



*L'ineludibilità  
dell'integrazione  
come modalità di  
risposta alla fragilità  
e alla cronicità*

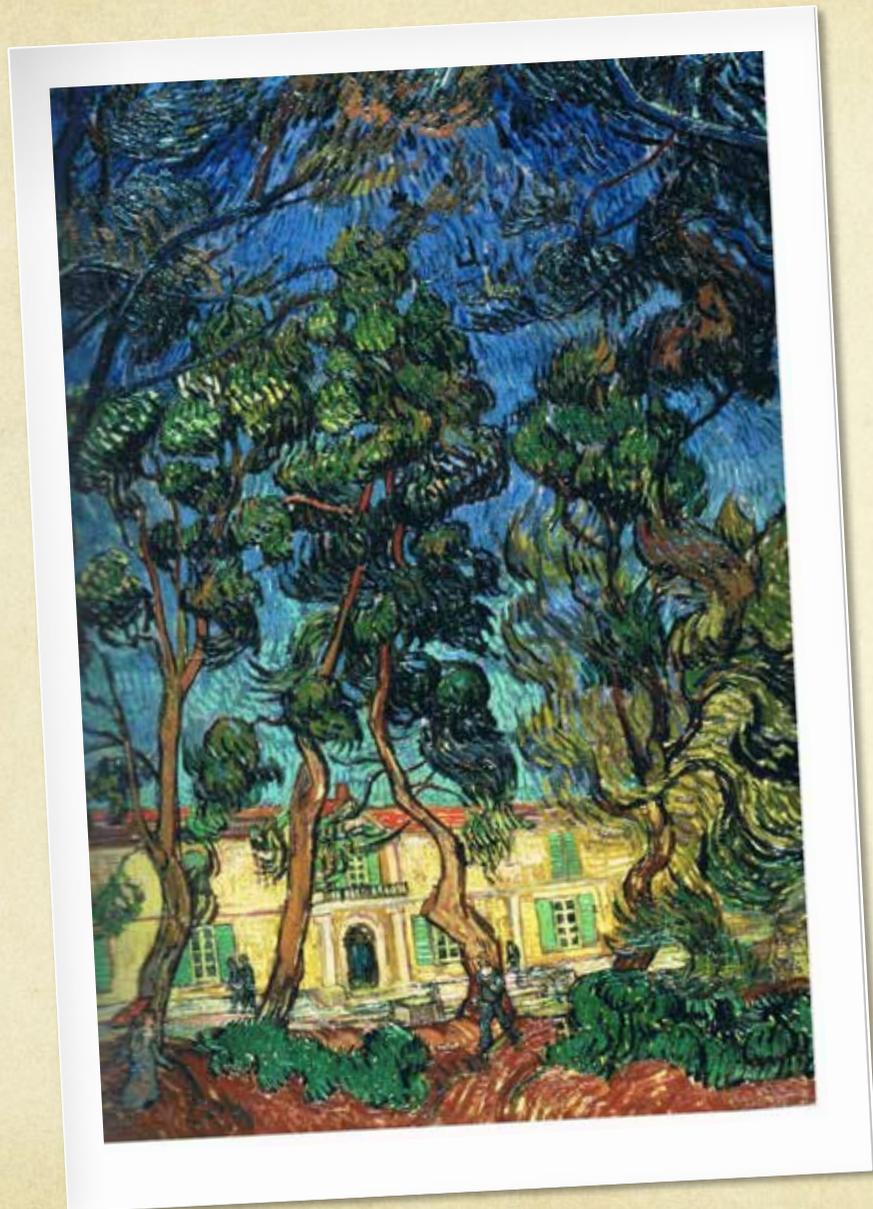
*Antonino Trimarchi  
Centro Studi CARD Italia  
Direttore Sanitario ASL VCO  
Verbano-Cusio-Ossola*

# INCIPIT: *Nessuno si salva da solo*



- *Dalla salute a rischio  
(escludente)*
- *Al rischio della Salute  
(integrante)*





*Siamo saturi  
di risposte*

*Orfani  
di domande*

# Dubito ergo sumus



~~L'includibilità dell'integrazione~~  
Perché scegliere l'integrazione  
~~come modalità di~~  
quale metodologia garante  
della tutela della salute per tutti,  
in risposta alla vulnerabilità,  
alla fragilità ed alla cronicità?



*Perché... Siamo*

*Semplicemente*

5

# Management d'iniziativa

*Per una Presa in Carico Integrata Integrante*

*Centro Studi CARD*

# INTEGRARE ?

PER INTEGRARE SANITÀ E SOCIO-SANITARIO  
UNIFICARE O DISTINGUERE?

(Cergas Bocconi)

*Possiamo evitare di confondere  
la GRAMMATICA con la SINTASSI ?*

*Se Vuoi conoscere **crea** una differenza*

*Se vuoi agire **riconosci** le connessioni*

(Centro Studi Nazionale CARD)

# INTEGRATED GOVERNANCE

INTERAZIONE → INTE-G-RAZIONE

*Leadership (vision-mission-strategy)*

&

*Management (tactics-logistics)*

# START UP simbolico-esperienziale “R”

## LA RELAZIONE AL CENTRO

*Le sofferenze  
dicono  
migliorino  
la vita...*

*Visti  
i risultati  
proverei  
con la  
felicità!*



Ministero della Salute

ATTO DI INDIRIZZO PER L'ANNO 2018

5.2. Riorganizzazione dell'assistenza  
primaria e ospedaliera

PDTA T → H → T

PROGETTI INTEGRANTI

~~IRREALIZZABILI?~~

IL SACCHETTINO DELLE... **R**

**PATRIMONIO  
UNIVERSALE MULTIVERSO**

**“R”**

**SEMI DI OPPORTUNITÀ**

# MANAGEMENT D'INIZIATIVA



*“Rendere (evidente) disponibile l'ovvio”*

## PROGETTI INTEGRANTI

# I REALIZZABILI

**R**icerca **R**elazione **R**esponsabilità **R**eciprocità **R**ete

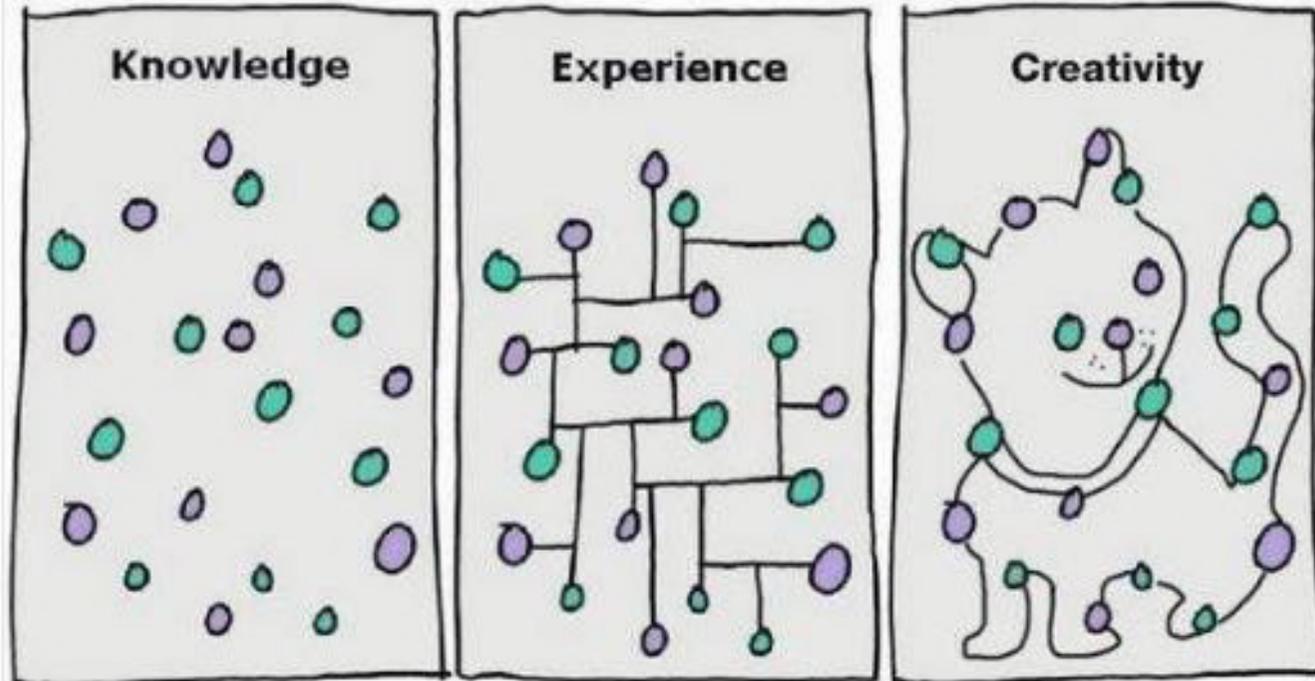
**R**ischio **R**esilienza **R**estituzione **R**isorgimento **R**iconoscenza

# INTEGRARE? RICONDURRE L'ATTESO AL REALE

AD**P**ROFESSIONALE

AD**I**NTEGRATA

AD**I**NTEGRANTE



ACQUISIZIONE

ADATTAMENTO

FLUIDITÀ

## CREATIVITÀ IN AZIONE

# *Integrare tra funzioni e derivate*

*La SALUTE è  
l'INTEGRALE  
della SANITÀ  
e del SOCIALE*



*Centro Studi CARD  
giugno 2017*

# *La magia della “Presa in carico integrante”*

## *Le sei basi dell’Assistenza Primaria integrata*

### Area FAMIGLIA

- OSTETRICA
- PEDIATRIA
- NPI - DIVERSABILITÀ

### Area CURE PRIMARIE

- DOMICILIARITÀ
- CURE INTERMEDIE
- RESIDENZIALITÀ

### Area SALUTE MENTALE

- CSM
- SPDC
- STRUTTURE RESIDENZIALI E SEMIRESIDENZIALI

### Area SALUTE SOCIALE

- CONSORZI COMUNI
- SCUOLA
- SPORT

### Area PREVENZIONE

- SANITÀ PUBBLICA
- TUTELA LAVORO
- TUTELA ALIMENTI

### Area DIPENDENZE

- SER.D
- RETI AUTOMUTUOAIUTO
- COMUNITÀ TERAPEUTICHE

Area  
PREVENZIONE  
SANITÀ PUBBLICA  
TUTELA LAVORO  
TUTELA ALIMENTI



D

T

Area  
FAMIGLIA  
OSTETRICA  
PEDIATRIA  
NPI - DIVERSABILITÀ

Area  
CURE PRIMARIE  
DOMICILIARITÀ  
CURE INTERMEDIE  
RESIDENZIALITÀ

Area  
SALUTE MENTALE  
CSM  
SPDC  
SERVIZI  
RESIDENZIALI E  
SEMIRESIDENZIALI

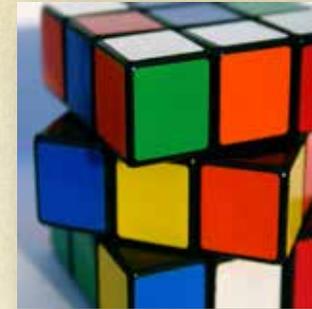
Area  
DIPENDENZE  
SER.D  
RETI A.M.A.  
COMUNITÀ  
TERAPEUTICHE

Area  
SALUTE SOCIALE  
CONSORZI-COMUNI  
SCUOLA  
SPORT

*vulnerabilità fragilità cronicità  
non autosufficienza cure palliative*

Area  
PREVENZIONE  
SANITÀ PUBBLICA  
TUTELA LAVORO  
TUTELA ALIMENTI

H



T

Area  
FAMIGLIA  
OSTETRICA  
PEDIATRIA  
NPI - DIVERSABILITÀ

Area  
CURE PRIMARIE  
DIP. CURE PRIMARIE  
DIP. CURE INTERMEDIE  
DIPARTIMENTO SERVIZI

Area  
SALUTE MENTALE  
CSM-SPDC  
SER.D  
SERVIZI RESIDENZIALI  
E SEMIRESIDENZIALI

Area  
OSPEDALIERA  
DIP. MEDICO  
DIP. CHIRURGICO  
DIP. EMERGENZA

Area  
SOCIALE  
WELFARE GENERATIVO  
CONSORZI COMUNI  
SCUOLA  
SPORT

*sistema continuità*



Centro Studi Card Italia  
Per un Management d'Iniziativa Generativo



GENERATIVO

*perché*

LEGGERO

19

# INTEGRARE =

- *Far contenere la Parte al Tutto*
- *Rivedere il Tutto da più Parti*
- *Far partecipe del Tutto, la Parte*
- *Intravedere le opportunità del Tutto in ogni Parte*
- *Far stare il Tutto nella Parte*
- *deframmentare (Accogliere)*
- *visione ologrammatica (Misurare)*
- *solidarietà organizzativa (Alternativa)*
- *visione frattalica (Risolvere)*
- *miniaturizzare (Essenzialità)*

# INTEGRARE voce del verbo **A**MARE

**A** = **Accogliere** (attenzione competente)

- Il sistema integrante di home care richiede servizi di facile e pronta accoglienza a bassa soglia



## INTEGRARE voce del verbo **AMARE**

**M = Misurare** (avere i numeri per far contare quello che conta)

- Servono nuovi servizi che sanno misurarsi e si fanno misurare con adeguati indicatori, per assicurare trasparenza, tensione al continuo miglioramento



# ICF

- Dalla classificazione delle
  - **“CONSEGUENZE DELLE MALATTIE”**  
(ICDH 1980)
- Alla classificazione delle
  - **COMPONENTI DELLA SALUTE”**

## LA DIAGNOSI DA SOLA NON È PREDITTIVA DI:

- Servizi richiesti
- Livello di assistenza
- Capacità lavorativa
- Integrazione sociale



VALUTAZIONE **INTEGRALE**  
MULTIDIMENSIONALE **INTEGRANTE**

ICF

## VALUTAZIONE INTEGRALE

multidimensionale *integrante*

*a  
m  
b  
i  
t  
i*

- Funzioni intellettive-cognitive
  - Funzioni adattive
- Capacità relazionali ed emotive
  - Fisico-funzionale
  - Ambiente di vita

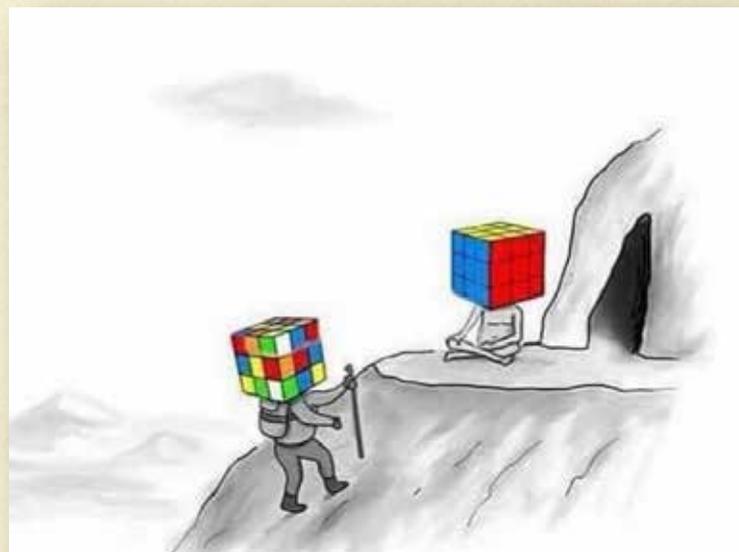


**PROFILO DI SALUTE (BISOGNO)**

# INTEGRARE voce del verbo AMARE

*A = Alternativa (dare al paziente la possibilità di scegliere)*

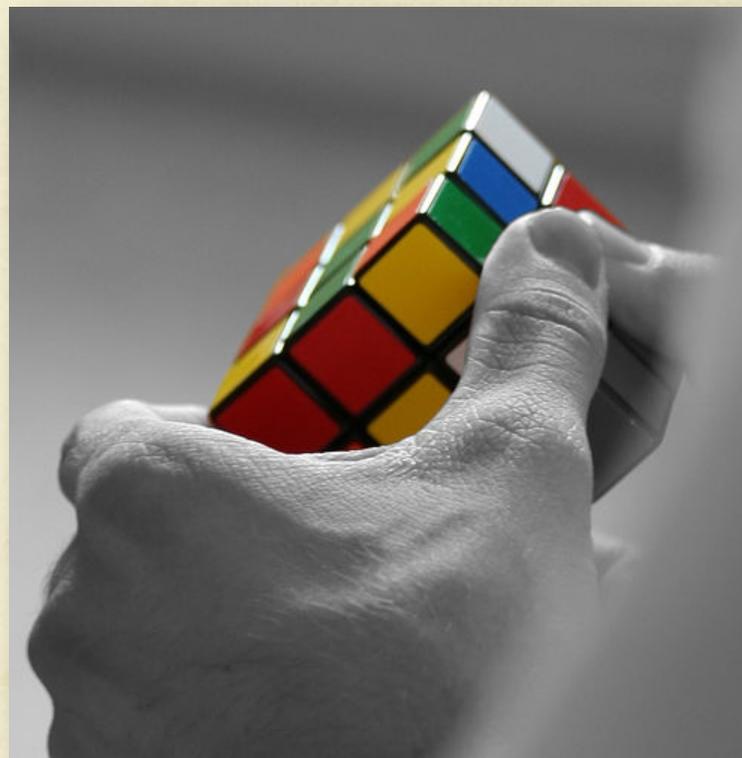
- *La home care attiva  
24ore /24ore  
7giorni/7giorni  
a parità di bisogni  
della persona,  
in modo creativo*



## INTEGRARE voce del verbo AMARE

*R = Risolvere (senza soluzione di continuità: evolving in a problem)*

- *Può risolvere situazioni tradizionalmente, ma erroneamente, appannaggio di altri setting meno appropriati e sicuri, ad esempio l'ospedale o la casa di riposo.*



# INTEGRARE voce del verbo AMARE

*E = Essenziale (sobrietà universalistica)*

- *Prendersi così cura delle persone è irrinunciabile; corrisponde ed è conforme ai Livelli Essenziali di Assistenza (LEA), rispetta i diritti delle persone, gli obiettivi di efficacia, di efficienza, di equità*



**242**

*Pronto Salute*

*Per una  
Ecologia Territoriale  
della Salute*

# IL MANAGEMENT D'INIZIATIVA GENERATIVO

*Far Parti del Tutto*



*La Presa in Carico o*  
**È**

**INTEGRANTE**

*oppure*

**NON PUÒ**

**ESSERE**

**INTEGRATA**

29

# INTEGRARE ED APPRENDERE A NON DISTRARSI

*Altissimo il rischio di:*

LEA ESOTERICI 😂 con regole SEGRETE

**A= ASPETTARE** (che gli passi e che passino... ogni trapasso è un risparmio)

**M= MONITORARE** (il tetto di spesa quale dead line: universalismo selettivo)

**A= ASSOGGETTARE** (accoglienza paternalistica: se c'è posto; accessibilità impertinente: liste di attesa sperequative-speculative)

**R= RIFIUTARE** (la salute per tutti? non si può dare tutto a tutti! mentendo sul fatto che non abbiamo mai dato tutto a tutti)

**E= ECCELLERE** (nelle chiacchiere, nelle manipolazioni, nelle giustificazioni (in)competenti di chi gestisce gli interessi di pochi)

Formarsi/formare **ALL' INTEGRALE SALUTE**  
genera Speranza in un SSN Universalistico in crisi

APRIRE al  
Management  
d'Iniziativa  
Generativo  
non può più  
essere ricondotto  
ad un imprevisto



È AGIRE LA PROPRIA COMPETENZA  
APPARTENENDO AL TERRITORIO, TUTELANDO  
CON DETERMINAZIONE I FRUTTI DEL SEMINATO

# SO-STARE AL MONDO

CREARE SPAZIO OCCUPANDO MENO SPAZIO



INTEGRARE ?

*Ricomprendere*

*Ciascuno*

*al suo*

*Giusto Posto*

BUON CONVEGNO da Paolo e Nino

32

CONVEGNO CARD TRIVENETO

## IL MANAGEMENT DI INIZIATIVA

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

Udine, 13 ottobre 2017

# PANTA REI

*Governance fluida  
Leggerezza*



# ESTOTE PARATI

*Governance proattiva  
Curiosità*

# FESTINA LENTE

*Governance metodologica  
Precisione*

# DUBITO

# ERGO SUMUS

*Governance relazionale  
Umiltà*

Centro Studi CARD  
2017



# EXTRA TIME

*Tre esperienze... TRE (dal Piemonte)*

- 1- Budget della Salute nella presa in carico dell'Autismo*
- 2- Progetto CO.N.S.E.N.SO*
- 3- La Cura è di Casa*

# BUDGET DELLA SALUTE

## LA PRESA IN CARICO DELLA PERSONA CON AUTISMO

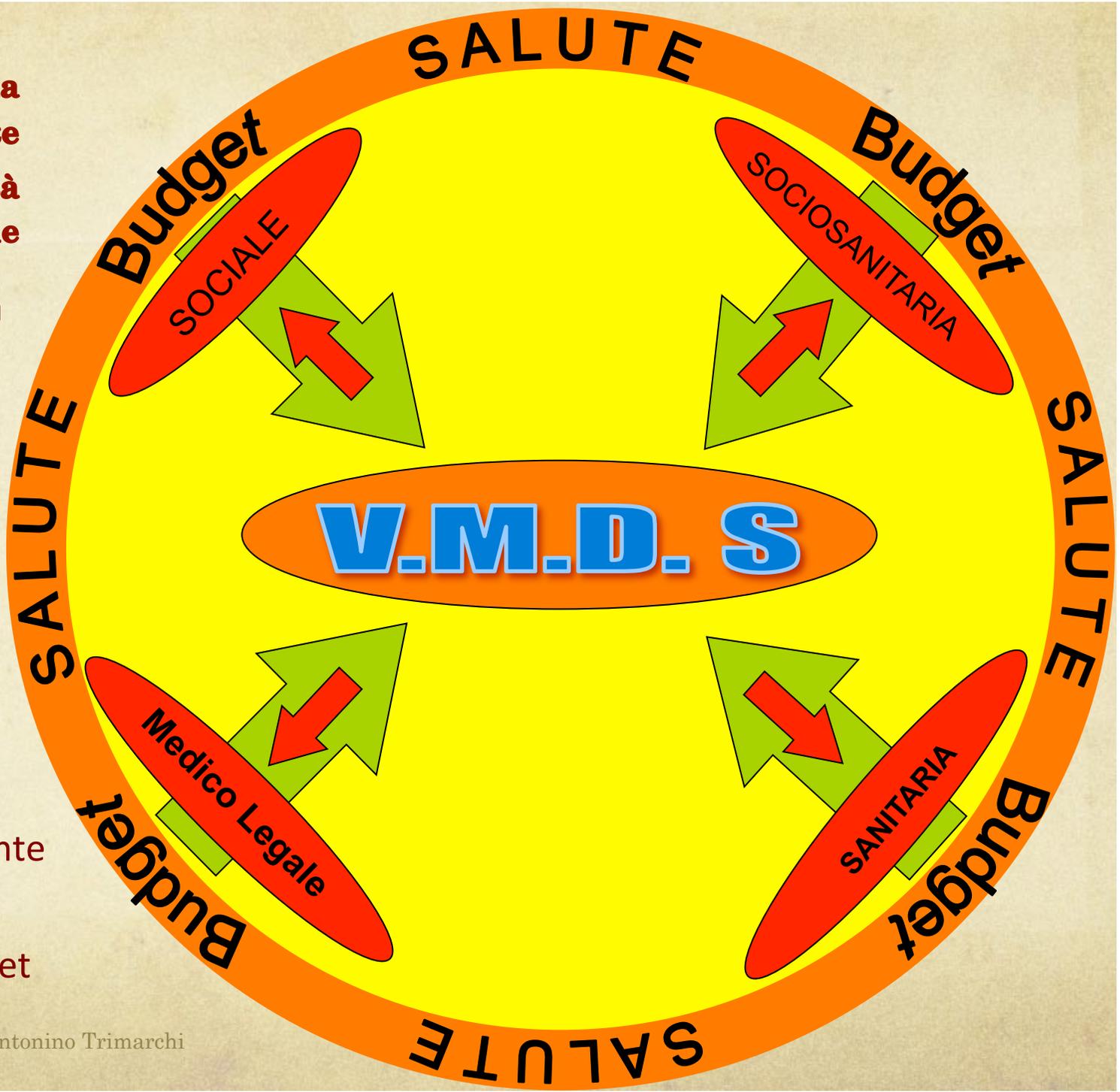
Omegna 6 giugno 2017



**La costruzione e la tutela della Salute nella Comunità Locale**

L'esperienza della VMD-S  
PORTA/tool dell'integrazione nei processi di **Assessment e Accountability** tra i vari committenti e i produttori mediante la definizione e l'utilizzo del Budget di Salute

Dott. Antonino Trimarchi



# PROGETTO CO.N.S.E.N.SO

COmmunity Nurse Supporting Elderly iN a changing SOciety

## **proposta**

un modello di presa in carico a supporto della popolazione anziana, centrato sulla figura dell'**I**nfermiere di **F**amiglia **e C**omunità (**IFeC**)

## **obiettivo**

aiutare gli anziani a vivere autonomamente presso il proprio domicilio il più a lungo possibile e prevenire o ritardare il trasferimento in RSA o case di riposo

# PROGETTO CO.N.S.E.N.SO

COmmunity Nurse Supporting Elderly iN a changing SOciety

## descrizione progetto:

- nel territorio scelto tutti gli anziani ( $\geq 65$  anni) residenti, sani o con patologie, assegnati ad un IFeC
- numero di anziani associati a IFeC in base alle peculiarità del territorio (dispersione, isolamento, viabilità....),  $< 500$
- **attività IFeC a tempo pieno, visite periodiche a domicilio**
- periodicità visite domicilio in base alle necessità dell' anziano
- valutazione iniziale con check list standardizzata a tutti gli anziani
- **stretta collaborazione con MMG e familiari**
- coinvolgimento ospedale, servizi specialistici, servizi socio assistenziali, privato sociale, ecc.

# PROGETTO CO.N.S.E.N.SO

COmmunity Nurse Supporting Elderly iN a changing SOciety

## descrizione progetto profilo attività :

- IFeC verifica requisiti di sicurezza abitazione e eventuali problematiche sociali
- IFeC concordando con MMG e servizi specialistici, esegue piccole prestazioni medico-assistenziali (terapie, medicazioni, prelievi, ecc.)
- IFeC fornitura di farmaci
- IFeC monitoraggio indicatori di salute
- IFeC facilita/promuove adozione telemedicina/domotica, se disponibili nel territorio

# PROGETTO CO.N.S.E.N.SO

COmmunity Nurse Supporting Elderly iN a changing SOciety

## descrizione progetto:

- IFeC acquisisce visione bisogni dell' anziano a 360° e facilita accesso ai servizi disponibili
- IFeC come raccordo con i diversi attori che hanno visione parziale, secondo specifica competenza
- IFeC mai in nessun caso si sostituisce a MMG, servizi specialistici, famiglia, badanti, servizi socio-assistenziali, ecc., con i quali collaborerà in stretto rapporto, concordando di volta in volta obiettivi di breve, medio e lungo periodo
- IFeC, in raccordo con famiglia si connette anche con attori locali esterni a SSN: servizi sociali, privato sociale, per ridurre isolamento e promuovere accesso alle opportunità di relazione

# PROGETTO CO.N.S.E.N.SO

COmmunity Nurse Supporting Elderly iN a changing SOciety

## struttura progetto:

36 mesi: preparazione; test sul campo; valutazione e sostenibilità

- preparazione (9 mesi):  
identificazione area test; selezione infermieri; formazione
- test (18 mesi)  
attività sul campo, raccolta informazioni;
- valutazione (6 mesi):  
analisi informazioni e confronto con un territorio analogo;  
sviluppo *social economy* e *advocacy*
- rendicontazione finale (3 mesi)

# PROGETTO CO.N.S.E.N.SO

COmmunity Nurse Supporting Elderly iN a changing SOciety

## struttura progetto:

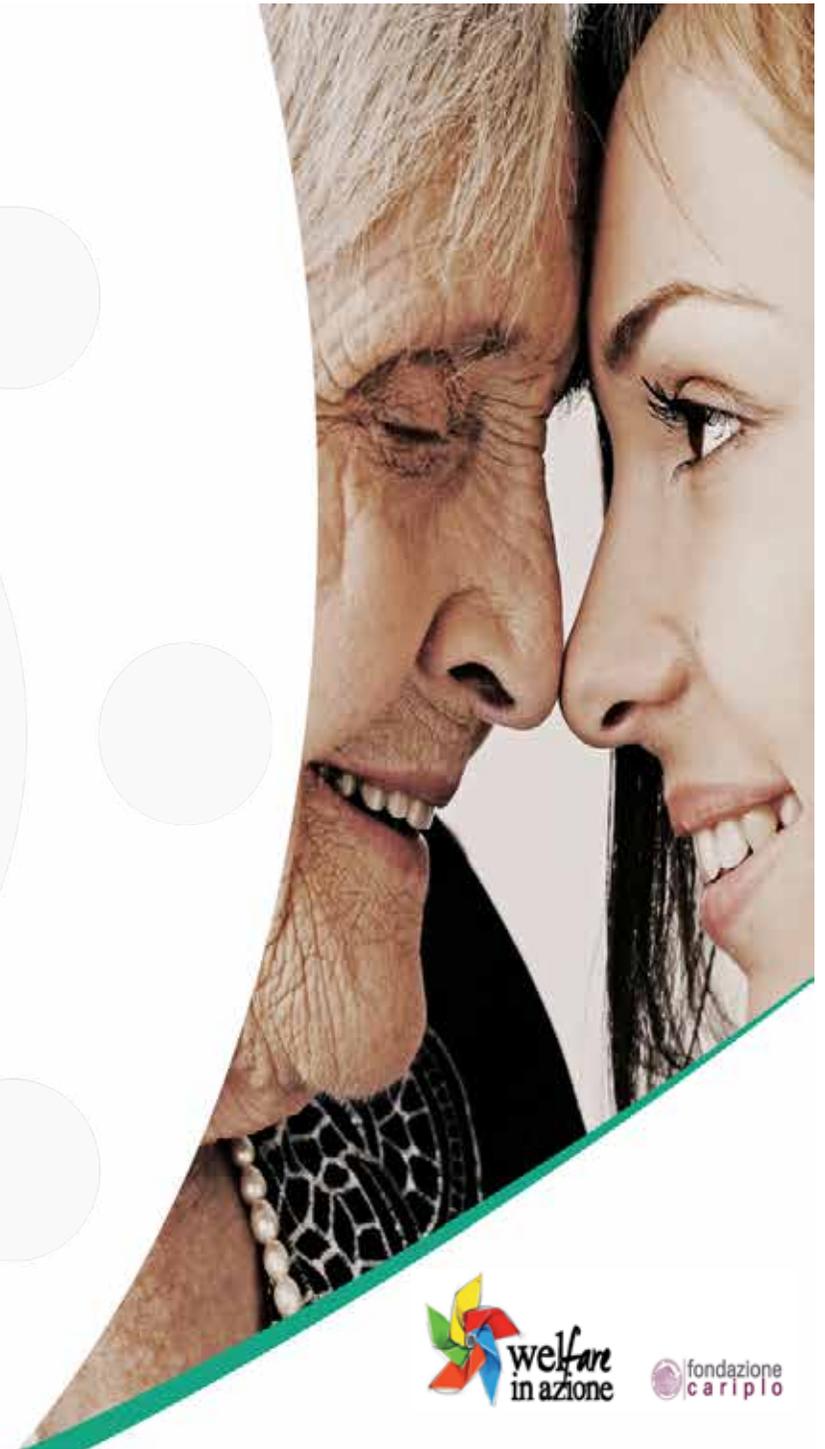
- 2 MLN euro
- 5 Regioni: Piemonte (capofila), Liguria, PACA, Carinzia, Slovenia
- 10 partner due per Regione
  - Regione Piemonte
  - ASLTO1
- Osservatori formali: Ministeri, Ordini professionali, ecc.
  - MEF

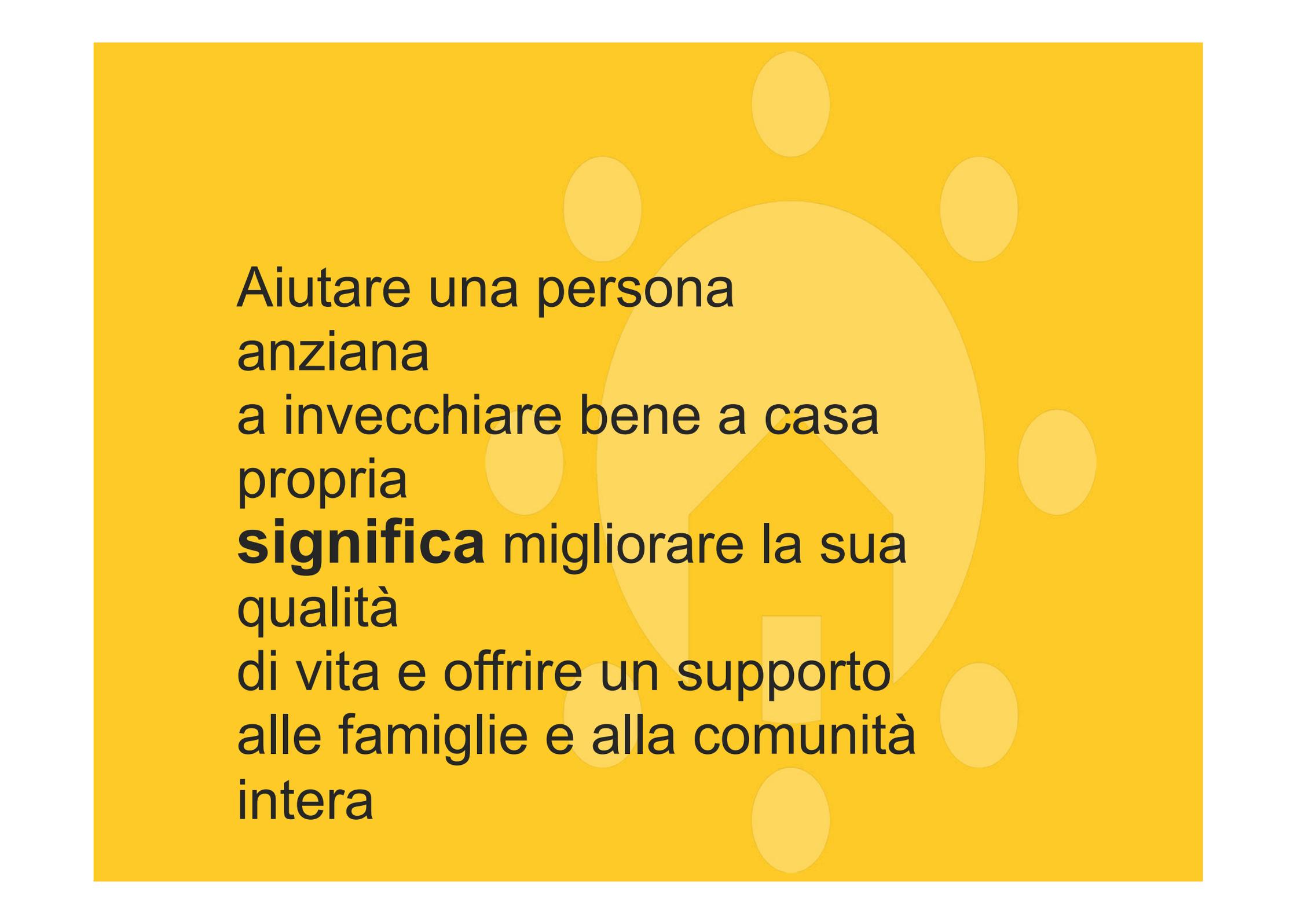


# La Cura è di Casa

LA COMUNITÀ PER IL BENESSERE  
DELLE PERSONE ANZIANE

Verbania, 30 aprile 2017



The background is a solid yellow color. In the center, there is a faint, light-colored silhouette of a house with a chimney. Surrounding the house are several semi-transparent, light yellow circles of varying sizes, some overlapping the house silhouette.

Aiutare una persona  
anziana  
a invecchiare bene a casa  
propria  
**significa** migliorare la sua  
qualità  
di vita e offrire un supporto  
alle famiglie e alla comunità  
intera

Beneficiari: anziani  
vulnerabili

# La popolazione ultra 65enne nel VCO

Fragili	Dipendenti	5.000	9.250	21,3%
	Vulnerabili	4.250		
Sulla soglia della vulnerabilità		7.020	16,1%	
Indipendenti		27.253	62,6%	
Totale ASL VCO		43.523	100,0%	

Fonte: ASL VCO 2014

## Il progetto

si rivolge agli anziani vulnerabili del VCO, che hanno bisogno del sostegno di servizi o di assistenza familiare o che sono vicini alla perdita dell' autonomia.

Offre servizi di:

- socializzazione e accompagnamento
- attività motorie, assistenza nella mobilizzazione ed educazione al movimento, monitoraggio parametri vitali e assistenza infermieristica di semplice attuazione.
- supporto psicologico e aiuto nella vita domestica



**Favorisce la permanenza dell' anziano vulnerabile nella propria casa, e solleva le famiglie dalla gestione quotidiana della persona.**

## Bisogni rilevati - servizi offerti

I servizi più richiesti sono:

1. attività di volontariato quali **socializzazione e accompagnamento**;

2. interventi di **operatori professionali**:

- **OSS** (per bagno/igiene + rilevazione parametri vitali)

- **FISIOTERAPISTI** (mobilizzazione temporanea + training della deambulazione)

-Gli **anziani vulnerabili** intercettati hanno un'età media di 81,51 anni ; maschi= 28,58 femmine: 71,42

## Qualche dato sulla base della sperimentazione di questi mesi

I servizi richiesti contemplanò mediamente:

- 1 / 2 passaggi a settimana di un volontario;
- 1 passaggio di un operatore professionale (prestazioni OSS e prestazioni fisioterapiche) ogni 10 giorni.

Ore medie/anno di Operatore professionale (Care Planner)/utente: **8 ore** (circa due/tre passaggi annuali).

## Le azioni e i risultati al 30 aprile 2017:

- ✓ sincronizzazione delle attività dei partner (CISS, RSA, Associazioni e ASL)
- ✓ **123** anziani intercettati, **99** anziani presi in carico in 6 mesi di attività
- ✓ attivazione di numerosi volontari (intercettati nel primo corso 84 persone)
- ✓ **20** eventi di raccolta fondi realizzati e 15 eventi di raccolta fondi

pianificati per il 2017

- ✓ Istituzione del **Fondo VCO Social** presso Fondazione Comunitaria;

dotazione di **€ 53.820, 40** raccolti da eventi che hanno coinvolto 124 eventi/donatori singoli

## I partner e gli obiettivi nel triennio:

**20 Partner** tra Enti pubblici, Cooperative e Associazioni di volontariato

**3 Fondazioni** del territorio

**Più di 10 Enti e Associazioni hanno già aderito** al progetto

**Aziende del territorio** che sostengono l'iniziativa

Il progetto prevede

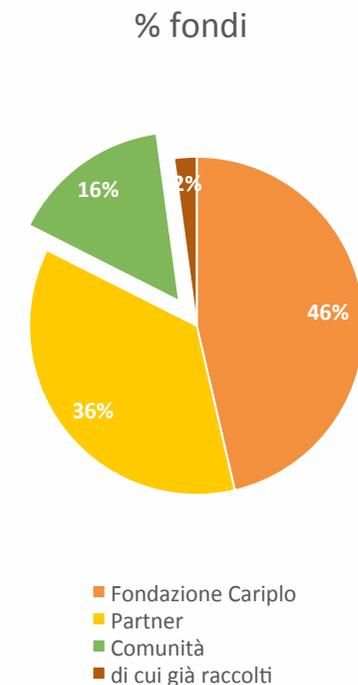
- ✓ 700 anziani presi in carico in 38.000 ore di intervento
- ✓ l'attivazione di 350 volontari
- ✓ una sperimentazione di 3 anni su tutto il territorio provinciale
- ✓ la partecipazione attiva dell'intera Comunità del VCO

## Partner ed enti aderenti alla rete

- ✓ **Capofila:** Provincia del Verbano Cusio Ossola;
- Enti del partenariato:** i tre Consorzi dei Servizi Sociali del VCO del Verbano, Cusio e Ossola; Distretto Sanitario ASL VCO; le strutture accreditate (8 RSA): Istituto Sacra Famiglia, Casa di riposo Muller, Casa albergo di Baveno, Opera Pia Domenico Uccelli, Casa dell'anziano Massimo Lagostina, Residenze assistenziali Domodossola e Villadossola, Residenza socio sanitaria Premosello, Cuore Immacolato di Maria di Re e l'Associazione Centri del VCO; le organizzazioni di volontariato: Pro Senectute, Ass. Gruppo Accompagnatori Volontari, Auser provinciale, Casa Immacolata, Associazione Contorno Viola di Verbania; il Centro Ricerca Educazione Media Informazione Tecnologia dell'Università Cattolica Sacro Cuore Milano; le Fondazioni erogative: Comunitaria VCO, Comunità Attiva di Cannobio e Vita Vitalis.
- Enti della rete:** i Comuni di Verbania, Baveno, Cannobio, Omegna, Premosello e Domodossola, i Vicariati del Verbano-Cusio-Ossola, l'Associazione familiari Alzheimer, la Comunità ossolana famiglie Alzheimer, Anteas, Associazione Life, Croce Rossa Femminile e l'Ordine Medici Chirurghi e Odontoiatri del VCO.
- ✓ **Territorio di riferimento:** quello di ASL VCO che comprende 76 comuni della Provincia del Verbano-Cusio-Ossola e 6 del novarese.

## Il budget e la Comunità

- ✓ I **costi** di progetto sono **coperti dai partner** per il 36% del totale
- ✓ **Fondazione Cariplo** ha premiato la rete e l'innovatività del progetto con un contributo pari al 46%
- ✓ Per il restante 18% si conta sull'**attivazione di risorse provenienti dal territorio** che saranno **destinate ai servizi per i beneficiari** (2% già raccolto grazie a privati e aziende locali)



La Cura è di Casa. La comunità per il benessere della persona anziana

## Raccolta fondi

La **Fondazione Comunitaria del VCO** è partner con il compito di raccogliere e moltiplicare le risorse locali per la promozione di progetti di utilità sociale.

La Fondazione Comunitaria del VCO per **La cura è di casa**:  
-ha costituito insieme ai partner il **Fondo VCO Social** per garantire sostenibilità al progetto nel tempo  
- si rivolge al territorio per attivare la comunità attorno alla buona causa.



**Fondazione**  
Comunitaria  
del VCO

La tecnologia al servizio  
delle persone

## L'innovazione tecnologica

Il progetto **La cura è di casa intende** utilizzare la tecnologia per:

- Sviluppare servizi di prevenzione degli eventi acuti presso il domicilio degli anziani;
- Offrire al sistema territoriale strumenti di pianificazione e organizzazione della rete efficienti e immediati

# La Comunicazione

# La Cura è di Casa. La comunità per il benessere della persona anziana

## Piano di comunicazione

Tre livelli di comunicazione:

1. Ai beneficiari e alle loro famiglie;
2. Ai cittadini per la ricerca di volontari;
3. Alla comunità per la raccolta fondi.

### Strumenti:

- Materiale cartaceo per raggiungere un pubblico tradizionale;
- Materiale video per una comunicazione emozionale
- Utilizzo dei social media per raggiungere il pubblico generalista, i giovani volontari e i familiari dei beneficiari
- Utilizzo dei media locali e nazionali (La Stampa, EcoRisveglio, Azzurra TV, Rai 3 Piemonte, Rete 4 Mediaset, TV 2000...)



Sostenibilità

## Verso la sostenibilità

### Nuovo modello di welfare per gli anziani:

- Definizione di un **budget distrettuale** per la vulnerabilità che coinvolga CISS, ASL, RSA in collaborazione con una rete organizzata di volontariato competente
- Compartecipazione dei cittadini

### Fundraising di comunità:

- co-progettazione di iniziative ed eventi
- realizzazione di prodotti e servizi "amici" del progetto rivolte a residenti e turisti

### Reclutamento di volontari:

- per l'erogazione di servizi agli anziani
- per l'organizzazione di eventi e iniziative a sostegno delle attività di progetto



**La Cura è di Casa**

LA COMUNITÀ PER IL BENESSERE  
DELLE PERSONE ANZIANE

Dai il tuo aiuto:

info@fondazionevco.it | 0323 557658

[www.lacuraedicasa.org](http://www.lacuraedicasa.org)

