

COORDINAMENTO DELLE POLITICHE SOCIO SANITARIE

# INTEGRAZIONE SOCIO SANITARIA



*Antonino Trimarchi - Presidente Incoming CARD ITALIA*

*Paolo Da Col - Centro Studi CARD: Responsabile Nazione Cure Domiciliari*

*Gennaro Volpe - Presidente CARD ITALIA*

## **CARD e L'INTEGRAZIONE SOCIO SANITARIA**

*Porto oggi il contributo della CARD,  
un contributo che nasce da un principio  
semplice e radicale: l'integrazione sociosanitaria  
non è una tattica, tantomeno una tecnica.  
**È la competenza ad abitare un ecosistema.**  
**A curare la relazionale**  
**tra Paziente e “curatori” e tra i “curatori”**  
**È ECOLOGIA DELLA CURA.***



Confederazione  
Associazioni  
Regionali di Distretto

Società Scientifica delle attività  
Sociosanitarie Territoriali

## ***CARD e L'INTEGRAZIONE SOCIOSANITARIA***

*L'integrazione sociosanitaria rappresenta lo strumento principale, e spesso il solo effettivamente efficace, per offrire risposte globali ai bisogni complessi delle persone.*

*Questi bisogni, infatti, si manifestano come un intreccio inscindibile tra componenti sanitarie-mediche e necessità socioassistenziali e sociali.*



Confederazione  
Associazioni  
Regionali di Distretto

Società Scientifica delle attività  
Sociosanitarie Territoriali

# INTEGRAZIONE SOCIO SANITARIA



*Rendere visibile l'ovvio  
che evidente non è:*

*l'UNO  
della SALUTE*



Laboratorio Grafico Espressivo  
Fondazione IREA



**DALLA CURA  
DELL'INTORNO  
E DELL'INTERNO**

**ALLA CURA  
abitando i confini  
DELL'INTERO**



## LA SALUTE È L'INTEGRALE DI SANITÀ E SOCIALE

Sanità e Sociale sono sue derivate, funzioni di ONE HEALTH.

Dobbiamo evitare, tenendole scisse, il Rischio che la Salute si nasconda.  
Liberiamola deframmentando.  
Rendiamola Esigibile.

Ciò che davvero genera Salute, non appare nei modelli organizzativi  
tantomeno appare nei documenti...

## ***La complessità dei bisogni: un esempio concreto***

*Per comprendere la portata dei bisogni complessi, si può considerare il caso di un paziente molto anziano che presenta, oltre a una salute compromessa, anche un contesto familiare fragile.*

*In questa situazione, il paziente che soffre di scompenso cardiaco e diabete, convive con un coniuge vulnerabile che presenta i primi sintomi del Parkinson.*

*Queste condizioni si aggravano ulteriormente se inserite in un ambiente abitativo precario, segnato da deprivazione sociale ed economica.*

*La complessità non riguarda solo le patologie, ma anche la condizione di vita e le relazioni sociali che influiscono profondamente sul benessere complessivo della persona.*

# **LA DOMICILIARITÀ COME COSTRUTTO NECESSARIO PER REALIZZARE IL CAMBIAMENTO**



## **La Casa come primo luogo di cura**



L'ovvio che non è evidente:

***La Casa come primo luogo di Cura perché «ecosistema vivente». Che la cura sia relazione reciproca, integrante, non è affatto evidente nei «sistemi umani».***

***L'integrazione non coincide con una procedura,  
né con un software, né con l'incastro di servizi.***

Noi proponiamo un cambio di sguardo:

- dal fare **al DARE LUOGO ALL'ACCADERE** delle cose che servono subito, qui, ora, e in avanti per lungo-lunghissimo tempo
- dalla prestazione **all'ENTANGLEMENT**, all'intrecciamento che genera cura
- dalla somma degli operatori **all'UNITÀ DEL TEAM CURANTE**

***L'Ecologia della Salute ci insegna che la cura non si eroga: si genera nello spazio relazionale autentico tra persona, famiglia, comunità, operatori. Sembra ovvio. Ma raramente lo rendiamo evidente nelle politiche, nei budget, nei PPDTA...***

## **Il Distretto: l'ovvio che abbiamo sotto gli occhi**

**IL LUOGO NATURALE DELL'INTEGRAZIONE È IL DISTRETTO. I LEA SOCIOSANITARI SONO AFFIDATI AL LIVELLO DISTRETTUALE. DUNQUE, SOCIOSANITARIO = DISTRETTO!**

**È l'ovvio. Ma non è ancora evidente nel sistema Paese.**

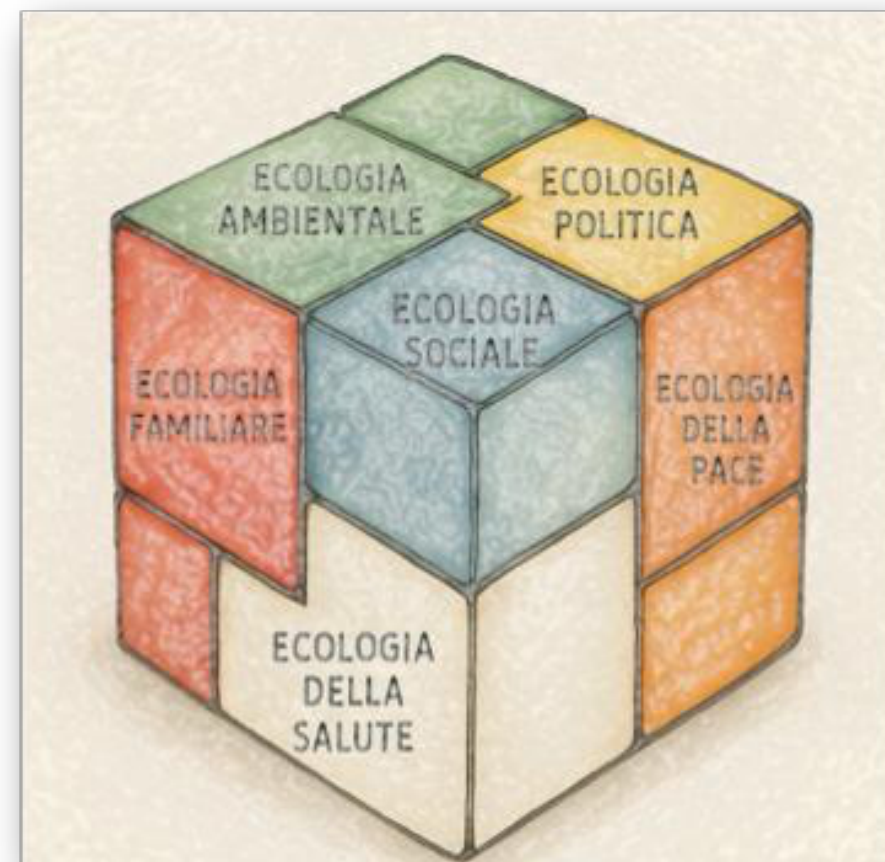
**IL DISTRETTO È LA PRIMA ORGANIZZAZIONE TERRITORIALE DELLA SANITÀ e DEVE COINCIDERE CON GLI AMBITI TERRITORIALI SOCIALI: SE LO FACCIAMO ACCADERE È ORGANISMO CAPACE**

- di accogliere, valutare, accompagnare;
- di coordinare e sviluppare sociale e sanitario;
- di garantire la continuità nel Tempo (lungo!) dei tempi della cura e nei diversi setting dello Spazio (senza confini!) della cura;
- di sostenere le famiglie quando il carico rischia di spezzarle.

**IL DISTRETTO DELLE COMUNITÀ È LA REGIA NATURALE DEI PPD TA  
NON COORDINA PRESTAZIONI, ATTIVA E CONNETTE AUTORI DELLA SALUTE.  
QUESTO È OVVIO MA NON ANCORA EVIDENTE NELLE RISORSE, RUOLI E MANDATI.**

## CARD e l'integrazione sociosanitaria

- *Abbiamo compreso che le nostre azioni si inseriscono in un contesto ampio e interconnesso di molteplici Ecologie.*
- *Sappiamo che la Salute individuale è il risultato di **dinamiche quantistiche** tra l'ambiente, la famiglia, la società, la politica e la pace mondiale.*





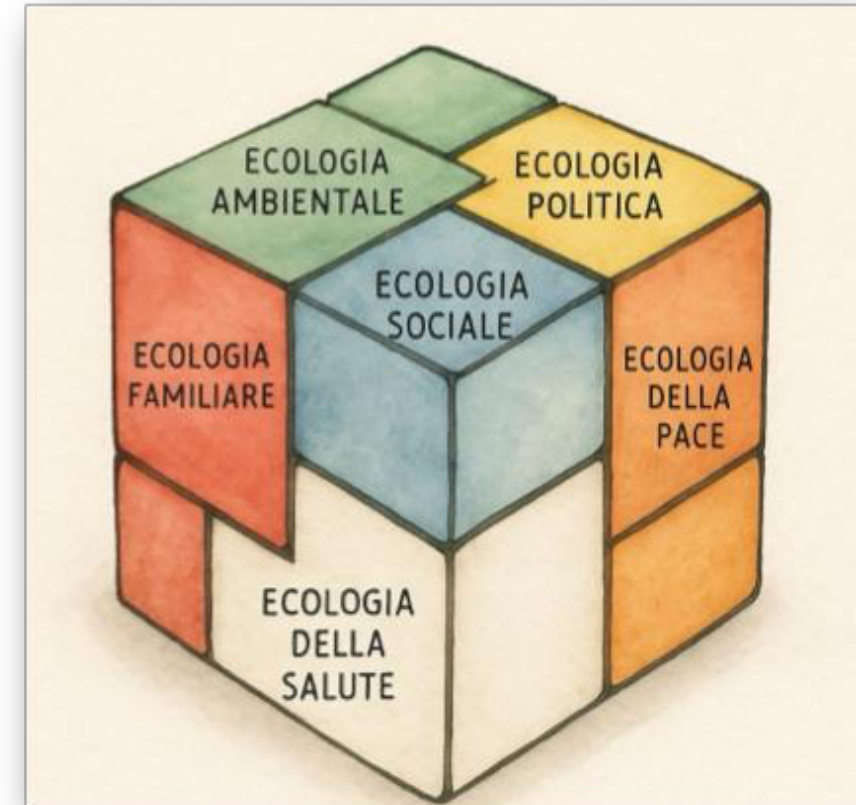
## MISSION CARD:

rendere visibile  
ciò che non si vede  
sulla singola faccia.  
Abbiamo costruito una  
cornice che restituisse  
questa complessità:  
**il Cubo**  
**delle sei Ecologie,**  
dell'Ecologia della Cura,  
ovvero  
**il Cubo della Salute**

## *CARD 2004 - 2024* *Il Cubo delle Sei Ecologie*

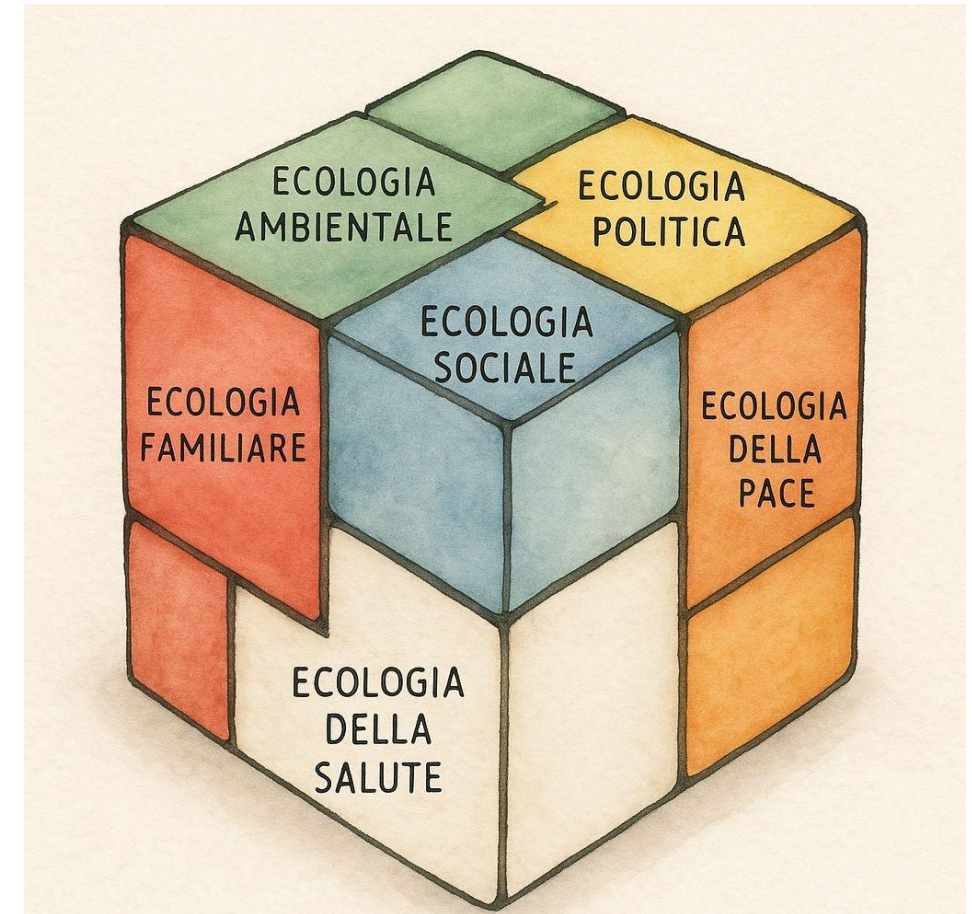
*IL CUBO SI APRE IN SEI DIREZIONI*  
*SEI ECOLOGIE INTERCONNESSE:*

- Verde → Ambientale
  - Rosso → Familiare
  - Blu → Sociale
  - Giallo → Politica
  - Bianco → Salute
  - Arancione → Pace
- ✓ Ogni faccia parla all'altra.  
✓ Ogni cura è una cura del tutto.



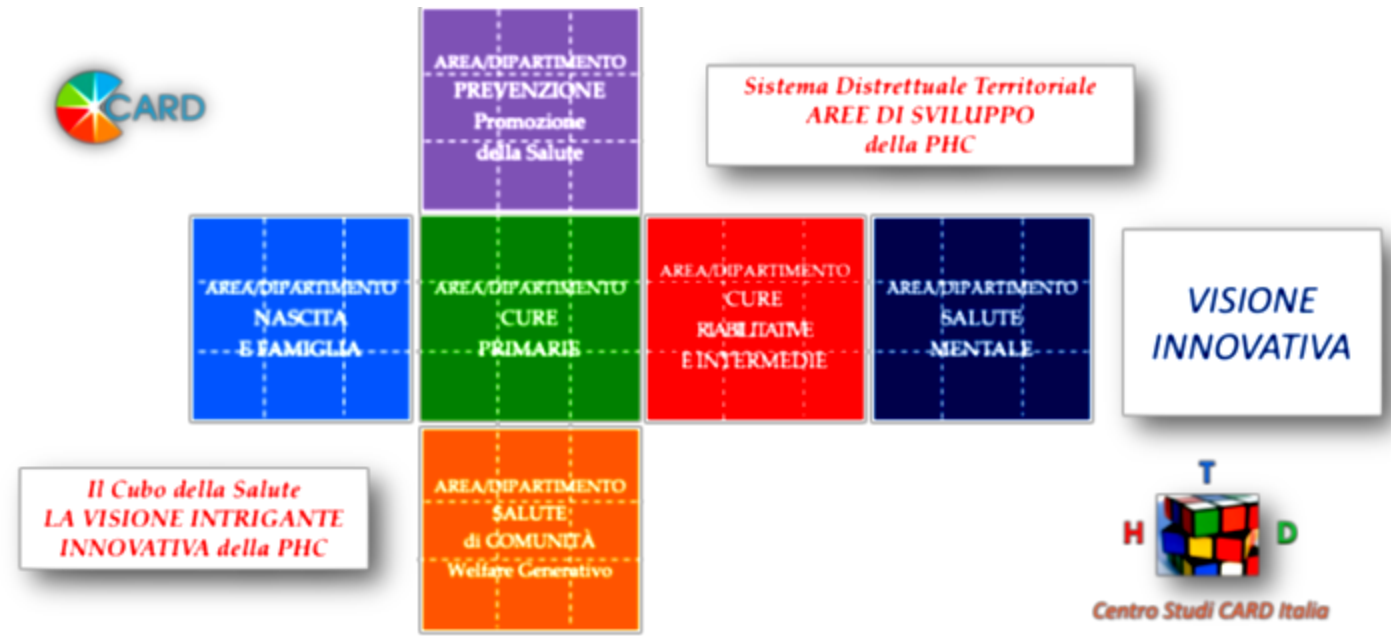


*Questo Cubo non aggiunge un modello.  
È un modello di sviluppo!  
Rende visibile ciò che normalmente resta  
invisibile: la cura come metodologia,  
come fenomenologia multidimensionale,  
che attraversa spazi, relazioni, significati,  
governance.  
**L'integrazione è tutta lì:  
nell'invisibile che sostiene il visibile.**  
**NEL COMPRENDERE POSSIBILE CIÒ CHE SEMBRA  
IMPOSSIBILE. NELL'ACCETTARE COME INEVITABILE  
CIÒ PER ALCUNI È EVITABILE***



## INTEGRAZIONE SOCIOSANITARIA E LA PHC

- *Il viaggio metodologico affascinante attraverso la metafora del cubo delle sei ecologie, ci ha ricordato che ogni cura è una cura del tutto, un principio filosofico che deve guidarci.*
- *Ed ecco emergere il cubo della PHC...*



## **Il PDTA come trama di storia vissuta (tappeto prezioso), e nel suo doppio, NARRAZIONE della Cura in ogni casa, la parte invisibile del lavoro di cura**

Un PDTA è un opera sartoriale e va tessuto su sei fili dell'ordito del prendersi cura:



1. **La Casa** – primo luogo di cura, non periferia del sistema.
2. **La Comunità che Cura** – non delega, ma corresponsabilità.
3. **Le Reti di Cura** – non reti cliniche sulla patologia, ma reti sull'Unica salute che c'è (che contiene le 1000 patologie)
4. **La Cura in Rete** – entanglement tra professionisti e famiglie.
5. **Il Team Curante** – Comunità, Persona, Famiglia, Caregiver come co-autori.
6. **Il Budgeting della Salute** – trasformare vincoli INPUT - in opportunità INCOME per OUTCOME misurabili

È tutto ovvio. Eppure, non è evidente: non c'è ancora pieno riconoscimento del PDTA come **narrazione di cura IN RETE... (tappeto volante)** non come adempimento. TUTTO QUESTO PERCHÈ NON È UBIQUITARIO IL DISTRETTO "FORTE"



## INTEGRAZIONE SOCIOSANITARIA

Oltre il Distretto  
la quarta dimensione:

## LA COMUNITÀ CHE CURA





La **COMUNITÀ** che **CURA**, la transizione necessaria:  
dalle reti cliniche e di cura, dove ogni nodo è s-nodo, alla cura in rete  
**wireless** in ogni casa dove ciascuno, nell'essere soggetto attivo, è filo.

L'ovvio è che nessuna istituzione può farcela da sola.  
L'evidenza, purtroppo, è che spesso continuiamo a lavorare come se  
potesse.

**L'integrazione è un'Alleanza:**  
tra istituzioni, comunità, famiglie, persone. È strumento, non obiettivo,  
quindi sempre in progress e in possibile miglioramento.

**Essere integranti è capacità incrementale.**  
È cura che tiene, quando il tempo di cura si allunga e la fragilità aumenta.

## L'INTEGRAZIONE SOCIO SANITARIA poggia sulla capacità del Distretto di connettere tutte le risorse rispetto ad obiettivi condivisi-concordati: **IL BUDGETING DELLA SALUTE**

- income (risorse della persona, della famiglia, della comunità)
- input (risorse professionali, sociali, sanitarie, digitali).

Income ed input per espliciti outcome:  
solo così il PDTA ha senso; è sostenibile, misurabile, efficace.

^

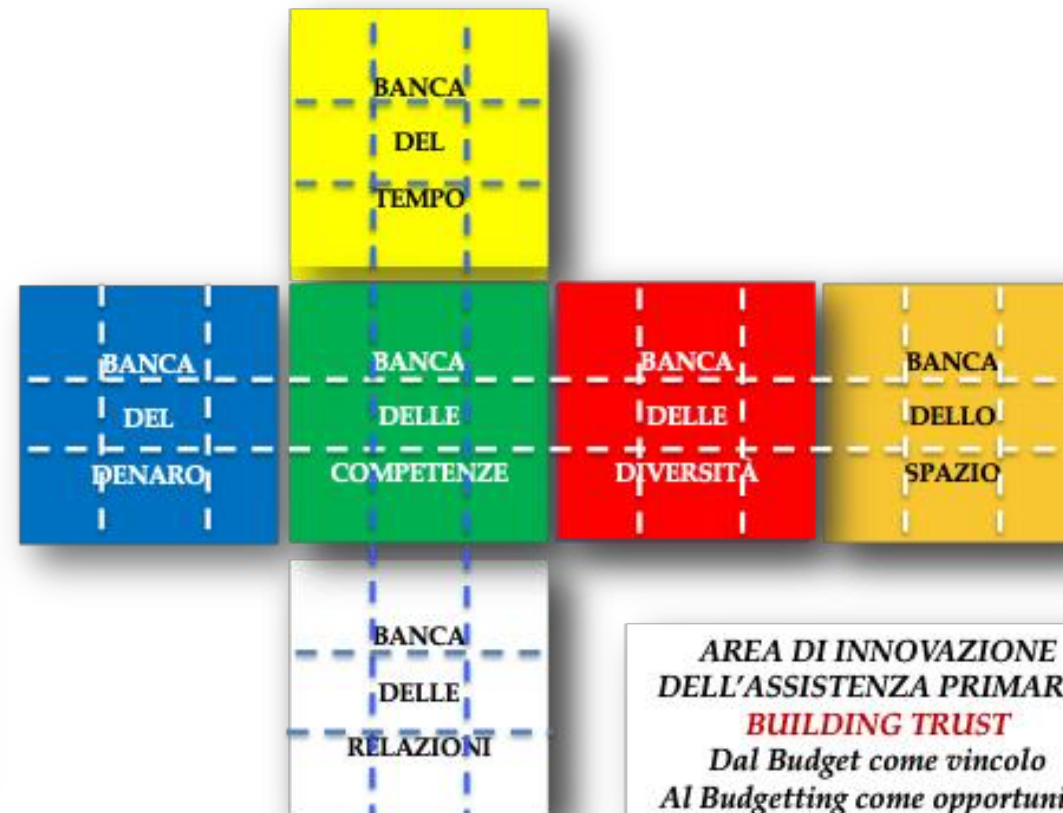
La mappa non è il territorio: il budget di salute permette di costruire il territorio vero, quello in cui la persona vive.

^

Gli obiettivi non sono standard, ma personalizzati sulla persona e sul suo contesto.



**Cubo  
 del BUDGETTING  
 della SALUTE**  
*Visione integrante  
 I vincoli delle singole BANCHE  
 Matrici  
 del Distretto di Comunità*



**AREA DI INNOVAZIONE  
 DELL'ASSISTENZA PRIMARIA**  
**BUILDING TRUST**  
*Dal Budget come vincolo  
 Al Budgetting come opportunità*



*Non è più  
tempo  
di usare*

*È tempo  
di osare*





## INTEGRAZIONE SOCIOSANITARIA:

Che cosa serve oggi detto e ridetto con chiarezza?

L'ovvio richiede scelte chiare:

- **Distretti rafforzati** e riconosciuti come co-autori della cura.
- **Case della Comunità attive**, con PUA integrati e COT integranti.
- **Domiciliarità ad alta intensità**: lunga, competente, personalizzata.
- **Supporto ai caregiver** come elemento strutturale, non accessorio.
- **Comunità Cloud della Salute** con strumenti digitali al servizio
- **Advocacy stabile delle associazioni** dei cittadini e dei pazienti.

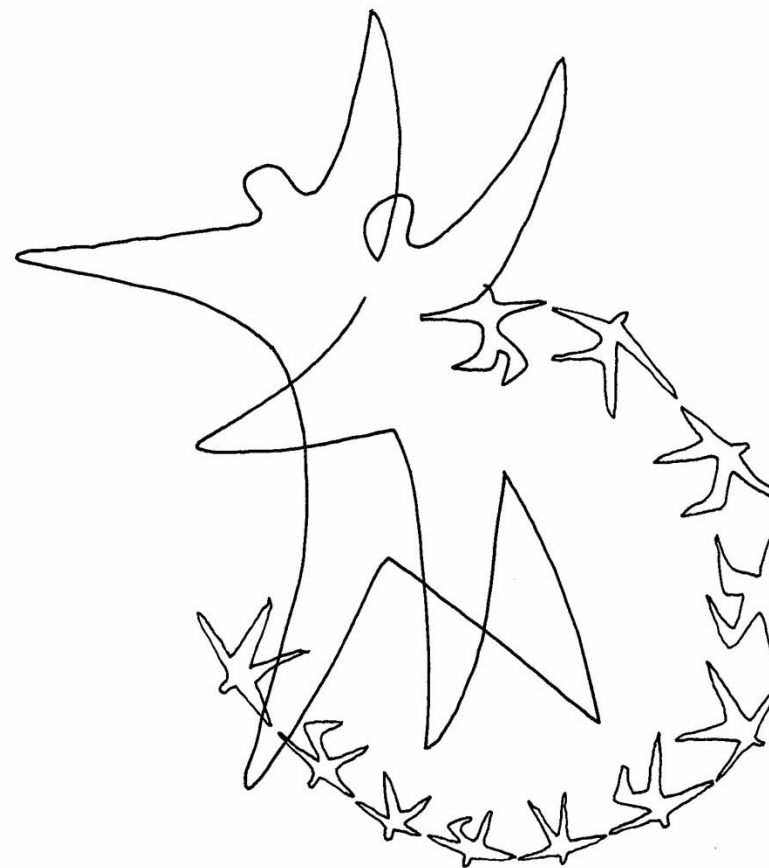
Ovvio ma non ancora evidente. Per questo siamo qui.

## L'INTEGRAZIONE SOCIOSANITARIA È GIÀ SOTTO I NOSTRI OCCHI



Confederazione  
Associazioni  
Regionali di Distretto

*Società Scientifica delle attività  
Sociosanitarie Territoriali*



## **TAKE HOME:** Cosa manca perché si cambi paradigma?

Non manca una norma. Non manca una tecnologia. Non manca una procedura.

Manca **la scelta di vedere** ciò che è già sotto i nostri occhi:

*la **CURA** come **ecosistema vivente***

*la **COMUNITÀ** come **risorsa***

*il **DISTRETTO**, a garanzia del SSN delle Comunità, come*

***SERVIZIO OBBLIGATORIO** (DM 77; da allegato 2 ad allegato 1)*

*la **RELAZIONE** come **tecnologia** (e viceversa)*

*Il **PPDTA** come **narrazione viva***

*il **CUBO** dell'integrazione come **prisma che svela***

LA TRANSIZIONE CHE PROPONIAMO  
È CULTURALE, ANTROPOLOGICA, SCIENTIFICA  
*È SO-STARE NEL MOVIMENTO:*

***Uscire Dentro***

– *uscire dall'io e abitare la comunità.*

***Entrare Fuori***

– *trasformare il destino in destinazione.*

*Rendere visibile l'ovvio è il primo passo.*

*Il resto è già in cammino*

