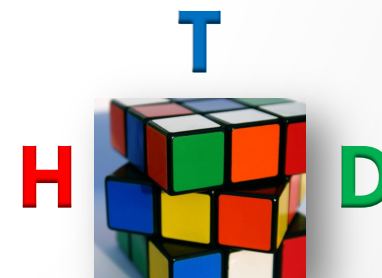
AREA/DIPARTIMENTO  
CURE  
PRIMARIE

AREA/DIPARTIMENTO  
CURE  
RIABILITATIVE  
E INTERMEDIE

AREA/DIPARTIMENTO  
SALUTE  
MENTALE

*Cubo della Salute  
PHC  
VISIONE INTEGRANTE*

AREA/DIPARTIMENTO  
SALUTE  
di COMUNITÀ  
Welfare Generativo





# IL DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE

*il «Cielo Stellato» di un Sistema Distrettuale integrante*

*Riferimento certo nell'orientare le strategie del prendersi cura proattivamente*

**Il Distretto e la Partnership territoriale**

**con il DP**

*Focus sulla Prevenzione*

*e sulla Promozione della Salute*

**INNOVAZIONE E PROATTIVITÀ**



# AREA SALUTE SOCIALE - Welfare Community - Welfare Generativo

**PdZ:** *La Cura della Persona nella sua Comunità. La Casa come primo luogo di cura*

*La «terra sotto ai piedi» per un Distretto «piedi a terra»*

*Il Distretto e la Partnership  
con i Comuni sulla Governance  
dei Determinanti Sociali della Salute*

**Ricomporre** oggi la scissione  
sociale-sanità **Previene**  
l'insostenibilità del SSN  
**Garantisce** l'art. 32 della Costituzione



# *Il Cubo della Salute applicato al Sistema Distrettuale Territoriale*

## *L'«ASSET RELAZIONALE» della metodologia integrante*



• **alto ↔ basso**

○ COMMITTENZA ↔ CONTROLLO

• **destra ↔ sinistra**

○ PRODUZIONE ↔ SUPPORTO

• **davanti ↔ dietro**

○ RETI CLINICHE ↔ RETI SOCIALI (LEA-LIVEAS)



# LEG: LIVELLI ESSENZIALI GESTIONALI



- 1. GENERATIVI NON CRONICI**
- 2. INTEGRANTI NON INTEGRATI**
- 3. RELAZIONALI NON PRESTAZIONALI**
- 4. CONCRETI NON BUROCRATICI**
- 5. RESPONSABILI NON DELEGANTI**

# INTEGRANTI NON INTEGRATI

**INTEGRANTI**

**Critici**

**Adottanti**

**Autori**

**Disponibili**

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



**INTEGRATI**

**Omologati**

**Adattati**

**Attori**

**A disposizione**

*Elementare. Fondamentale*

CARD ABRUZZO - Piano Cronicità e PNRR: La buona pratica organizzativa e gestionale del Distretto - 17 giugno 2022

Presidenza CARD Italia : Gennaro Volpe, Rosa Borgia, Luciano Pletti – Centro Studi Nazionale : Paolo Da Col, Antonino Trimarchi



# CARD ITALIA



## ***L'opportunità del DM 71 e del PNRR***

*Pescara Venerdì 17 giugno 2022 verso Trento 13-15 ottobre 2022*

# MISSION

1. Perseguire il passaggio dal Welfare State al Welfare Community
2. Ridurre la forbice tra il peso dei bisogni e gli standard economico-assistenziali
3. Liberalizzare la Salute (la memoria dell'acqua): la Cura in rete tra reti formali ed informali, sociali e sanitarie, pubbliche e no profit, residenziali e domiciliari
4. Deframmentare l'offerta ricomponendo la domanda scomposta
5. La digitalizzazione al servizio delle relazioni di cura: revisione dei sistemi informativi e di conoscenza delle dinamiche di bisogno, domanda e offerta



# CARD ITALIA



## ***l'opportunità del DM 71 e del PNRR***

*Pescara Venerdì 17 giugno 2022 verso Trento 13-15 ottobre 2022*

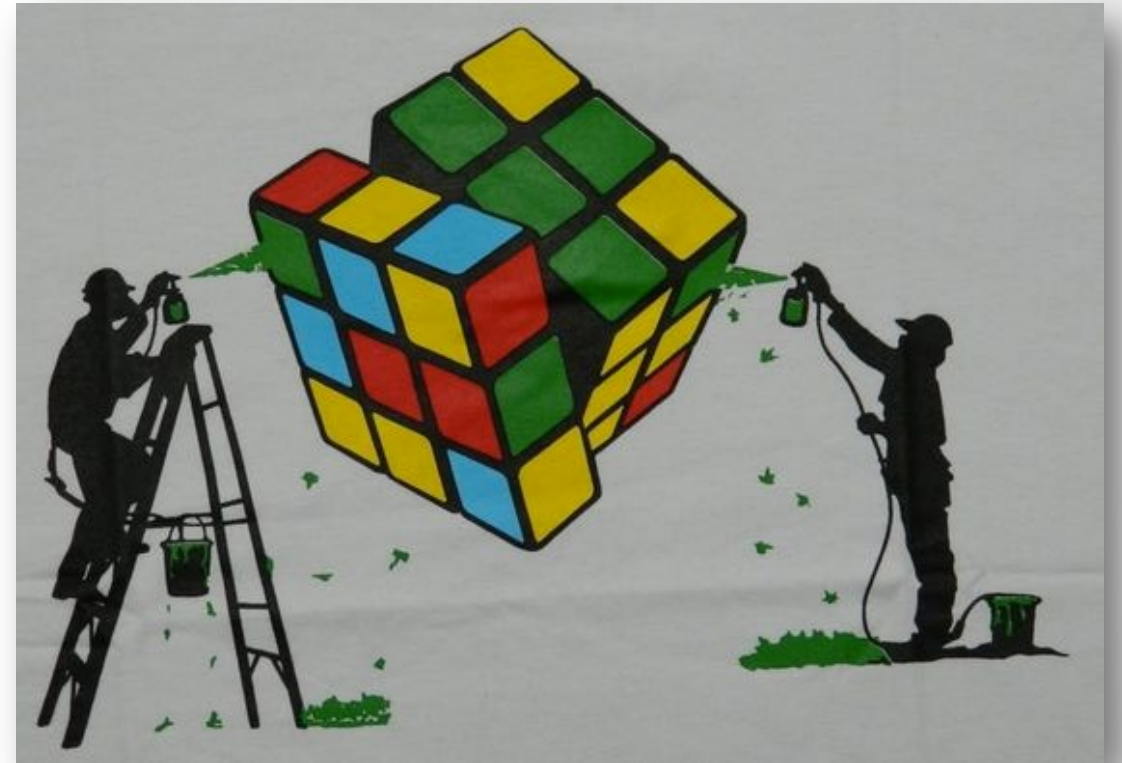
# MISSION

6. Utilizzo della logica emergenziale per affrontare con l'emerso il sommerso
7. Rilancio delle politiche aziendali e sociali di costruzione di competenze tecniche ed etiche: riconoscere, gestire e valorizzare il patrimonio delle risorse umane professionali, delle famiglie e del volontariato della Comunità
8. La Cura dei Setting di cura
9. La Cura del Tempo di cura
10. La Cura del Sè: dalla richiesta di avere cure all'avere cura, all'essere cura

# **LA LEADERSHIP DISTRETTUALE** *nella prospettiva del Bene Comune Salute*

**NON SOLO DIRLO  
MA ANCHE FARLO**

**CHI VUOLE FA  
CHI NON VUOLE  
COMANDA**







# CARD Italia e l'...



ALLEANZA  
PER LA RIFORMA  
LIBRO AZZURRO  
DELLE  
CURE PRIMARIE  
IN ITALIA

CARD ABRUZZO - Piano Cronicità e PNRR: La buona pratica organizzativa e gestionale del Distretto - 17 giugno 2022  
Presidenza CARD Italia : Gennaro Volpe, Rosa Borgia, Luciano Pletti – Centro Studi Nazionale : Paolo Da Col, Antonino Trimarchi



# Le 6 proposte dell'Alleanza

ALLEANZA  
PER  
LA RIFORMA  
DELLE  
CURE PRIMARIE  
IN ITALIA

1. Modifica delle programmazioni regionali introducendo l'identificazione dei territori di tutti i Distretti e la contestuale attivazione istituzionale, rispettando i seguenti criteri:
  - a) Dimensione indicativa di 100.000 abitanti, con deroghe rigorosamente legate a vincoli oro-geografici e di configurazione urbana;
  - b) Coincidenza con il corrispondente Ambito Territoriale Sociale;
  - c) Avvio della programmazione unitaria delle azioni sociali e sanitarie con valorizzazione delle correlate funzioni degli enti locali e con l'adozione di strumenti di valutazione multidimensionale dei bisogni dei pazienti condivisi a livello nazionale e/o almeno regionale
2. Attuazione delle Centrali Operative Territoriali – COT per ogni Distretto
3. Attivazione delle Unità Operative indispensabili previste dal DM71 in ciascun Distretto

*CARD ABRUZZO - Piano Cronicità e PNRR: La buona pratica organizzativa e gestionale del Distretto - 17 giugno 2022*

*Presidenza CARD Italia : Gennaro Volpe, Rosa Borgia, Luciano Pletti – Centro Studi Nazionale : Paolo Da Col, Antonino Trimarchi*



# Le 6 proposte dell'Alleanza

ALLEANZA  
PER  
LA RIFORMA  
DELLE  
CURE PRIMARIE  
IN ITALIA

4. Attivazione, in coordinamento con le COT, del Punto Unico Di Accesso nella logica dell'accoglienza e dell'ascolto, a carattere Sociale e Sanitario (PUA) in ogni Distretto e, in previsione, presso ogni Casa della Comunità contestualmente alla loro attivazione;
5. Implementazione di equipe multiprofessionali a partire dal necessario coinvolgimento delle forme associative strutturate dei Medici di Medicina Generale e dei Pediatri di Libera Scelta (anche per far fronte all'attuale carenza di professionisti), con possibilità di avviare-valorizzare esperienze innovative di assistenza primaria, multiprofessionali, adatte alle cure di prossimità, attente al proprio territorio.
6. Attivazione di percorsi formativi multiprofessionali a livello di ogni Distretto e, dove già attivate, in ogni Casa della Comunità, propedeutici allo sviluppo del lavoro in equipe multiprofessionali, anche avvalendosi di collaborazioni con Università e altre agenzie formative.

*CARD ABRUZZO - Piano Cronicità e PNRR: La buona pratica organizzativa e gestionale del Distretto - 17 giugno 2022*

*Presidenza CARD Italia : Gennaro Volpe, Rosa Borgia, Luciano Pletti – Centro Studi Nazionale : Paolo Da Col, Antonino Trimarchi*



# Principali aspetti del DM71 ritenuti critici dall'Alleanza

- **Viene introdotta una clausola di invarianza finanziaria**, per cui il Decreto va attuato senza nuove risorse finanziarie nell'ambito del livello di finanziamento del Fondo Sanitario Nazionale (FSN), con l'aggiunta delle risorse del PNRR. Ciò non appare realistico in relazione alla riconosciuta inadeguatezza del FSN, considerando anche che il PNRR non prevede investimenti per il personale, con l'eccezione dell'Assistenza Domiciliare.
- **Non chiarisce in modo inequivocabile che devono essere pubbliche e a gestione diretta del SSN, nell'ambito del Distretto, tutte le articolazioni dell'assistenza territoriale** (Case di Comunità, Ospedali di Comunità, COT, assistenza domiciliare, ecc.). Vi è una apertura al “Terzo Settore” che va specificata, vedi il ruolo possibile di Assicurazioni e Mutue con le loro reti convenzionate, e chiarita in quanto potrebbe prefigurare una ulteriore privatizzazione strisciante della sanità pubblica.

*CARD ABRUZZO - Piano Cronicità e PNRR: La buona pratica organizzativa e gestionale del Distretto - 17 giugno 2022*

*Presidenza CARD Italia : Gennaro Volpe, Rosa Borgia, Luciano Pletti – Centro Studi Nazionale : Paolo Da Col, Antonino Trimarchi*



# Principali aspetti del DM71 ritenuti critici dall'Alleanza

- Il volontariato ed il *Terzo Settore* sono considerati in chiave **eminentemente prestazionale**: non se ne riconoscono le potenzialità di innovazione, di anticipazione, di capacità di incarnarsi nella comunità locale creando un “ecosistema” sociale favorevole al miglioramento dei diversi determinanti di salute; appare anche una possibile confusione tra *Terzo Settore* locale e privato profit (che quando di grandi dimensioni sovrasta il livello distrettuale-comunitario).
- Il “privato” viene considerato a prescindere dal fatto che sia profit o non profit, locale o sovra-locale, proprio perché concepito nel solo meccanismo di prestazioni erogate da enti in competizione, anziché di servizi attuati in collaborazione.



# Principali aspetti del DM71 ritenuti critici dall'Alleanza

- È complessivamente orientato al “*sanitario con erogazione di prestazioni*”, anziché a “*salute e benessere dei singoli e della collettività*”. Non si scorge il necessario passaggio dall'approccio ospedaliero (necessario ed efficace per rispondere alle acuzie gravi ma inadatto alla prevenzione e a gestire le cronicità e la fragilità) verso un modello proattivo di promozione e prevenzione della salute nei luoghi di vita, prevedendo il coinvolgimento attivo delle comunità e delle persone, che devono diventare esse stesse protagoniste della propria salute.
- **In altre parole, manca la corretta visione di “*Primary Health Care*” indicata dall'Organizzazione Mondiale della Sanità.**
- In verità tale impostazione è ben espressa nell'introduzione del DM71; purtroppo però non la si ritrova nello sviluppo delle indicazioni organizzative, specialmente per gli argomenti esposti di seguito.

CARD ABRUZZO - Piano Cronicità e PNRR: La buona pratica organizzativa e gestionale del Distretto - 17 giugno 2022

Presidenza CARD Italia : Gennaro Volpe, Rosa Borgia, Luciano Pletti – Centro Studi Nazionale : Paolo Da Col, Antonino Trimarchi



# Principali aspetti del DM71 ritenuti critici dall'Alleanza

- **Mancano l'idea e il processo di “territorializzazione” del SSN:**  
il DM71 afferma infatti che *“il Distretto è un’articolazione organizzativo-funzionale dell’Azienda Sanitaria Locale sul territorio”*; un modello cioè dove i servizi vengono *“calati”* secondo silos organizzativi, anziché venir progettati e costruiti a partire dai bisogni e dalle risorse del territorio. Non viene specificato che il Distretto è innanzitutto un territorio identificato, di dimensione di norma non superiore ai 100.000 abitanti, sulla base di criteri geografici-sociali-esistenziali-organizzativi-epidemiologici, e che in/con/per questo territorio definito va sviluppata l’organizzazione distrettuale, finalizzata a *“territorializzarvi”* il Servizio Sanitario Nazionale.



# Principali aspetti del DM71 ritenuti critici dall'Alleanza

- **Manca l'approccio comunitario:** le attività previste sono infatti orientate alla diagnosi e alla cura dei singoli piuttosto che alla valorizzazione di tutte le risorse locali sociali, scolastiche, lavorative, associative, di vicinato, per promuovere salute nei luoghi di vita, per gestire le cronicità avvalendosi della collaborazione e cooperazione, per contrastare le diseguaglianze in salute con la promozione di una diffusa sensibilità sociale.





# Principali aspetti del DM71 ritenuti critici dall'Alleanza

- Si prevede che la stratificazione della popolazione per la rilevazione dei bisogni, finalizzata alla programmazione e alla presa in carico, sia fatta solo **sulla base dei consumi sanitari**: modalità certamente interessante e ricca di potenzialità, ma che andrebbe integrata attraverso l'apporto delle conoscenze di operatori responsabilizzati in percorsi di governo clinico e salute collettiva, attraverso la visione delle amministrazioni e dei servizi comunali, attraverso il recupero delle conoscenze che le varie componenti della "società civile" possono portare.
- *È fondamentale che la stratificazione dei bisogni della popolazione sia effettuata anche sulla base di indicatori socio-economici oltre che sanitari, valorizzando il ruolo delle amministrazioni e dei servizi comunali e delle componenti della società civile.*



# Principali aspetti del DM71 ritenuti critici dall'Alleanza

- La stratificazione dei bisogni deve consentire **una programmazione che parta dal lato della “domanda”** dei cittadini **analizzata sia in base a dati epidemiologici in essere e in divenire, che tramite sistemi di valutazione dei “bisogni complessi”** da parte delle UVMD, tramite l'applicazione di **sistemi di valutazione unitari e univoci**, come indicato nel PNRR stesso, in tutte le Regioni, in tutte le ASL ed in tutti i Distretti sociosanitari.
- **Il non coinvolgimento dei Comuni porterebbe al non riconoscimento del potenziale apporto alla salute dei singoli e delle comunità di ciò che è esterno ai servizi propriamente sanitari.**



# Principali aspetti del DM71 ritenuti critici dall'Alleanza

- **Manca l'indicazione della centralità e necessità del lavoro in equipe multiprofessionali e soprattutto di come queste debbano funzionare.** Solo così si possono garantire risposte globali e personalizzate, orientate a produrre salute e benessere anche quando si deve convivere con disabilità e cronicità. Solo così è possibile evitare che siano le persone, le famiglie, i gruppi sociali, a doversi "arrangiare" per ricomporre le prestazioni delle diverse figure professionali e delle diverse forniture di prodotti sanitari.
- *Sarebbe necessario specificare in dettaglio come e da chi debbano essere composte le equipe multi professionali a cui compete l'erogazione dell'assistenza primaria e che non devono essere previste unità mono-professionali. In tal senso, infermieri, medici di medicina generale e pediatri di libera scelta dovrebbero operare nell'ambito delle equipe multi-professionali, svolgendo interamente la loro attività nell'ambito delle Case della Comunità o di articolazioni territoriali delle stesse.*



# Principali aspetti del DM71 ritenuti critici dall'Alleanza

- **Si prevedono settori-professioni tra loro separati, autonomi e tendenzialmente autosufficienti.** Come questi (medici di famiglia o specialisti, infermieri di famiglia e comunità, assistenza domiciliare, ospedale di comunità, cure palliative, consultorio familiare, attività psicologiche, attività di prevenzione, ...) si connettano all'interno delle Case della Comunità non risulta chiaro. Si rende ipotizzabile che addirittura possano funzionare come entità appaltabili all'esterno.
- La strutturazione prevista per ciascuno appare rigida, di tipo ospedaliero, non in una prospettiva territoriale. Manca cioè il come la Casa della Comunità diventi perno di tutti gli attori nel territorio di riferimento. E non sembra casuale che l'obiettivo principale indicato nel DM71 sia la riduzione del numero di accessi al pronto soccorso e al ricovero, non il produrre salute.

*CARD ABRUZZO - Piano Cronicità e PNRR: La buona pratica organizzativa e gestionale del Distretto - 17 giugno 2022*

*Presidenza CARD Italia : Gennaro Volpe, Rosa Borgia, Luciano Pletti – Centro Studi Nazionale : Paolo Da Col, Antonino Trimarchi*



# Principali aspetti del DM71 ritenuti critici dall'Alleanza

- **L'assistenza domiciliare rimane affidata all'Assistenza Domiciliare Integrata** intesa non come modalità di intervento (socio-sanitario integrato) ma piuttosto come servizio separato, erogato da soggetti non meglio specificati, che in molte Regioni sono ormai enti privati, senza prevederne il superamento mediante l'integrazione dell'assistenza domiciliare tra i compiti delle équipe multiprofessionali delle cure primarie.
- **Viene dedicato uno specifico capitolo solo all'Infermiere di Famiglia o di Comunità** (perché "o" e non "e"?) senza indicare come questi si connetta nelle équipe multiprofessionali, mentre le tante altre professioni sono solo marginalmente e parzialmente menzionate.
- **Non viene esplicitato come i medici (ed i pediatri) di famiglia si connettano all'insieme:** non è disegnato il loro ruolo benché, attraverso il loro compito di prescrivere farmaci e indagini, sia in posizione baricentrica, principale chiave di accesso al Servizio Sanitario. In particolare, il DM71 non dice come si connettono alle équipe multiprofessionali. Il rischio è che rimangano ancora di fatto esterni, addirittura controparte, al sistema distrettuale, quand'anche svolgano la propria attività in toto o in parte all'interno della Casa della Comunità.



# Take Home

***Costruiamo futuri  
dove  
la Cura  
l'Amore  
abbiano casa  
Dove il Cielo  
tocchi Terra***



# Appendice

La natura siamo noi:

ecco l'epoca  
del «**Koinocene**»

Adriano Favole



Ricordate gli animali selvatici in città, volpi, cinghiali, cervi? Il canto degli uccelli tra i palazzi? I cieli improvvisamente tersi, i canali di Venezia limpidi e ricchi di pesci? Il primo duro confinamento, un anno fa, aveva aperto uno squarcio nell'Antropocene. Animali e *presenze* non umane come le acque cristalline e l'aria pura avevano fatto irruzione nelle nostre vite.

Da qualche tempo, la parola Antropocene è diventata di uso comune. Indica l'epoca in cui **l'essere umano è diventato così potente e arrogante** da incidere persino il destino geologico della Terra. Le nostre economie insostenibili stanno cambiando il clima, forse in modo irreversibile.

Non è detto che la tragedia della pandemia ci faccia riaprire gli occhi. Forse siamo semplicemente in attesa di riprendere la nostra insostenibile normalità. Eppure, già prima del virus, movimenti come Fridays for Future lasciavano intravedere il sorgere di un **nuovo pensiero ambientalista**.

Si tratta di un'utopia che ha radici antiche e forse apre scenari di futuro.

**Potremmo chiamarla Koinocene**, una nuova era in cui l'essere umano saprà riconoscere la «somiglianza», la «comunanza», la «partecipazione», le «relazioni» (tutti termini racchiusi nel sostantivo greco *koinotes* e nell'aggettivo *koinos*) tra tutti gli esseri viventi e non viventi che abitano il pianeta.

*Il «nuovo» ambientalismo non è più la difesa di una Natura intesa come «altro» dall'uomo, quanto piuttosto la richiesta di riconoscimento dell'interdipendenza tra gli abitanti di Gaia, la Terra, umani e non umani.*

Come ha scritto l'antropologo Philippe Descola, è tempo di andare *Oltre natura e cultura* (Raffaello Cortina, 2021), recuperando e rivitalizzando le ecologie di quei popoli che hanno pensato l'essere umano *in relazione* al pianeta e non come un'eccezione.