



CONVEGNO CARD TRIVENETO

IL MANAGEMENT DI INIZIATIVA

Di fronte alla sfida dell'integrazione
istituzionale organizzativa
e assistenziale.

Udine, 13 ottobre 2017



***Home care - cure
(appropriate) a
casa : oggi e
domani,
meglio e di più***

***Paolo Da Col
Responsabile Centro Studi
CARD ITALIA Area cure
domiciliare***

pg.dacol@gmail.com

.... curare a casa... meglio e di più....
chi lo dice ?

- ***NOI***

- ***Altri***

- ***di area «molto pubblica»***

- ***di area «molto privata»***



Ministero della Salute

DIREZIONE GENERALE DELLA PROGRAMMAZIONE SANITARIA

Piano Nazionale della Cronicità

Accordo tra lo Stato, le Regioni e le Province Autonome di Trento e di
Bolzano del 15 settembre 2016

PARTE PRIMA

A) Il disegno complessivo

1. Definizioni, epidemiologia, costi
2. Differenti bisogni della persona con malattia cronica
3. Le premesse per una gestione efficace, efficiente e centrata sui pazienti
4. Il sistema assistenziale
5. La strutturazione di percorsi assistenziali per la cronicità

B) Gli elementi chiave di gestione della cronicità

1. Aderenza
2. Appropriatelyzza
3. Prevenzione
4. Cure domiciliari
5. Informazione, educazione, empowerment
6. Conoscenza e competenza

PARTE SECONDA

1. Malattie renali croniche e insufficienza renale
2. Artrite reumatoide e artriti croniche in età evolutiva
3. Rettocolite ulcerosa e malattia di Crohn
4. Insufficienza cardiaca cronica
5. Malattia di Parkinson e parkinsonismi
6. BPCO e insufficienza respiratoria cronica
7. Insufficienza respiratoria in età evolutiva
8. Asma in età evolutiva
9. Malattie endocrine in età evolutiva
10. Malattie renali croniche in età evolutiva

Messaggio chiave:

mantenere il più possibile la persona malata al suo domicilio e impedire o comunque ridurre il rischio di istituzionalizzazione

«l'impegno del SSN è volto a privilegiare, ove possibile, le cure domiciliari rispetto all'istituzionalizzazione»

Le cure domiciliari: cinque obiettivi principali

- 1. l'assistenza a persone con patologie trattabili a domicilio al fine di evitare il ricorso inappropriato al ricovero in ospedale o ad altra struttura residenziale;*
- 2. la continuità assistenziale per i dimessi dalle strutture sanitarie con necessità di prosecuzione delle cure;*
- 3. il supporto alla famiglia;*
- 4. il recupero delle capacità residue di autonomia e di relazione;*
- 5. il miglioramento della qualità di vita anche nella fase terminale*

MACRO ATTIVITA'

- Riorganizzazione delle attività dei MMG
- Rete assistenziale a forte integrazione sul territorio
- Adozione di percorsi assistenziali
- Reti specialistiche multidisciplinari e team professionali dedicati
- Potenziamento dell'assistenza sul territorio
- Welfare di comunità ed integrazione socio-sanitaria
- Assistenza domiciliare integrata
- Assistenza presso le strutture residenziali e i centri diurni
- Assistenza ospedaliera finalizzata alla gestione della cronicità

LINEE DI INTERVENTO PROPOSTE

1. promuovere un approccio che favorisca il benessere delle persone con cronicità, attraverso modelli di welfare di comunità, evitando la medicalizzazione dei disagi e delle fragilità sociali
2. sostenere interventi volti a garantire il diritto di fruizione dei servizi e delle prestazioni e l'equità di accesso alle reti sanitarie, socio sanitarie, socio assistenziali
3. implementare la diffusione di procedure di presa in carico unitarie e dei punti unici di accesso (PIA) presso i Distretti sanitari
4. potenziare e migliorare il servizio di assistenza domiciliare integrata da parte dei servizi
5. garantire un'assistenza adeguata presso le strutture residenziali e semiresidenziali extraospedaliere
6. integrare e potenziare le forme di sussidiarietà orizzontali e verticali tra i vari attori istituzionali

DISUGUAGLIANZE SOCIALI FRAGILITÀ E/O VULNERABILITÀ

OBIETTIVO

Garantire pari opportunità di accesso ad un'assistenza di qualità, con particolare attenzione alle disuguaglianze sociali e alle condizioni di disagio e/o vulnerabilità sociale, sia per le persone a rischio che per quelle affette da patologie croniche

RISULTATI ATTESI

- Incremento di iniziative finalizzate a facilitare l'accesso all'assistenza delle persone in contesti sociali difficili
- Implementazione di modelli e strumenti per favorire la formazione dei pazienti e dei caregiver
- Potenziamento dell' ADI per i soggetti in condizioni di disagio sociale

LINEE DI INTERVENTO PROPOSTE

1. promuovere l'efficacia delle cure e l'accessibilità all'assistenza per le persone con cronicità, migliorando le capacità di gestione in condizioni di disagio e/o vulnerabilità o in contesti sociali difficili
2. definire specifici percorsi assistenziali con integrazione socio-sanitaria e coinvolgimento dei servizi sociali per supportare gli interventi in caso di persone vulnerabili e/o in contesti sociali difficili
3. potenziare l'assistenza domiciliare integrata per le condizioni di fragilità e di difficoltà sociale anche con l'impiego appropriato dei mediatori culturali al fine di superare le barriere culturali e linguistiche
4. realizzare progetti a supporto delle condizioni di disagio sociale (minori, anziani, disabilità fisica e/o psichiatrica, svantaggio socio-culturale e/o economico);
5. favorire la diffusione e l'utilizzo di strumenti di valutazione multidimensionale omogenei sul territorio nazionale, per la definizione dei bisogni di assistenza socio-sanitaria del malato cronico
6. realizzare attività di formazione e informazione dei pazienti e delle loro famiglie, con particolare riferimento alle condizioni di disagio e/o vulnerabilità e ai contesti sociali difficili

SANITÀ DIGITALE

- SISTEMI INFORMATIVI INTEGRATI
- TELEMEDICINA
- WEB E SALUTE

OBIETTIVO

Promuovere l'impiego di modelli, tecniche e strumenti della sanità digitale nella gestione della cronicità al fine di garantire continuità e migliore qualità dell'assistenza, migliore efficacia, efficienza e appropriatezza

LINEE DI INTERVENTO PROPOSTE

1. sperimentare modelli di assistenza che riescano a coniugare soluzioni tecnologiche con i bisogni di salute del paziente (Teleassistenza domiciliare, Teleconsulto specialistico, telemonitoraggio medico, Telesorveglianza, Telecontrollo, Telesoccorso, Teleallarme);
2. analizzare modelli, processi e modalità di integrazione dei servizi di telemedicina nella pratica clinica;
3. diffondere nei cittadini, nei pazienti, negli operatori e nelle istituzioni la cultura della telemedicina;
4. potenziare percorsi di formazione e aggiornamento continuo per gli operatori dei servizi di telemedicina;
5. produrre studi di fattibilità e di analisi costo-beneficio e condividere le esperienze in telemedicina.

RISULTATI ATTESI

- Implementazione dei servizi di telemedicina;
- Incremento di modelli di assistenza che sappiano coniugare soluzioni tecnologiche con i bisogni di salute del paziente-persona.

Un'iniziativa sostenuta da Amgen, MSD, Pfizer e Sanofi



MERIDIANO SANITÀ

Le coordinate della salute



The European House
Ambrosetti

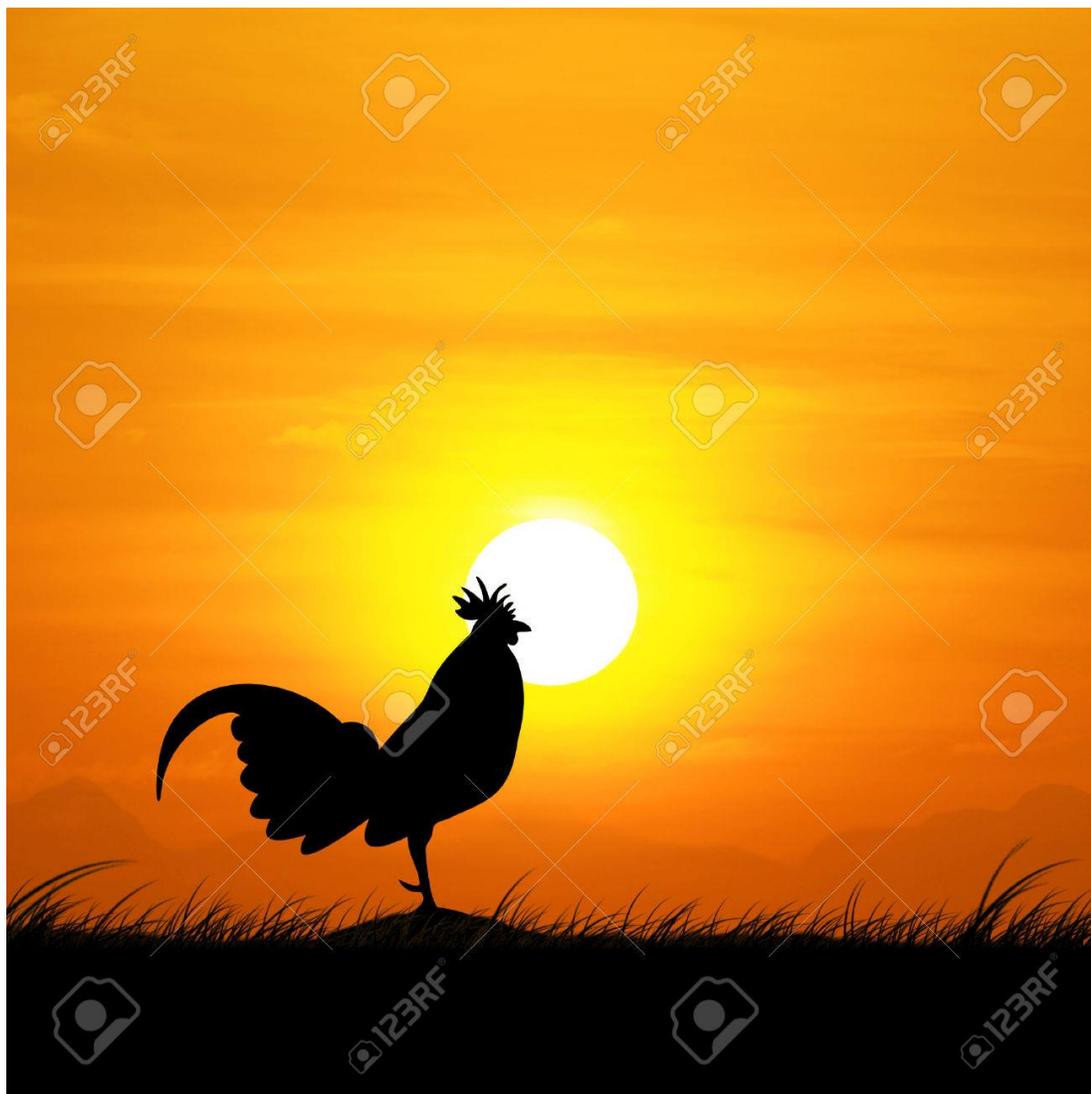
Con il contributo di Eli Lilly,
Sanofi Pasteur MSD e Vree Health

Si ringrazia Farindustria

Tra le principali novità introdotte vi sono l'attenzione ai bisogni globali dei pazienti, l'integrazione dell'assistenza primaria, la continuità assistenziale modulata sulla base dello stadio evolutivo della malattia, **il potenziamento delle cure domiciliari e la telemedicina.**

Al fine di passare concretamente dalla programmazione all'implementazione del Piano, **Meridiano Sanità** di dare priorità alle seguenti azioni:

- - Avviare **progetti sperimentali a livello regionale e locale**, anche favorendo le collaborazioni pubblico-privato, per realizzare PDTA costruiti con la logica dell'Health Pathway Design, ovvero organizzando l'erogazione dei servizi e delle prestazioni in modo da massimizzare il valore per il paziente, ossia il rapporto fra outcome e costi riferibili al percorso (e non al singolo episodio di cura o alla singola tecnologia).
- - Introdurre tra gli **strumenti di monitoraggio** indicati nel Piano Nazionale della Cronicità **indicatori** dell'accesso effettivo all'innovazione farmacologica (ad esempio la percentuale di pazienti trattati con farmaci registrati negli ultimi 12 mesi) e stabilire degli obiettivi da raggiungere per garantire ai pazienti l'accesso rapido e omogeneo sul territorio nazionale delle migliori soluzioni terapeutiche disponibili.
- - Diffondere gli strumenti di sanità digitale, **telemedicina e mobile, per migliorare l'accessibilità e garantire la continuità delle cure.**Cogliere le opportunità offerte dalla digitalizzazione delle attività e dei processi e dalla gestione dei Big Data in sanità, per migliorare l'efficacia e l'efficienza dello studio, monitoraggio, prevenzione e cura delle patologie croniche.



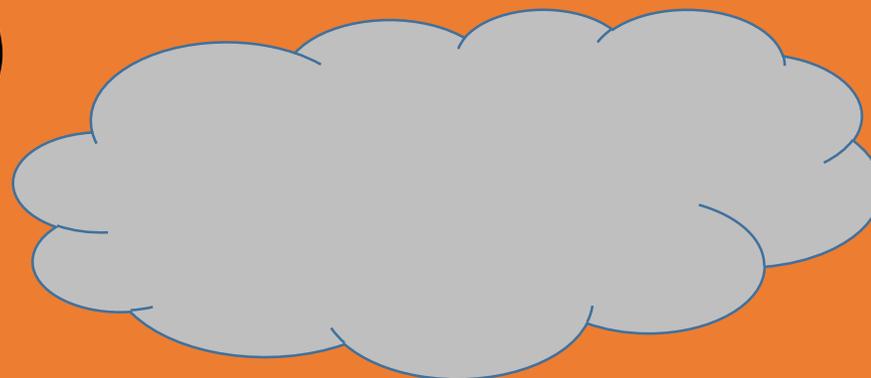
**Sorgerà finalmente il sole per le cure
domiciliari ?
Questi fatti accadranno
DAVVERO ?**



....meglio e di più

Rispetto a quale stato attuale ? !

**COME FUNZIONA OGGI IL SISTEMA DI
CURE DOMICILIARI ? ! (quale intensità e
copertura ?)**

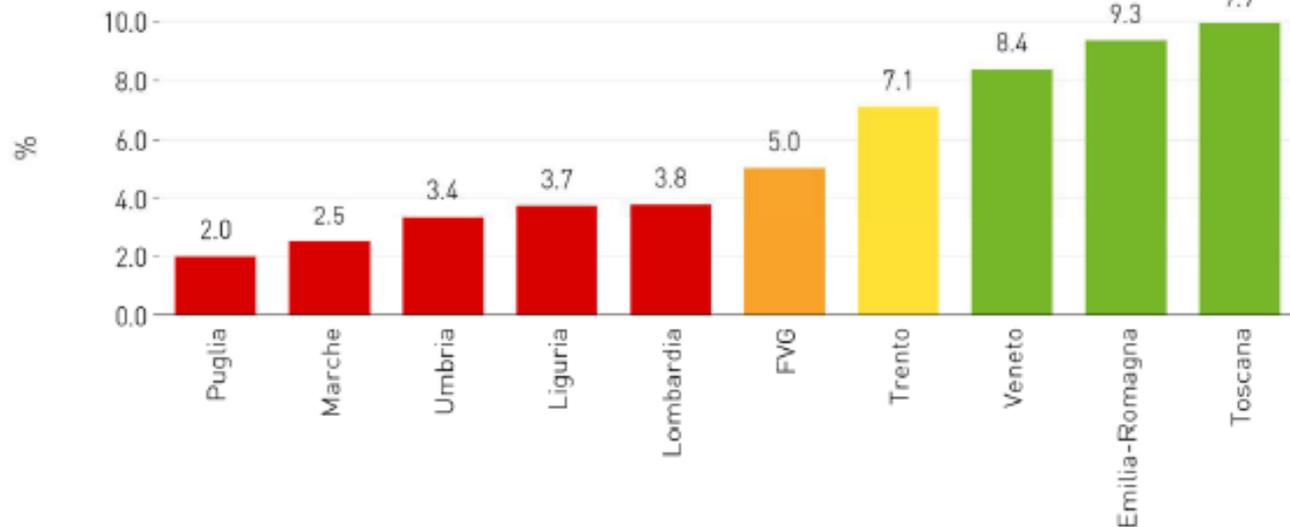


Copertura dei servizi di assistenza domiciliare integrata (ADI) per utenti anziani (65+ anni) (% su popolazione 65+) e intensità per utente anziano (media ore annuali per utente 65+) (anni 2007-2013)

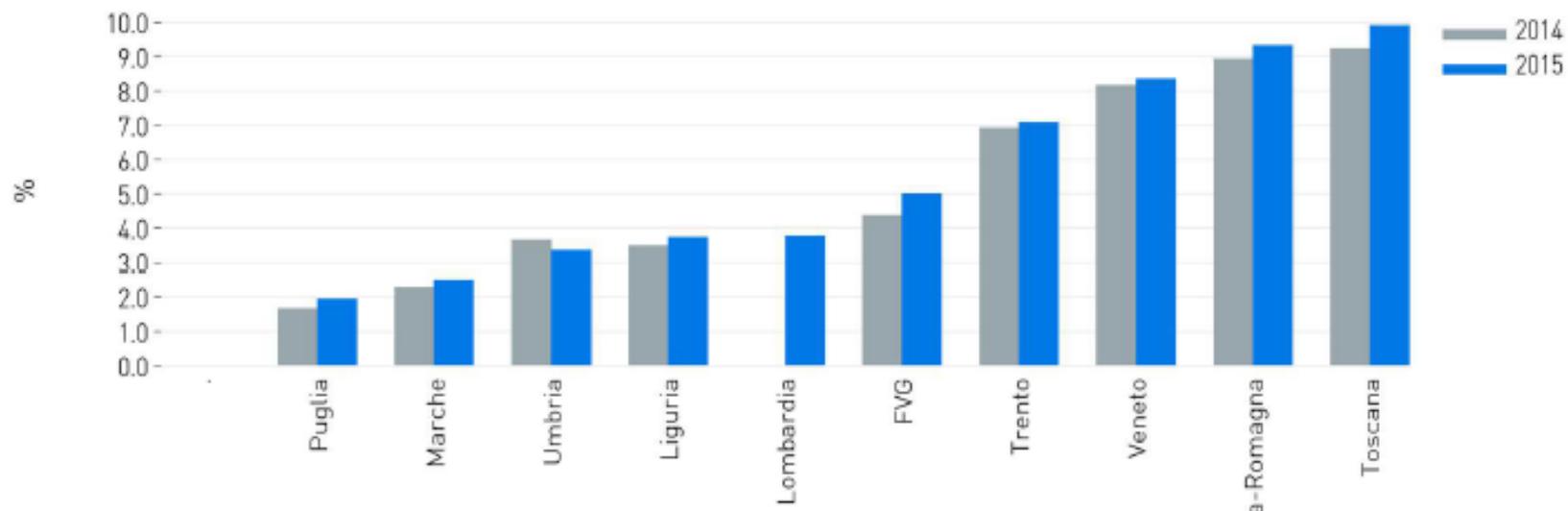
Regioni	2007		2013		Δ 2007-2013	
	Utenti (%)	Ore per utente	Utenti (%)	Ore per utente	Δ Utenti (%)	Δ Ore per utente (%)
Piemonte	1,8	20	2,6	13	+0,8	-36
Valle d'Aosta	0,3	177	0,3	39	=	-78
Lombardia	3,7	16	3,8	18	+0,1	+13
Liguria	3,3	21	3,4	29	+0,1	+37
Trentino-Alto Adige	0,8	n.d.	2,0	n.d.	+1,2	n.d.
<i>P.A. Bolzano</i>	<i>0,6</i>	<i>n.d.</i>	<i>0,4</i>	<i>n.d.</i>	<i>-0,2</i>	<i>n.d.</i>
<i>P.A. Trento</i>	<i>1,0</i>	<i>21</i>	<i>3,5</i>	<i>12</i>	<i>+2,5</i>	<i>-41</i>
Veneto	6,4	9	5,7	9	-0,7	-1
Friuli-Venezia Giulia	7,3	7	6,9	7	-0,4	-6
Emilia-Romagna	5,7	21	10,4	12	+4,7	-41
Toscana	2,1	22	10,6	8	+8,5	-65
Umbria	4,4	35	4,3	23	-0,1	-34
Marche	3,9	27	2,9	27	-1,0	+1
Lazio	4,0	18	4,8	17	+0,8	-6
Abruzzo	3,7	21	5,4	31	+1,7	+48
Molise	3,8	19	3,9	50	+0,1	+161
Campania	1,7	44	3,1	32	+1,4	-28
Puglia	1,6	48	2,3	39	+0,7	-19
Basilicata	4,4	42	6,3	44	+1,9	+5
Calabria	2,8	14	2,9	22	+0,1	+54
Sicilia	1,0	31	4,1	27	+3,1	-14
Sardegna	1,2	68	2,7	23	+1,5	-66
ITALIA	3,3	20	4,8	17	+1,5	-15

Fonte: ns. elaborazioni su dati Ministero della Salute e ISTAT.

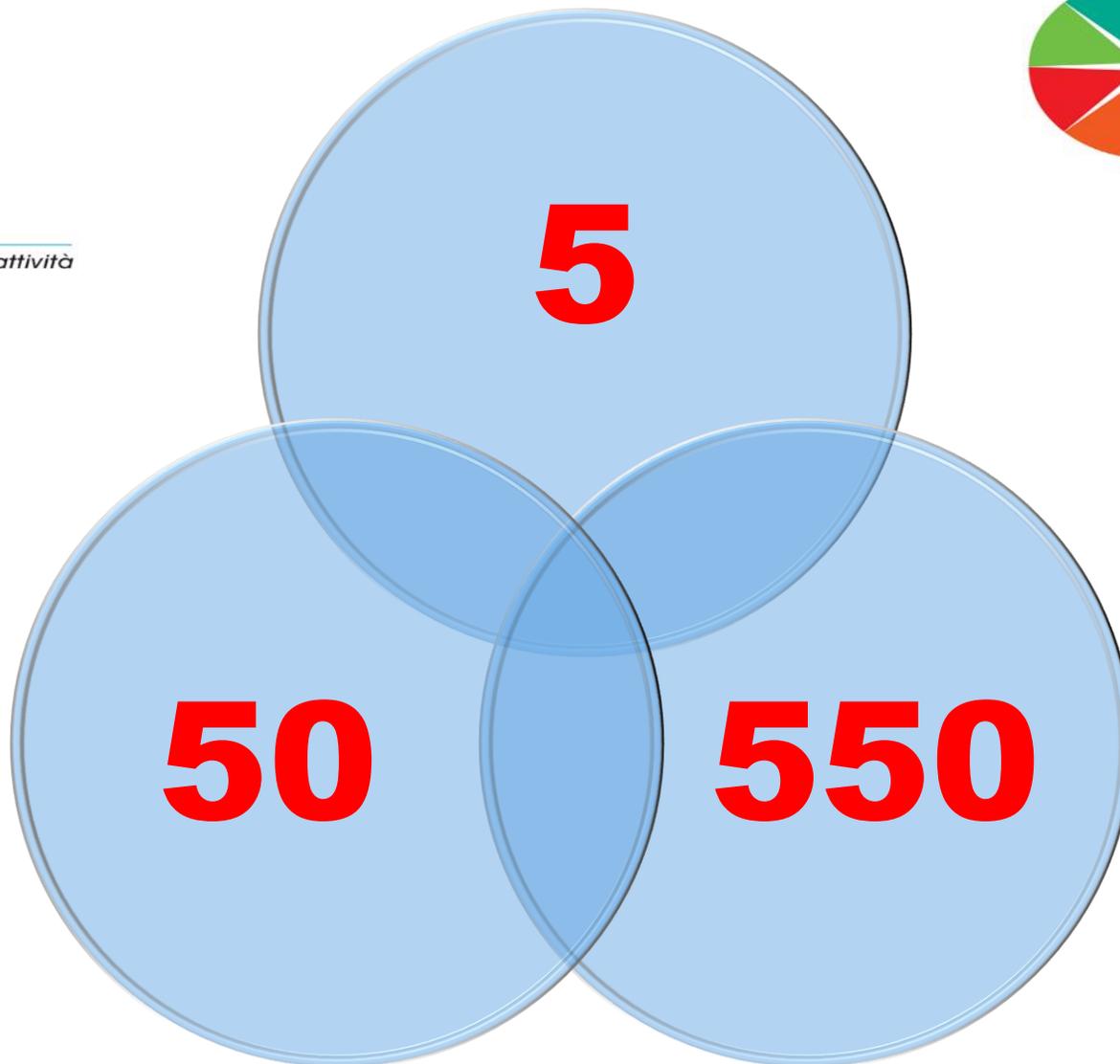
B28.1.2 - Percentuale di anziani in Cure Domiciliari con valutazione



B28.1.2 - Percentuale di anziani in Cure Domiciliari con valutazione



IDEA PROPOSTA (di ragionamento)





5 anni

50 operatori ADI / Distretto

550 Distretti in Italia



5

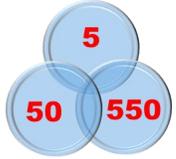
- Gli anni del percorso per dotare ogni territorio (100.000 ab.) di nuovi servizi distrettuali di ASSISTENZA DOMICILIARE INTEGRATA (home care)

50 (*75)

- 20 infermieri
- 10 OSS
- 10 fisioterapisti
- 10 MD (2 dip, 8 MMG)
- (* + 50% se il Distretto è a bassa densità di popolazione)

550

- I DISTRETTI considerati in tutta Italia, di cui:
- 400 a «media» densità pop.
- 150 a «bassa» densità



**IN
OGNI
TERRITORIO
DEL PAESE**



RISULTATI ATTESI



- + concreta attenzione alle persone, famiglie, comunità

- + copertura & + intensità => risposte + appropriate e flessibili ai bisogni (oltre NA) => + qualità della spesa; + lavoro (moltiplicatore di reddito)

- +++ equilibrio tra cure ospedaliere, ambulatoriali, residenziali e domiciliari

>> apertura di nuovi spazi di offerta domiciliare e residenziale (riempie un vuoto)

RISULTATI ATTESI – INDICATORI POSSIBILI



*Cfr vs
tempo
definito,
ad es. 5 aa
precedenti*

- 50%

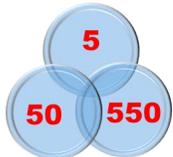
- n° ricoveri totali in ospedale per tutte le patologie comprese nel Piano Nazionale Cronicità nella pop. residente di tutti i Distretti delle singole Regioni

- 50%

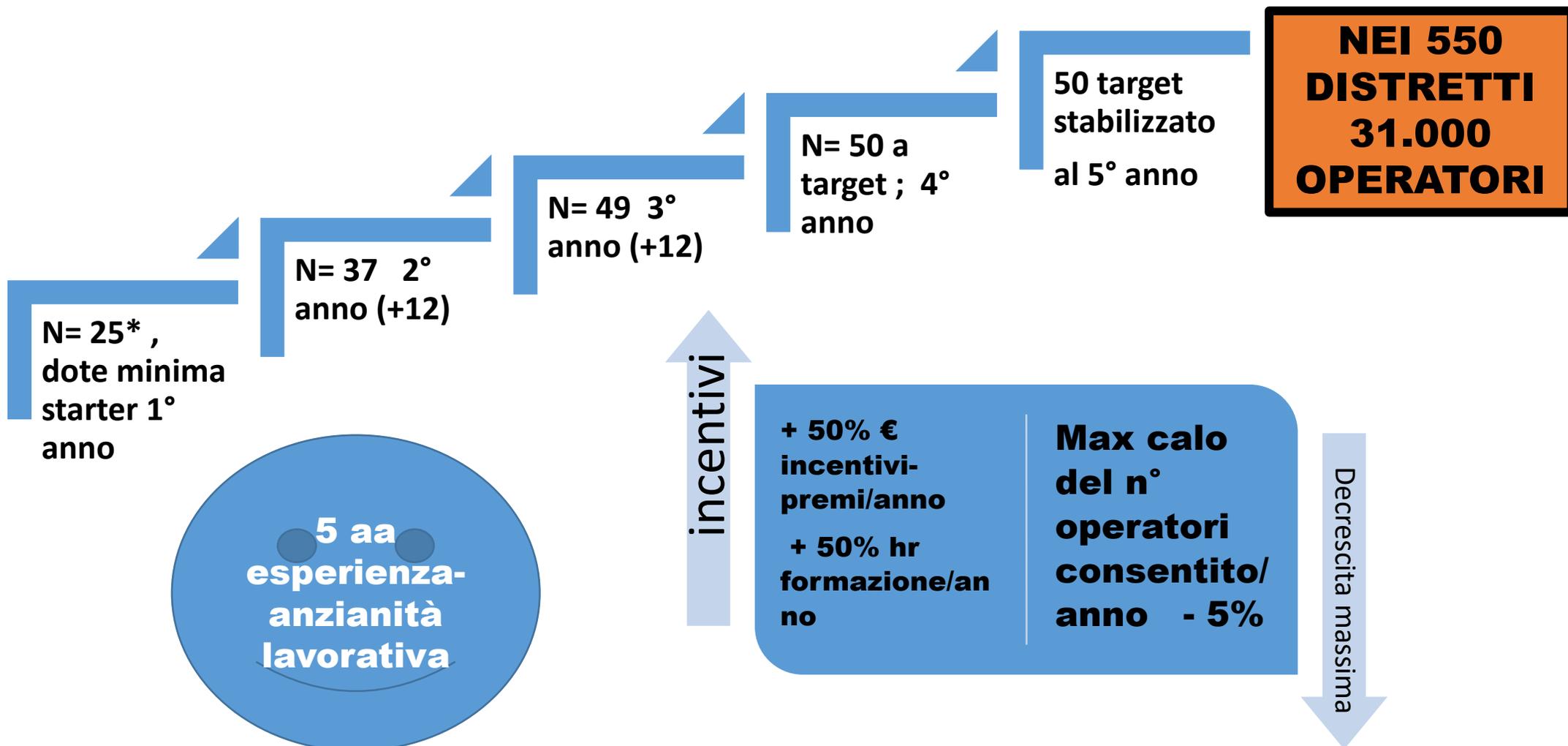
- n° ricoveri ripetuti in H (es. 5 negli ultimi 5 aa) nella popolazione target; - 50% anche i ricoveri permanenti in casa di riposo

- 50%

- n° totale accessi in PS + n° tot. ricoveri in H nei pazienti target > 80 anni età (per considerare la comorbidità, oltre le singole patologie specifiche del PNC)



Dotazione di personale iniziale (50%) e progressione di crescita (+50%/anno)





PROGETTO CARD 5 50 550	MEDICI	INF.+OSS	RIAB	TOT
IN 550 DISTRETTI - proposta CARD per ADI nuova (valori arr)	6.250	18.750	6.250	31.250
IN 550 DISTRETTI - stima reali nuove assunzioni (65%, 35% già ESISTENTI)	4.063	12.188	4.063	20.313
TOT. SSN	MEDICI	INF.	RIAB	tutti i ruoli
in 143 ASL e H a gestione diretta ASL	68.884	166.325	15.053	417.288
in 558 STRUTTURE DI RICOVERO pubbliche ed equiparate alle pubbliche	103.178	243.556	13.405	547.594

← teorico

← reale

Qui i DISTRETTI ? →

SOLO OSPED. →

	nei 400 distretti	costi	distretti	costi	tot gen 550 distretti
n° tot inf				200,00	€ 500.000.000,00
oss				0	€ 250.000.000,00
mi					€ 218.750.000,00
32				7.800.000,00	€ 105.000.000,00
tot gen	20.000	€ 687.200.000,00	11.250	€ 386.550.000,00	€ 1.073.750.000,00
tot. gen.	31.000 addetti ai nuovi servizi in 550 Distretti				€ 1.100.000.000,00
tot. vero (65%)	21.000 addetti ai nuovi servizi in 550 Distretti				€ 715.000.000,00

**incremento 1 %
vs attuale budget 1%
(di 112 mld SSN)**

vs 34 mld € di
costi del solo
personale SSN
(= 2%)



SPESE PER INVESTIMENTI in **5 - 50 - 550**

50.000 € in ICT
(telemonitoring
vitale ed
ambientale)

5.000 € per web
electronic personal
record

**RISULTATO ATTESO: 50 utilizzatori in percorsi di cura short-term
+ altri 50 in percorsi long-term**

**.... « NO ! IMPOSSIBILE ! PAZZESCO
! PROPOSTA SCONSIDERATA,
IRRESPONSABILE «**

- «Non ci sono risorse..»**
- «...e non possiamo aumentare la
spesa e quindi il debito pubblico !!!«**



- 1. La proposta produrrà risparmi (+ EFFICIENZA) e riconversioni della spesa**
- 2. Potrà generare forme di finanziamento innovativo (mix pubblico + privato)**
- 3. Avremo ricadute globali molto positive (++lavoro ! +++Inclusione !...)**

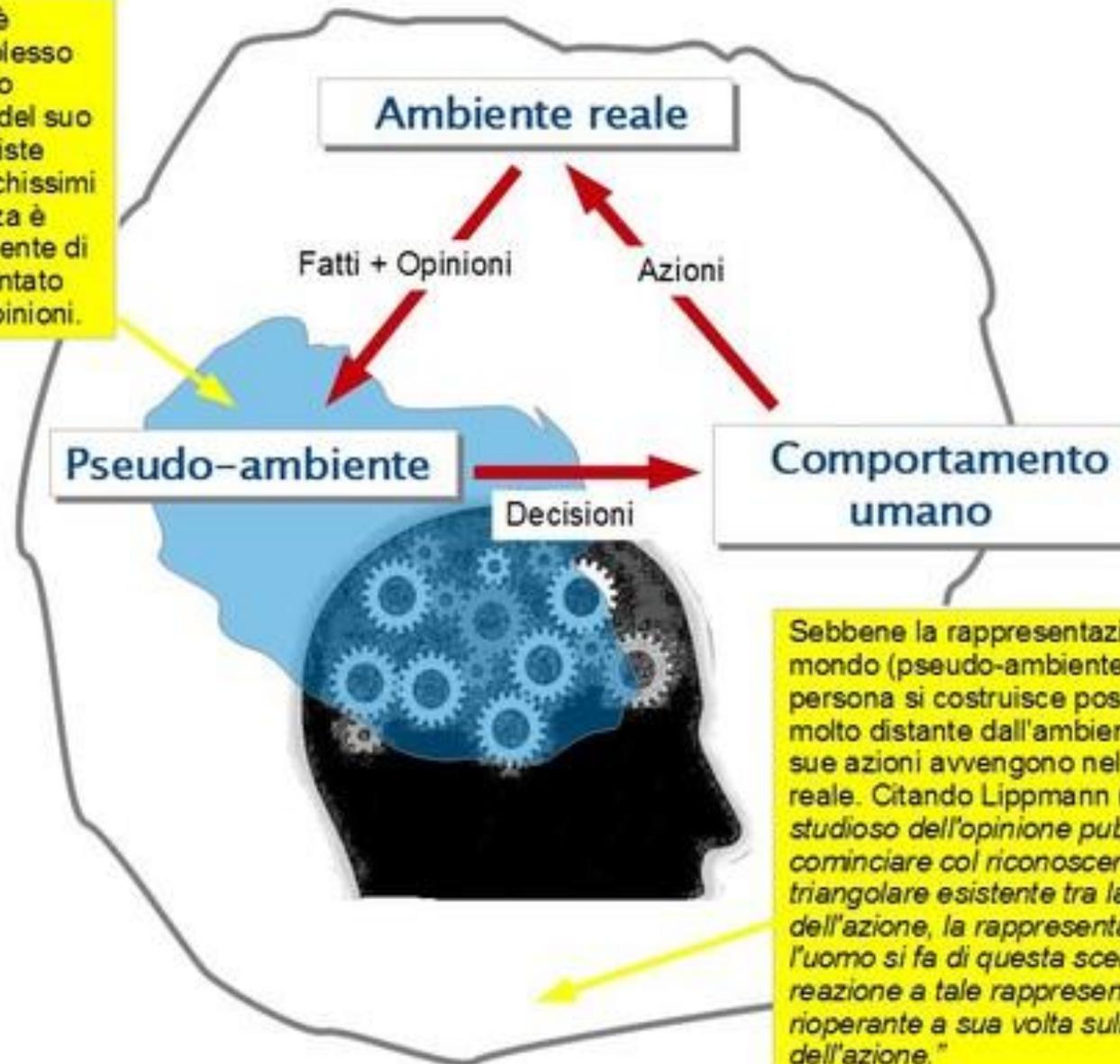
.....e molto altro,

QUINDI

questa proposta NON è irresponsabile.

Ma il contrario !

L'ambiente sociale è diventato così complesso da impedire all'uomo l'esperienza diretta del suo mondo. L'uomo assiste "direttamente" a pochissimi fatti. La conseguenza è che lo pseudo-ambiente di ognuno viene alimentato quasi soltanto da opinioni.

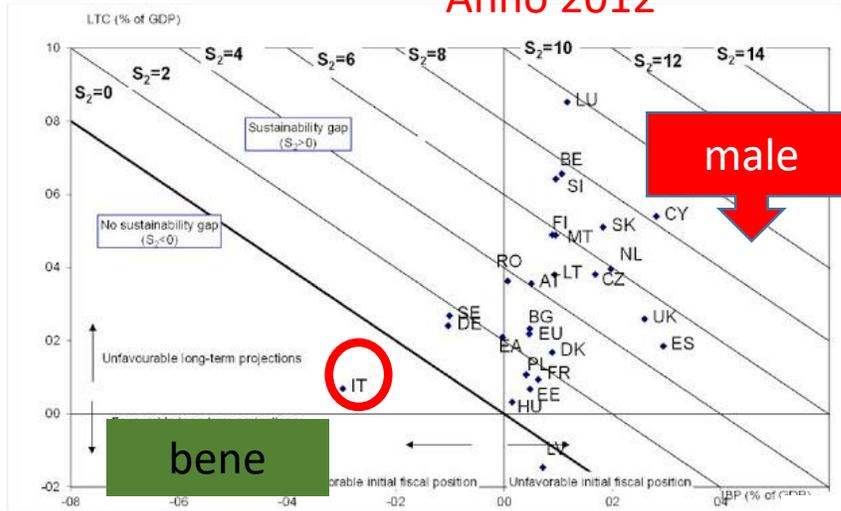


Sebbene la rappresentazione del mondo (pseudo-ambiente) che ogni persona si costruisce possa essere molto distante dall'ambiente reale, le sue azioni avvengono nel mondo reale. Citando Lippmann (p.14): "Lo studioso dell'opinione pubblica deve cominciare col riconoscere il rapporto triangolare esistente tra la scena dell'azione, la rappresentazione che l'uomo si fa di questa scena e la reazione a tale rappresentazione, rioperante a sua volta sulla scena dell'azione."

**responsabile è chi cerca la verità
con i fatti, e questa è diversa da
come ce la racconta il
mainstream....**

**L'ITALIA E' PRIMA IN EUROPA PER
SOSTENIBILITA'!**

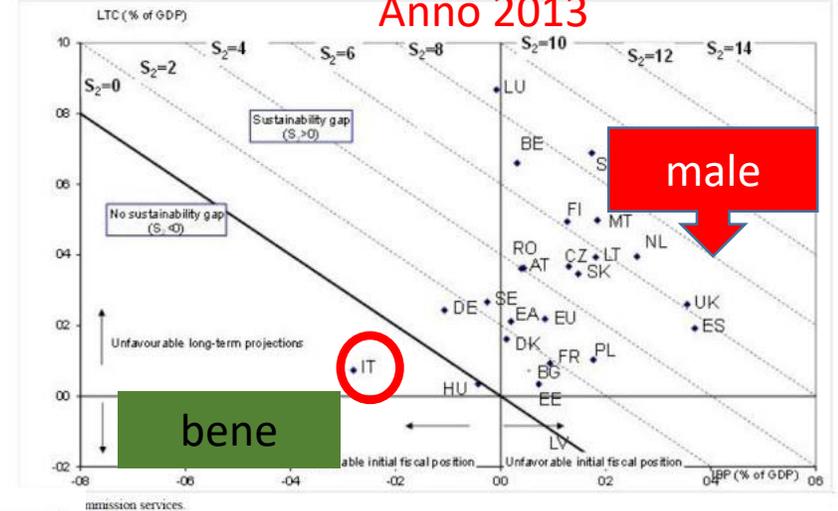
Anno 2012



Source: Commission services.

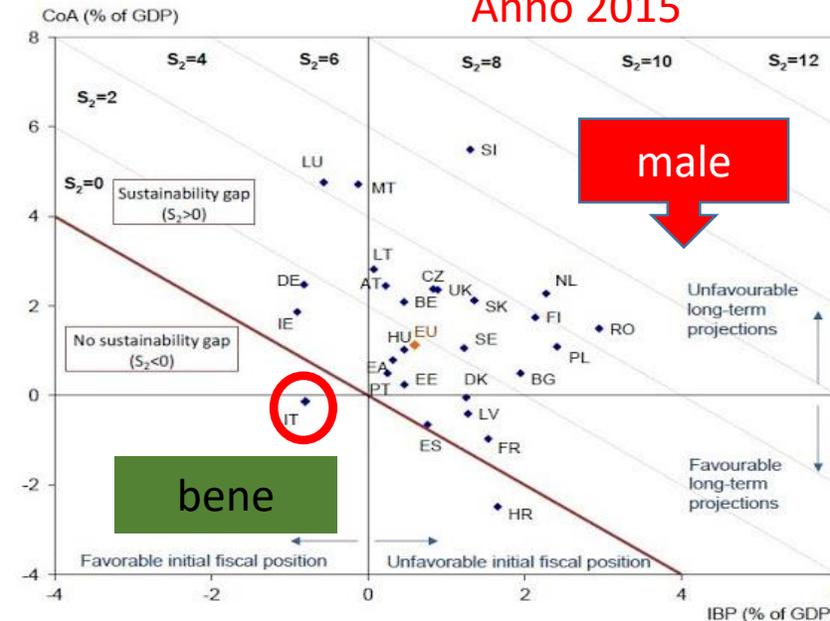
Grafici dell'indicatore di sostenibilità del debito lungo a lungo termine (cioè comprensivo delle passività implicite determinate dal sistema pensionistico), tratto da edizioni successive del Fiscal Sustainability Report della Commissione Europea

Anno 2013



Graph 4.7: The EU countries map across the S2 components

Anno 2015



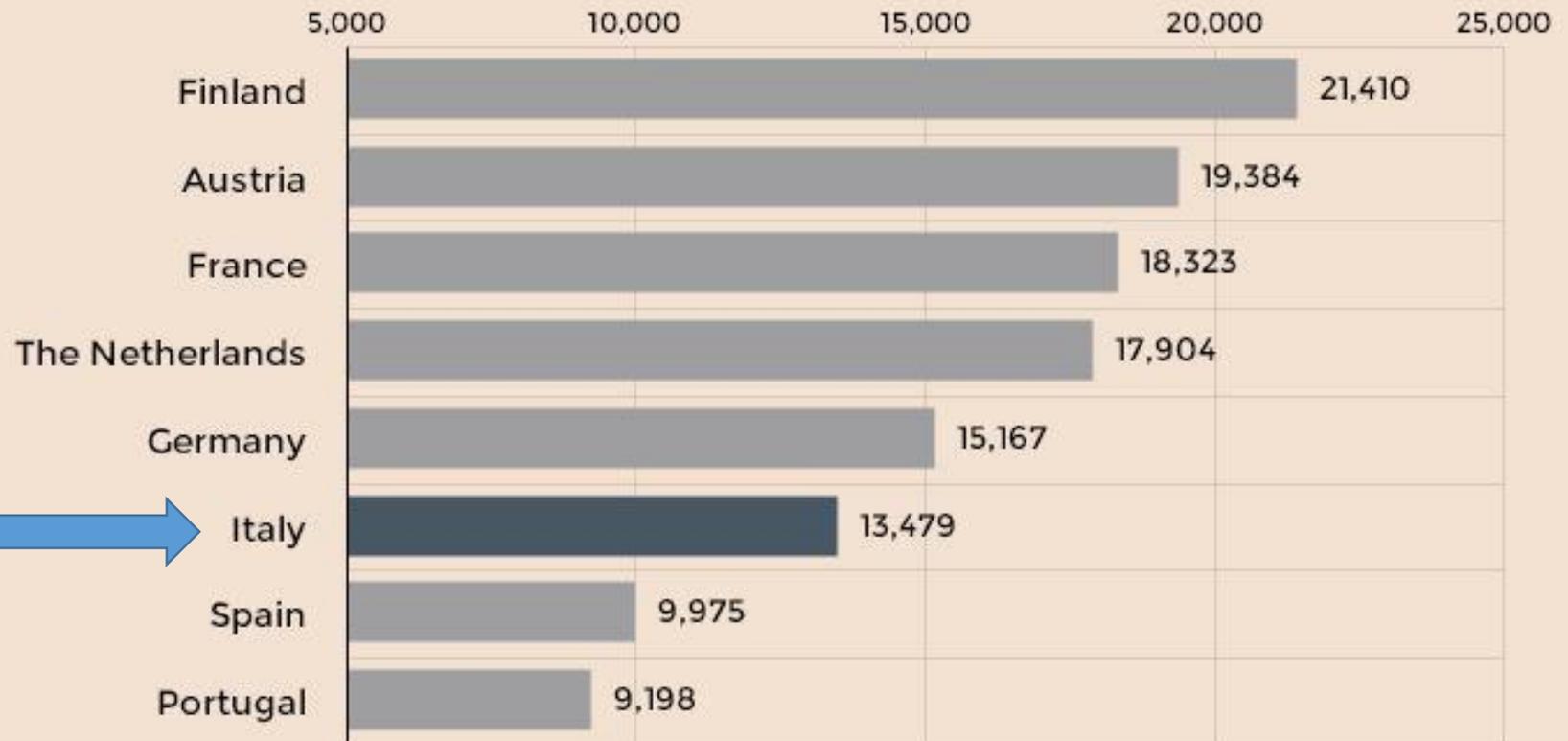
Source: Commission services.

<http://goofynomics.blogspot.it/2016/12/eugenetica-pensionista.html>

Italy has one of the lowest public expenditure per person in Europe

GOVERNMENT PER CAPITA EXPENDITURE IN MAJOR COUNTRIES OF THE EURO AREA IN 2013

In €. (Source: Eurostat)



«TROPPIA
SPESA
PUBBLICA
IN ITALIA»

Dall'esame dei dati OCSE 2011, quindi dalla fonte sopra linkata, prendiamo queste osservazioni:

*"Contrariamente a quanto ritiene gran parte dell'opinione pubblica, i dipendenti pubblici in Italia non sono troppi: sono troppo pochi. Nel 2011 (dati OECD) in Italia c'erano 3.435.000 dipendenti pubblici (di cui 320.000 precari, tra collaboratori e partite IVA), contro i 6.217.000 della Francia e i 5.785.000 del Regno Unito, paesi con una popolazione molto simile a quella dell'Italia e un pil non troppo superiore. Anche in Spagna e negli Stati Uniti i dipendenti pubblici pro capite sono più numerosi che in Italia (rispettivamente 65.6 e 71.1 per mille abitanti, contro i 56.9 dell'Italia). **Solo il dato tedesco è apparentemente simile a quello italiano (54.7 per mille abitanti), ma esso è influenzato verso il basso dal regime privatistico del personale sanitario.***

Se consideriamo il solo personale amministrativo, per avere in Italia lo stesso numero di dipendenti pubblici pro capite che c'è in Germania bisognerebbe ricorrere a 417.000 nuove assunzioni, a fronte di uno stock attuale di 1.337.000: un incremento del 31%. E per avere lo stesso numero di impiegati amministrativi pro capite degli USA bisognerebbe assumerne addirittura 1.310.000."

Table 1.5. Health care resources

Top third in health spending or resources
 Middle third in health spending or resources
 Bottom third in health spending or resources

Note: Countries are listed in alphabetical order. The number in the cell indicates the position of each country among all countries for which data is available. Although countries are ranked from highest health spending or availability of resources to lowest, this does not necessarily mean better performance.

Indicator	Health expenditure per capita	Doctors per capita (active)	Nurses per capita (active)	Hospital beds per capita	MRI units per capita*	CT scanners per capita*
Australia	13	14	10	18	12*	2*
Austria	8	2	21	4	9	10
Belgium	11	21	15	9	19*	11*
Canada	10	28	16	29	22	23
Chile	30	33	27	32	26	26
Czech Rep.	27	10	20	7	24	22
Denmark	7	11	3	23	10	5
Estonia	31	18	23	12	17	15
Finland	17	20	5	13	6	13
France	12	16	17	8	21	24
Germany	6	5	6	3	15*	16*
Greece	25	1	32	14	5	8
Hungary	29	19	22	5	31*	31*
Iceland	15	11	4	21	7	4
Ireland	16	25	7	26	13	17
Israel	24	13	31	22	30	29
Italy	20	8	24	19	3	9
Japan	14	29	13	1	1	1
Korea	26	31	29	2	4	6

Fig. 2.10: spesa sanitaria corrente di CE per gruppi di regioni – Anni 2003-2016 (variazioni percentuali)

Fig. 2.10.a: regioni non sottoposte a piano di rientro^(a)

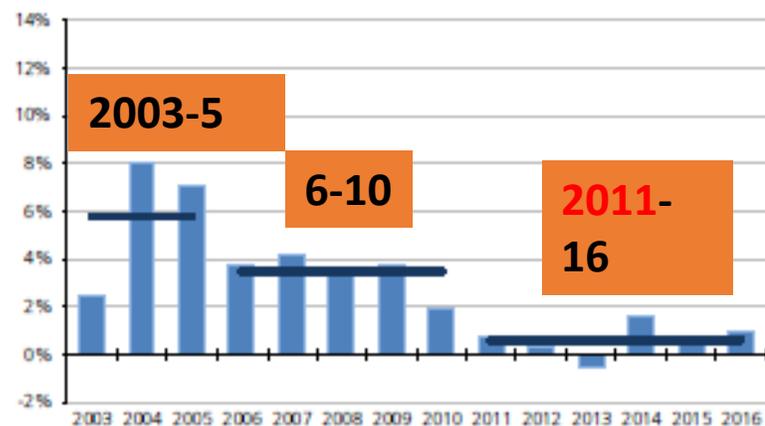


Fig. 2.10.c: regioni sottoposte a piano di rientro^(b)

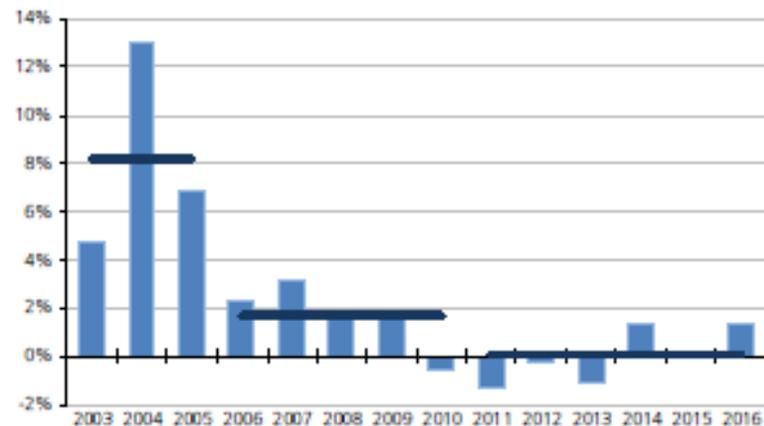


Fig. 2.10.b: regioni sottoposte a piano di rientro "leggero"^(c)

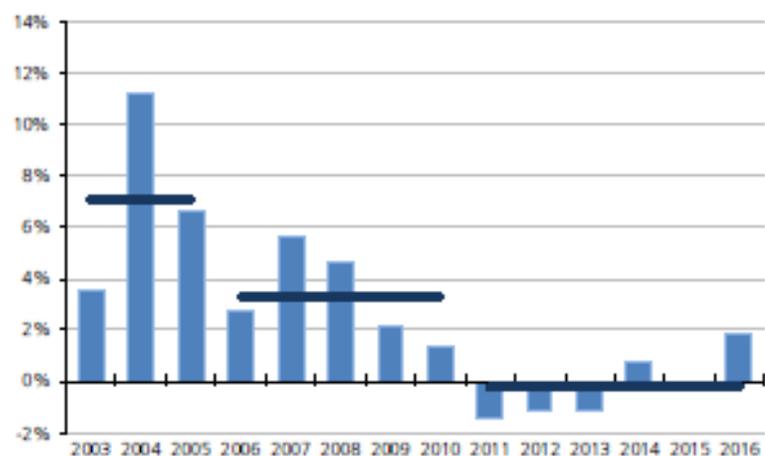
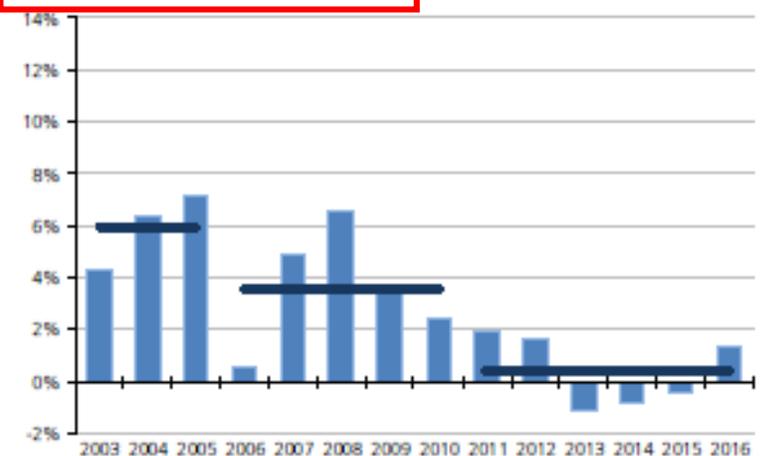


Fig. 2.10.d: autonomie speciali^(d)



■ Variazione annua

— Variazione media annua del periodo

Fonte: Conto economico degli enti sanitari locali (CE).

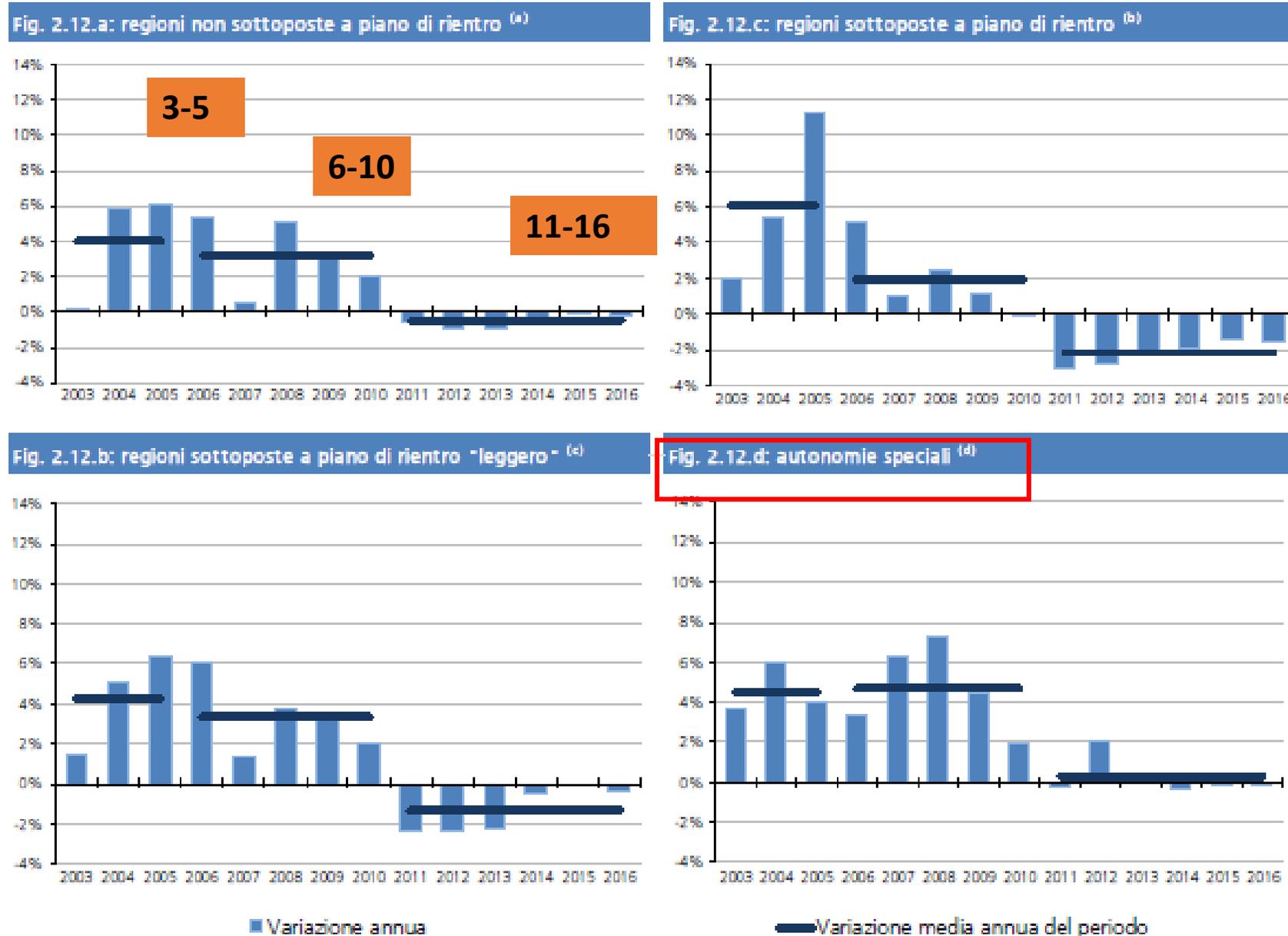
^(a) Lombardia, Veneto, Liguria, Emilia Romagna, Toscana, Umbria, Marche, Basilicata.

^(b) Lazio, Abruzzo, Molise, Campania, Calabria, Sicilia.

^(c) Piemonte, Puglia.

^(d) Valle d'Aosta, Province autonome di Trento e Bolzano, Friuli Venezia Giulia, Sardegna.

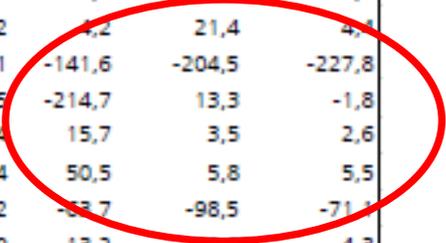
Fig. 2.12: spesa per i redditi da lavoro dipendente per gruppi di regioni – Anni 2003-2016 (variazioni percentuali)



Tab. 2.6: risultati d'esercizio per regione – Anni 2006-2016 (valori assoluti in milioni di euro)

Regioni	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Piemonte	-328,7	-170,8	-360,6	-387,5	-422,4	-274,6	-125,8	-37,1	56,8	5,8	7,2
Vale d'Aosta	-70,6	-56,6	-61,5	-38,4	-58,6	-47,3	-48,6	-53,1	-34,3	-25,6	-21,6
Lombardia	-0,3	0,0	0,1	12,7	44,1	2,3	10,2	4,2	21,4	4,1	4,1
Provincia autonoma di Bolzano	-274,4	-261,5	-262,9	18,5	15,5	51,7	-190,1	-141,6	-204,5	-227,8	-227,8
Provincia autonoma di Trento	-143,2	-150,4	-143,2	-150,4	-143,2	-150,4	-143,2	-150,4	-143,2	-150,4	-143,2
Veneto	-144,6	-134,7	-144,6	-134,7	-144,6	-134,7	-144,6	-134,7	-144,6	-134,7	-144,6
Friuli Venezia Giulia	-4,2	-44,4	-4,2	-44,4	-4,2	-44,4	-4,2	-44,4	-4,2	-44,4	-4,2
Liguria	-95,6	-102,3	-95,6	-102,3	-95,6	-102,3	-95,6	-102,3	-95,6	-102,3	-95,6
Emilia Romagna	-288,5	-91,2	-288,5	-91,2	-288,5	-91,2	-288,5	-91,2	-288,5	-91,2	-288,5
Toscana	-98,4	42,8	-98,4	42,8	-98,4	42,8	-98,4	42,8	-98,4	42,8	-98,4
Umbria	-54,7	11,5	-54,7	11,5	-54,7	11,5	-54,7	11,5	-54,7	11,5	-54,7
Marche	-47,5	15,9	-47,5	15,9	-47,5	15,9	-47,5	15,9	-47,5	15,9	-47,5
Lazio	-1.966,9	-1.696,5	-1.966,9	-1.696,5	-1.966,9	-1.696,5	-1.966,9	-1.696,5	-1.966,9	-1.696,5	-1.966,9
Abruzzo	-197,1	-163,5	-197,1	-163,5	-197,1	-163,5	-197,1	-163,5	-197,1	-163,5	-197,1
Molise	-68,5	-69,2	-68,5	-69,2	-68,5	-69,2	-68,5	-69,2	-68,5	-69,2	-68,5
Campania	-749,7	-862,2	-749,7	-862,2	-749,7	-862,2	-749,7	-862,2	-749,7	-862,2	-749,7
Puglia	-210,8	-265,7	-210,8	-265,7	-210,8	-265,7	-210,8	-265,7	-210,8	-265,7	-210,8
Basilicata	3,0	-19,9	3,0	-19,9	3,0	-19,9	3,0	-19,9	3,0	-19,9	3,0
Calabria	-55,3	-277,1	-55,3	-277,1	-55,3	-277,1	-55,3	-277,1	-55,3	-277,1	-55,3
Sicilia	-1.088,4	-641,5	-1.088,4	-641,5	-1.088,4	-641,5	-1.088,4	-641,5	-1.088,4	-641,5	-1.088,4
Sardegna	-129,2	-115,4	-129,2	-115,4	-129,2	-115,4	-129,2	-115,4	-129,2	-115,4	-129,2
ITALIA	-6.013,6	-5.052,7	-4.847,8	-4.834,5	-3.924,2	-2.697,4	-2.141,8	-1.784,7	-927,7	-1.009,3	-1.013,4
Regioni non sottoposte a piano di rientro ^(a)	-726,7	-277,9	-298,6	-503,5	-407,1	-250,3	-167,1	-35,5	49,7	-38,1	-127,2
Regioni sottoposte a piano di rientro ^(b)	-4.125,9	-3.709,9	-3.253,8	-2.832,3	-1.901,9	-1.156,8	-848,4	-784,1	-346,4	-378,1	-278,1
Regioni sottoposte a piano di rientro "leggero" ^(c)	-539,5	-436,5	-580,1	-737,9	-755,1	-383,0	-122,0	-79,5	70,8	-48,3	-41,7
Autonomie speciali ^(d)	-621,6	-628,4	-715,3	-760,9	-860,1	-907,2	-1.004,2	-885,5	-701,8	-544,8	-566,5

**CHIUDERE IN
ATTIVO IN
SANITA'
INDICA
BUON
MANAGEMENT ?
DI INIZIATIVA ?**



....I FATTI VERI

per pensare altrimenti al debito pubblico

- Senza debiti non c'è capitalismo
- A fronte di un debito c'è sempre un credito e il debito rappresenta il risparmio dei cittadini (che tutti vogliono alto ! Non basso !)
- $PIL = \text{somma di consumi} + \text{investimenti} + \text{spesa pubblica} + \text{esportazioni}$
- «Sprechi» pubblici non sono mai improduttivi: finanziano l'acquisto di beni privati
- In Italia non abbiamo bisogno di risparmi importanti
- Le risorse risparmiate nel SSN se non sono reinvestite nel settore significano solamente tagli nefasti
- La spesa pubblica è un moltiplicatore di reddito (sec FMI 1,5 - 1,7)

....pensare altrimenti

- **Paesi come il Giappone vivono bene con un «debito alto», ma NB: ha una banca indipendente - «il debito pubblico diviene problema solo in assenza di sovranità monetaria»**
- **Lo spread nel 2011 è sceso (con governo prof MM) solo a seguito delle azioni della Banca Centrale Europea**
- **Per la BCE sarebbe possibile cancellare il debito acquistato (1.100 mld) e non vi sarebbe alcuna conseguenza: il debito sparirebbe nel nulla nello stesso modo in cui dal nulla è stato creato il denaro per acquistarlo. Idem per una Banca Centrale Nazionale (Inghilterra)**

VERITA' E CONCLUSIONE VERA, oltre lo pseudo-ambiente (mainstream)

- **Le ATTUALI politiche di compressione della spesa pubblica ed i tagli del welfare sono dettati da scelte politiche, IDEOLOGICHE, non tecniche**



DOBBIAMO

- **AVERE PENSIERI
INDIPENDENTI
(studiare !)**

- **CREDERE E SAPER
CHIEDERE, anche
COME
MANIFESTAZIONE
DI OTTIMISMO**



CONVEGNO CARD TRIVENETO

IL MANAGEMENT DI INIZIATIVA

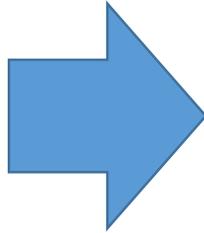
Di fronte alla sfida dell'integrazione
istituzionale organizzativa
e assistenziale.

Udine, 13 ottobre 2017



**Home care - cure
(appropriate) a casa :
oggi e domani,
meglio e di più**

pg.dacol@gmail.com



**Riprendiamoci l'iniziativa per
osare DI PIU' ed agire MEGLIO**

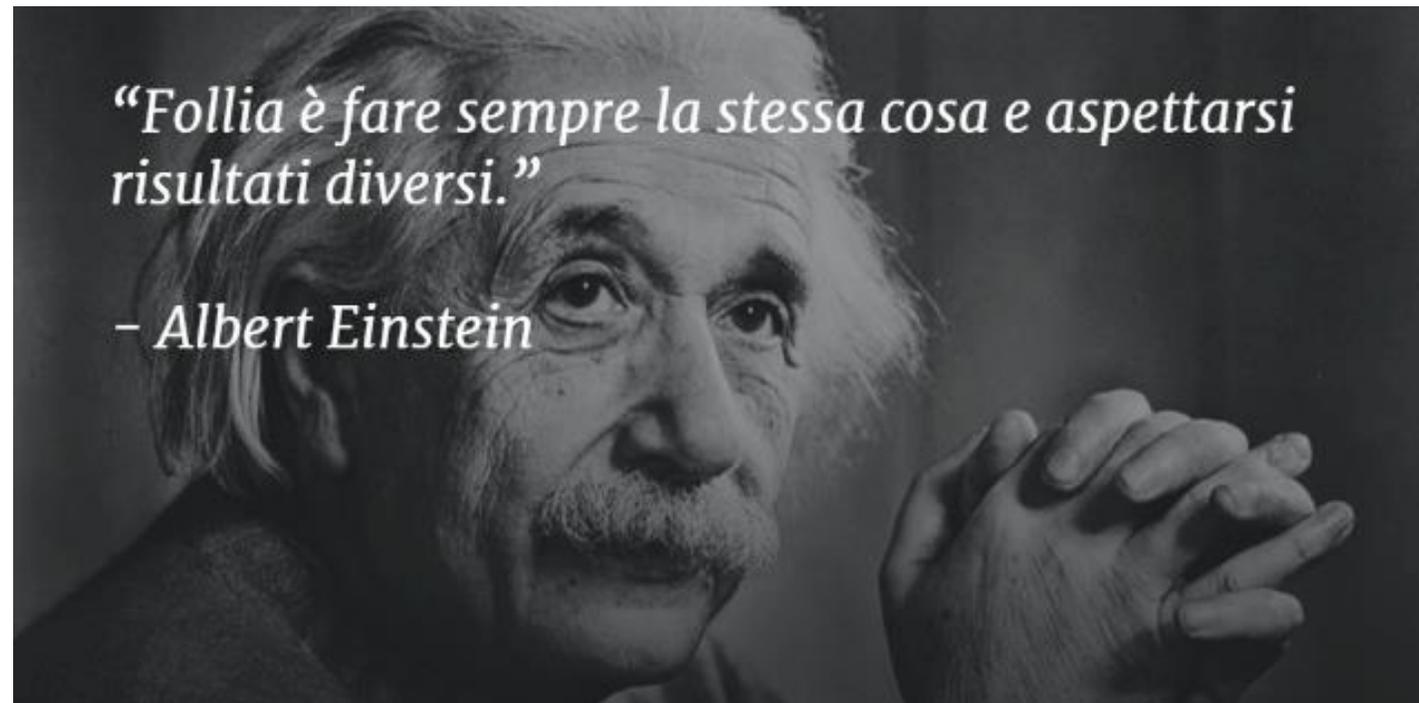
CONVINTI CHE

POSSIAMO

E

DOBBIAMO PERMETTERCELO

Grazie
dell'attenzione



“Follia è fare sempre la stessa cosa e aspettarsi risultati diversi.”

– Albert Einstein