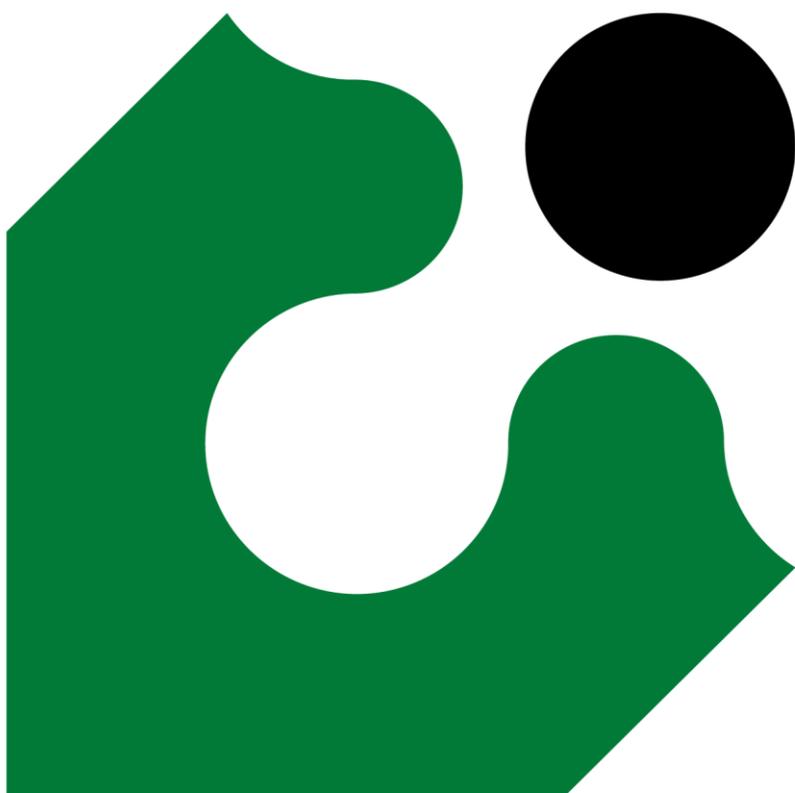




Proposta di Riorganizzazione e Gestione del Polo Territoriale della ASST Valtellina e Alto Lario

Dr.ssa Alessandra Rossodivita
**Corso di formazione manageriale
per Dirigenti di Struttura Complessa
2021**



Corso di formazione manageriale per Dirigenti di Struttura Complessa

Codice corso: DSC 2101/AE
Ente erogatore UNIMI/POLIS

L'AUTORE

Alessandra Rossodivita, direttore Programmazione strategica e Qualità e Risk Management, ASST Valtellina e Alto Lario, email : alessandra.rossodivita@asst-val.it

IL DOCENTE DI PROGETTO

Prof. Federico Lega, Professore, UNIMI

IL RESPONSABILE DIDATTICO SCIENTIFICO

Prof. Federico Lega, Professore, UNIMI



Pubblicazione non in vendita.
Nessuna riproduzione, traduzione o adattamento
può essere pubblicata senza citarne la fonte.
Copyright® PoliS-Lombardia

PoliS-Lombardia
Via Taramelli, 12/F - 20124 Milano
www.polis.lombardia.it

INDICE

INDICE.....	3
INTRODUZIONE	4
I principi guida dello sviluppo della legge regionale 23/2015	5
Assetto e governance	5
La rete territoriale	6
Le relazioni del sistema socio sanitario	9
OBIETTIVI STRATEGICI E SPECIFICI DEL PROGETTO.....	12
DESTINATARI/BENEFICIARI DEL PROGETTO.....	13
METODOLOGIA ADOTTATA.....	14
DESCRIZIONE DEL PROGETTO POLARIS.....	16
1.2.1 Breve storia degli ospedali	19
Assistenza ospedaliera	20
LE STRUTTURE ACCREDITATE	20
1.2.2 L'ORGANIZZAZIONE ASST - POLO OSPEDALIERO - POLO TERRITORIALE	24
REALIZZAZIONE.....	31
RISULTATI ATTESI	31
RIFERIMENTI NORMATIVI.....	33
BIBLIOGRAFIA	34
SAGGI.....	35
SITOGRAFIA	36

INTRODUZIONE

Il percorso di revisione della legge regionale 23/2015 che regola il Servizio Sanitario in Lombardia (SSR), attualmente in corso, unitamente alla crisi sanitaria emersa a seguito della pandemia da SARS - COV 2, ed al Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR) rappresentano oggi i punti cardini di una nuova sfida per mettere in campo azioni correttive e di miglioramento del Sistema Sanitario Lombardo, che veda nell'approccio "One Health" una nuova visione del modello sanitario nella sua interezza.

La pandemia da SARS-COV-2 che ha colpito l'economia italiana più di altri Paesi europei, ed in particolare Regione Lombardia, ha messo in evidenza ombre e luci del sistema sanitario, tali da richiedere un ripensamento strategico organizzativo della sua governance sanitaria, non solo a livello nazionale ma anche a livello regionale, per rispondere ai nuovi bisogni di cura della popolazione, alla domanda di ammodernamento, all'esigenza di innovazione tecnologica, e all'equità di accesso alle cure. In particolare in Regione Lombardia si è evidenziata la necessità di un miglioramento della rete territoriale, seppur nel rispetto dei principi cardine sottesi al SSR Lombardo.

Scopo di questo documento è quello di analizzare il percorso di revisione della legge 23/2015, avviato da Regione Lombardia, anche alla luce delle linee d'intervento proposte dal PNRR in tema di salute e riorganizzazione dell'assistenza territoriale, nell'ottica di proporre un modello organizzativo gestionale del Polo Territoriale della ASST Valtellina e Alto Lario, che in considerazione delle specificità e delle problematiche rappresentate dalle caratteristiche intrinseche al suo territorio montano, possa rispondere più adeguatamente alle esigenze della popolazione ed al contempo essere innovativo ed in linea con la vision dell'evoluzione dell'Riforma del Sistema Sanitario Lombardo (SSR).

PREMESSA

Con la DGR 4811 del 31.05.2021 sono state approvate le attese linee di sviluppo dell'assetto del sistema socio sanitario delineato dalla l.r. 23/2015, che, a cinque anni dalla sperimentazione, sulla base delle raccomandazioni di AGENAS, del Ministero della Salute ed a seguito dell'emergenza sanitaria scatenata dal COVID-19, e delle linee guida del PNRR (in particolare della missione 6), indicano i temi chiave ed le proposte di modifica (l.r. 23/2015; Agenas 2020; PNRR 2021, 16° Rapporto Sanità, 2020) .

Si riassumono qui di seguito i principali contenuti delle linee di sviluppo, in considerazione che lo scopo di questo documento è quello di proporre un modello gestionale organizzativo del Polo Territoriale della ASST Valtellina e Alto Lario (ASST), in linea con tali principi guida ed ispirati ad una concezione di Sanità di Montagna.

I principi guida dello sviluppo della legge regionale 23/2015

I principi guida dello sviluppo previsto per la legge regionale 23/2015 si fondano su tre pilastri:

- **L'approccio One Health:** ovvero costruire una governance che assicuri la protezione e la promozione della salute globale per le persone, gli animali e l'ambiente. Tale approccio è stato introdotto per la prima volta nell'ambito della programmazione regionale in materia sociosanitaria con la DGR n. 4508/2021 "Determinazioni in ordine agli indirizzi di programmazione per l'anno 2021" e viene richiamato anche nel PNRR.
- **La libertà di scelta del cittadino** che possa identificare e intraprendere il proprio percorso di diagnosi e cura, sia nella scelta delle strutture sanitarie e sociosanitarie che nella scelta del personale sanitario. E' uno dei principi cardine già in auge nel sistema sanitario lombardo su cui si intende continuare ad investire.
- **Il rapporto tra pubblico e privato:** la convivenza di strutture pubbliche e private che ha permesso nel tempo l'innalzamento della qualità delle cure e l'accesso rappresenta un altro pilastro del sistema sociosanitario lombardo. Equivalenza, Integrazione e sussidiarietà rappresentano, pertanto, valori da salvaguardare e rafforzare nel percorso di riforma.

Assetto e governance

Direzione generale welfare

Non si prevedono modifiche sostanziali delle funzioni in capo all'Assessorato al Welfare, quanto piuttosto un consolidamento del ruolo di guida del sistema mediante il rafforzamento della funzione di indirizzo nei confronti delle Agenzie di Tutela della Salute (ATS) e degli erogatori pubblici e privati.

Il ruolo delle ATS

Le linee guida prevedono di completare pienamente la separazione delle funzioni di programmazione, acquisto, controllo (in capo alle ATS) da quelle erogative (in capo alle ASST). Tale obiettivo, già statuito con la legge regionale n. 31/1997, è stato infatti parzialmente realizzato con la legge regionale n. 23/2015 in quanto alcune funzioni erogative, in particolare connesse con l'assistenza primaria, sono rimaste all'interno delle ATS.

I compiti delle ASST

Presso le ASST troveranno collocazione le sedi dei Distretti e tutte le attività erogative inerenti le prestazioni sanitarie e socio sanitarie territoriali e la continuità del percorso assistenziale. Alle ASST afferiranno i Dipartimenti di Cure Primarie, Salute Mentale e il Dipartimento funzionale di prevenzione e continueranno ad essere articolate in due poli:

- Polo Ospedaliero, a sua volta articolato in dipartimenti;
- Polo territoriale, articolato in Distretti, cui afferiscono i presidi territoriali quali punti erogativi delle prestazioni.

In considerazione del ruolo fondamentale ricoperto dal Distretto, l'ASST sarà la sede di rilevazione dei bisogni del territorio di riferimento, in raccordo con:

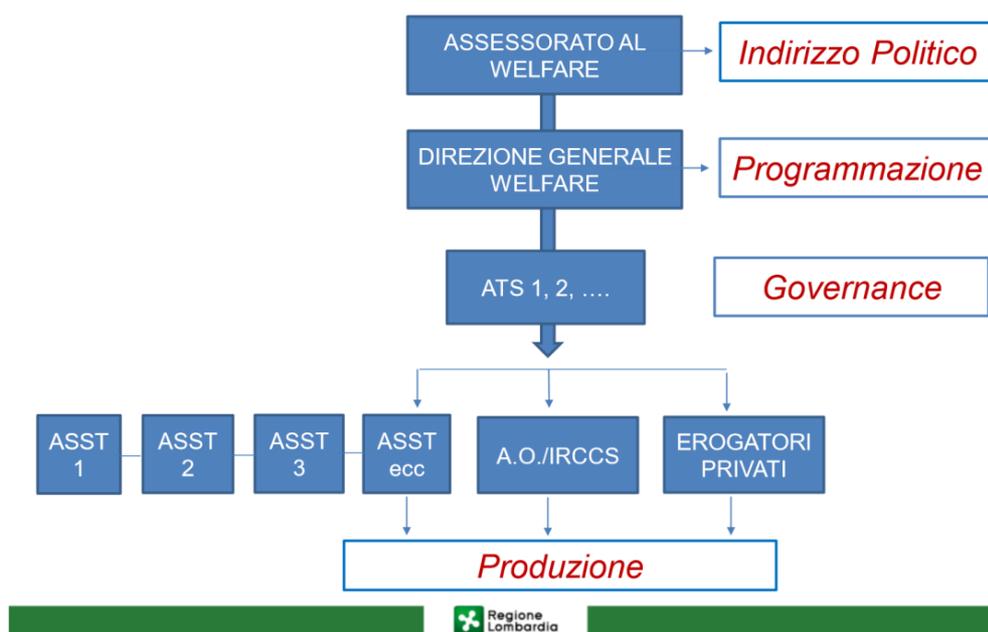
- la Conferenza dei Sindaci a livello di Direzione Generale;
- con i delegati dei sindaci espressione dei rispettivi territori di competenza a livello distrettuale.

Le Aziende Ospedaliere

Le linee guida, al fine di valorizzare i centri di eccellenza lombardi nell'ambito dell'erogazione di prestazioni sanitarie di elevata complessità e specializzazione, prevedono, la possibilità di istituire Aziende Ospedaliere. Tali strutture erogheranno prestazioni sanitarie di elevata complessità, e garantiranno la continuità dei percorsi di cura in integrazione con gli altri erogatori. La possibile istituzione delle Aziende ospedaliere dovrà tenere conto dei modelli organizzativi territoriali. Ciò avverrà attraverso un'analisi approfondita effettuata dall'assessorato al Welfare entro 24 mesi dall'approvazione della legge regionale e sarà sottoposta al parere preventivo della Commissione consiliare competente.

Tabella 1. Proposta assetto organizzativo del SSR – nuove linee sviluppo

Assetto organizzativo del SSR



(Fonte: Regione Lombardia Luglio 2021)

La rete territoriale

Potenziamento della rete territoriale

Obiettivo prioritario dello sviluppo della legge regionale è il consolidamento della continuità ospedale – territorio a coronamento del percorso iniziato con la l.r. 23 del 2015:

- valorizzazione delle professioni sanitarie (infermieri, tecnici sanitari, OSS ecc.) e della figura dell'infermiere di famiglia e continuità all'interno del Polo Territoriale;
- costituzione delle Centrali Operative Territoriali (COT) quali punti di accesso territoriali (fisici e digitali) per facilitare e governare la rete di offerta socio-sanitaria all'interno del distretto;
- definizione di protocolli e percorsi gestiti dalle COT per le dimissioni dei pazienti fragili e regolamentazione del relativo progetto individuale (con il coinvolgimento di MMG, specialisti e assistenti sociali);
- implementazione del servizio di assistenza domiciliare integrata;
- rafforzamento tecnologico degli strumenti per l'assistenza domiciliare per il telemonitoraggio di pazienti fragili a domicilio;
- integrazione con i servizi sociali degli enti locali;
- potenziamento del Dipartimento di salute mentale e neuropsichiatria infantile con sviluppo dei servizi territoriali e rete di posti letto ospedalieri.

Particolare attenzione sarà rivolta alla medicina territoriale che rappresenta sempre più l'interfaccia privilegiata tra il cittadino e il sistema socio sanitario, anche attraverso una sempre maggiore integrazione tra i MMG/PLS e gli specialisti ambulatoriali e ospedalieri.

Il Distretto

Le linee guida sottolineano che il Distretto deve configurarsi come la sede fisica, facilmente riconoscibile e accessibile dai cittadini, di valutazione del bisogno locale (che deve avvenire con il coinvolgimento dei sindaci al fine di rendere effettiva la programmazione locale), della programmazione territoriale e dell'integrazione dei professionisti sanitari (MMG/PLS, specialisti ambulatoriali, infermieri, assistenti sociali, ecc.). Si prevede l'istituzione di un Distretto ogni 100.000 abitanti nell'ambito del quale troveranno collocazione: dipartimento di cure primarie; assistenza specialistica ambulatoriale; prevenzione individuale; prevenzione e cura tossicodipendenze; consultori familiari; attività rivolte a disabili e anziani; attività rivolte agli adolescenti; medicina dello sport; centrale operativa territoriale; assistenza domiciliare integrata; valutazione multidisciplinare; cure palliative; medicina di comunità – infermiere di famiglia; assistenza farmaceutica; assistenza protesica.

Le Case della comunità

Le Case della comunità andranno a rimodulare l'esperienza oggi rappresentata dai Presst e diventeranno lo strumento attraverso cui coordinare tutti i servizi offerti, in particolare ai malati affetti da patologie croniche. Sarà una struttura fisica in cui opereranno team multidisciplinari di MMG/PLS, medici specialistici, infermieri di comunità, altri professionisti e assistenti sociali. In relazione alle indicazioni del PNRR le linee guida prevedono di individuarne una almeno ogni 50.000 abitanti.

Le Centrali Operative Territoriali (COT)

Le Centrali Operative Territoriali (COT), configurate come punti di accesso fisici e digitali collocati all'interno dei singoli distretti, saranno lo strumento facilitante l'accesso del cittadino al Sistema delle cure territoriali. In particolare avranno la funzione di coordinare i servizi domiciliari con gli altri servizi sanitari, assicurando l'interfaccia con gli ospedali e la rete di emergenza-urgenza; garantiranno e coordineranno la presa in carico dei pazienti "fragili", rilevando i bisogni di cura e assistenza e garantendo la continuità del percorso assistenziale tra Ospedale e Territorio con il coinvolgimento degli enti locali e degli enti del terzo settore; dovranno essere dotate di una piattaforma di interconnessione con tutte le strutture presenti sul territorio sperimentando anche strumenti di Intelligenza Artificiale e Machine Learning a supporto della gestione clinica e organizzativa dei pazienti.

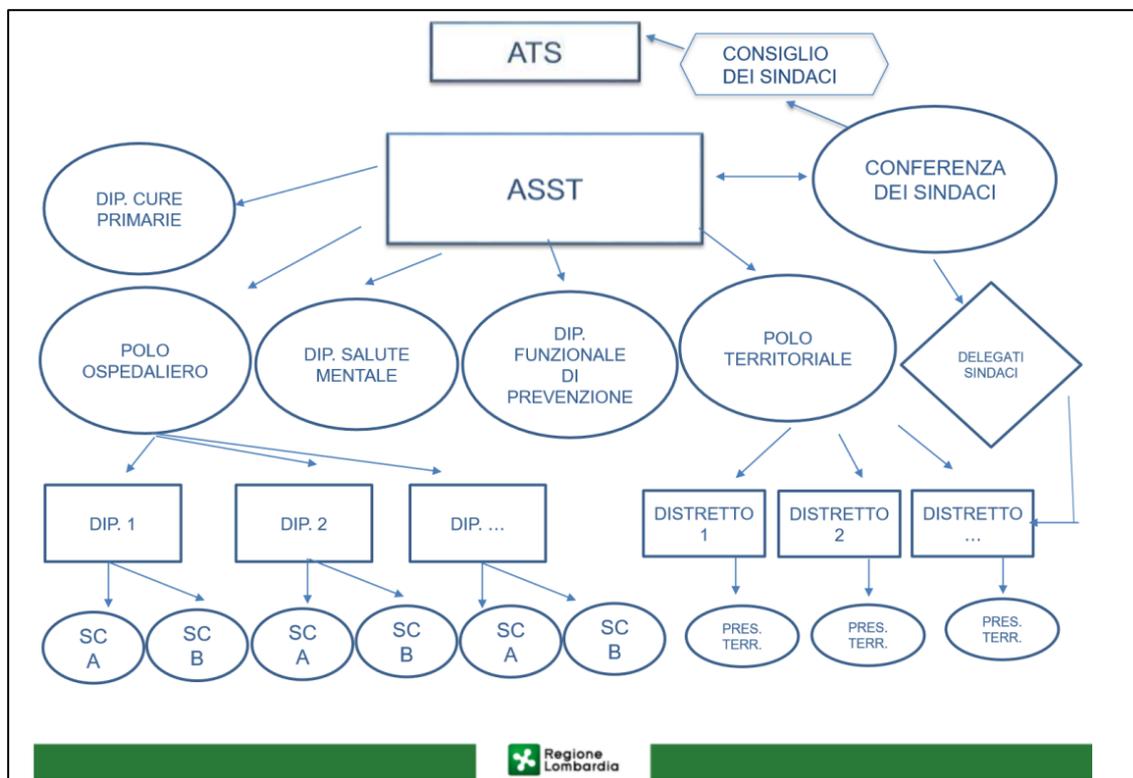
Gli Ospedali di comunità

Le linee di sviluppo, sulla base delle indicazioni del PNRR, prevedono di realizzare almeno un Ospedale di Comunità (oggi rappresentati nel sistema lombardo dai POT) per ogni ASST. Si collocheranno all'interno della rete territoriale e sono finalizzati a ricoveri brevi destinati a pazienti che necessitano di interventi sanitari a bassa intensità clinica, di livello intermedio tra la rete territoriale e l'ospedale. La realizzazione deriverà prioritariamente dalla ristrutturazione o rifunzionalizzazione di strutture esistenti (ad es. strutture ambulatoriali o reparti ospedalieri).

La telemedicina

In aderenza a quanto previsto dal PNRR nell'ottica del potenziamento dei servizi domiciliari come obiettivo fondamentale del miglioramento dell'assistenza sanitaria, si prevede lo sviluppo della telemedicina in ogni ambito clinico e lungo l'intero percorso di prevenzione e cura che potrà estrinsecarsi nelle forme di tele-assistenza, televisita, teleconsulto, telemonitoraggio, telerefertazione, in una logica di integrazione con il sistema di prenotazione regionale e il fascicolo sanitario elettronico. Un obiettivo della proposta di riforma è quello di promuovere il modello lombardo pubblico/privato anche attraverso la costituzione di una cabina di regia Regionale per l'analisi delle esperienze esistenti e messa in rete dei sistemi più performanti.

Tabelle 2-3. Proposta assetto territoriale del SSR – nuove linee sviluppo



(Fonte: Regione Lombardia Luglio 2021)



(Fonte: Regione Lombardia Luglio 2021)

Le relazioni del sistema sociosanitario

L'ultimo capitolo delle linee guida tratta:

- **i rapporti del sistema sociosanitario con le realtà produttive:** creare maggiori sinergie prevedendo di investire su welfare aziendale, ricerca biomedica e trasferimenti tecnologici
- **i rapporti con il sistema di istruzione e delle Università:** realtà con cui sono già presenti rilevanti collaborazioni che vanno rafforzate
- **il raccordo con le politiche di programmazione sociale:** sul versante dell'integrazione tra l'Area Sociosanitaria e Sociale, si prevede di assicurare il raccordo con l'Assessorato e la Direzione Generale Famiglia, al fine di:
 - garantire la continuità, l'unitarietà degli interventi e dei percorsi di presa in carico delle famiglie e dei suoi componenti fragili, con particolare attenzione alle persone con disabilità;
 - favorire l'attuazione delle linee guida per la programmazione sociale territoriale;
 - definire indirizzi in materia di vigilanza e controllo sulle Unità di offerta operanti in ambito sociale;
 - promuovere strumenti di monitoraggio che riguardano gli interventi e la spesa sociale e sanitaria (come ad es. la cartella sociale).

Tabella 4. Percorso di cura – nuove linee sviluppo (fonte Regione Lombardia Luglio 2022)



(Fonte: Regione Lombardia Luglio 2021)

Le integrazioni recepite dalla DGR n. 4885 del 14.06.2021 prevedono inoltre:

Il Centro di Coordinamento della ricerca avanzata in tema di prevenzione e controllo delle malattie infettive: nell'ottica dell'approccio One Health, la revisione della l.r. 23/2015 dovrà prevederne l'istituzione, valorizzando i centri di ricerca avanzata presenti sul territorio lombardo la cui eccellenza è riconosciuta a livello internazionale, al fine di consentire il raccordo tra risultati della ricerca e la sua applicazione nelle azioni di governo del territorio in relazione alla tutela e promozione della salute.

Medicina dello Sport: attività sportiva e motoria quale parte integrante dei percorsi di cura e riabilitazione e non solo come attività complementare ad un corretto stile di vita. Nel quadro di riforma si prevede di accompagnare e consolidare questo approccio.

Medicina del Lavoro: la pandemia ha portato nuovamente all'attenzione l'importanza della medicina del lavoro in termini di prevenzione di malattie lavoro correlate e, soprattutto, in tema di prevenzione di infortuni gravi e mortali sui luoghi di lavoro. Si ritiene prioritario che nella riforma si dedichi attenzione a questa area di Prevenzione, quale indispensabile strumento per accompagnare la ripresa delle attività da parte delle imprese.

Professioni sanitarie: il potenziamento delle strutture territoriali e la nuova impostazione che pone al centro della continuità dei percorsi di cura e riabilitazione l'integrazione dei professionisti anche attraverso le Case della Comunità e gli Ospedali di Comunità, richiede particolare investimento su tutte le professioni infermieristiche, tecniche sanitarie, della riabilitazione e della prevenzione. Si prevede anche un maggior coinvolgimento dei rappresentanti delle professioni sanitarie nell'ambito della programmazione regionale, anche attraverso l'istituzione di un organismo per consentire la partecipazione degli ordini nelle fasi propedeutiche alle scelte programmatiche.

Farmacia dei Servizi La farmacia rappresenta un punto di riferimento capillare per il cittadino e, nel corso della pandemia da Covid-19 ha dimostrato nuovamente il suo ruolo centrale nella rete dei servizi alla popolazione. La funzione della farmacia, peraltro, da tempo non è limitata alla vendita e distribuzione dei farmaci, ma si connota nell'erogazione di una serie di servizi più ampia. Ad es. esecuzione tamponi, prenotazione visite, dal 2021 esecuzione vaccini, raccolta autocertificazioni da reddito per fruire dell'esenzione, etc... punto di raccolta per lo screening del colon-retto, distribuzione di ausili diabetici per conto di Regione, distribuzione di ausili per stomizzati. Il percorso di riforma deve valorizzare la centralità, la capillarità e le funzioni svolte dalle farmacie.

SANITA' DI MONTAGNA

Nell'ambito della Linee di sviluppo della l.r. 23/2015 capitolo a parte viene dedicato alla Sanità di Montagna.

Infatti la l.r. 23/2015 ha posto in luce, la peculiarità territoriale rappresentata dall'area montana (territorio molto vasto e non densamente popolato), nell'ambito del quale sviluppare e implementare particolari modelli gestionali, organizzativi e aziendali. Con la revisione della legge regionale si intende investire maggiormente e in modo più dettagliato rispetto a quanto previsto finora, su una serie di strumenti e di modalità al fine di conseguire una sanità di montagna realmente capace di rispondere ai bisogni dei cittadini.

Nell' ottica di una corretta applicazione della riforma del SSR 23/2015 che si propone un modello organizzativo e gestionale del Polo territoriale della ASST della Valtellina e Alto Lario per poter meglio rispondere alle criticità sanitarie di un territorio montano ed ai bisogni della popolazione, anche alla luce di tutte le criticità emerse durante la Pandemia e delle risorse umane ad oggi non adeguate alle necessità per una corretta erogazione di prestazioni sanitarie.

OBIETTIVI STRATEGICI E SPECIFICI DEL PROGETTO

“Nell'elaborare una strategia è importante riuscire a vedere le cose che sono ancora distanti come se fossero vicine ed avere una visione distaccata delle cose che, invece, sono più prossime.”

MIYAMOTO MUSASHI

Perché: Come affrontare le nuove sfide di salute globale POST COVID?

“Health Security after COVID experience: Protect populations across the globe by strengthening global public health prevention, detection, and response”

L'esperienza legata al COVID ha innescato molte riflessioni sul nostro sistema sanitario in cui la sicurezza delle cure, la necessità di lavorare sulle cure territoriali, la prevenzione e tematiche di sanità pubblica, per una diagnosi, sorveglianza e risposta adeguate guidano oggi le nostre scelte per il cambiamento.

Nasce da qui il progetto **POLARIS “PROPOSTA DI RIORGANIZZAZIONE E GESTIONE DEL POLO TERRITORIALE DELLA ASST VALTELLINA E ALTO LARIO”**.

Gli obiettivi strategici e specifici di questo progetto si prefiggono di proporre un modello di riorganizzazione del POLO territoriale della ASST Valtellina e Alto Lario, in linea con le nuove linee di sviluppo della legge regionale 23/2015, del PNRR e delle esigenze di una Sanità di Montagna, profondamente differente dalle aree metropolitane, per configurazione orografica, dimensioni geografiche, densità di popolazione, accessibilità alle cure e carenza di risorse umane, nell'ottica di armonizzare e recepire quanto anche rilevato da AGENAS ed in linea con la Mission e Vision non solo di Regione Lombardia e dell' SSR, ma anche della Mission e Vision della ASST, e nel solco delle sue linee generali strategiche, già tracciate, al fine di suggerire un modello sperimentale, operativo ed al contempo innovativo.

Verranno pertanto descritti nei capitoli successivi il contesto della Valtellina e le sue caratteristiche intrinseche, le peculiarità della Sanità di montagna e nel dettaglio l'assetto organizzativo attuale della Azienda Socio Sanitaria della Valtellina (ASST VALT) sia sul versante ospedaliero che territoriale, nonché la sua MISSION e VISION.

Infine si descriverà un modello organizzativo gestionale di riforma del Polo territoriale della ASST VALT, rispondendo al perché sia necessario e come realizzarlo ed eventuali risultati attesi secondo le seguenti linee d'intervento:

- **Rafforzare l'integrazione tra ospedale e territorio** facendo leva sul rilancio e sulla valorizzazione di alcune soluzioni organizzative e di alcuni strumenti previsti dalla riforma lombarda (incremento numerico dei Presidi ospedalieri territoriali e dei Presidi socio sanitari territoriali; potenziamento del servizio di ADI; valorizzazione della Gestione Operativa anche in sede di dimissione; investimento ulteriore sul fascicolo sanitario elettronico; estensione modello di Presa in Carico (PIC) dei pazienti cronici) e investire sull'introduzione o il rafforzamento di innovazioni organizzative (introduzione della figura dell'infermiere di comunità e dell'infermiere di famiglia; promozione di forme di cooperazione/agggregazione dei Medici di Medicina Generale (MMG), Pediatri di Libera Scelta (PLS), e specialisti, soprattutto in configurazioni multi-specialistiche).

- Rispetto all'ambito specifico delle cure primarie, **promuovere e favorire forme di aggregazione dei MMG/PLS**, non necessariamente nella configurazione di gruppi mono-professionali ma soprattutto favorendo gruppi multi-specialistici (MMG e specialisti ambulatoriali).

-Favorire il concetto di salute Globale associato al benessere psico-fisico, secondo i principi ispirati dal "ONE HEALTH".

-Sviluppare modelli di reti di collaborazione e partenariato a livello locale, regionale, nazionale ed internazionale per promuovere i concetti di Global Health.

-Garantire la continuità e l'appropriatezza nell'accesso alla rete dei servizi e delle Unità d'Offerta deputate all'erogazione delle prestazioni sanitarie, sociosanitarie e sociali in un contesto di sanità di montagna, attualmente anche in grave sofferenza per la carenza di adeguate risorse sanitarie.

- Sviluppare modelli e processi organizzativi che assicurino l'integrazione e il raccordo tra tutte le competenze professionali coinvolte, ospedaliere e territoriali, con la creazione di specifiche reti di cura, in collaborazione con altre realtà territoriali.

- Attivare modalità innovative di presa in carico della persona cronica o fragile, polipatologica anche attraverso l'utilizzo di nuove tecnologie ed in particolare utilizzo di strumenti di Telemedicina, Teleconsulto e Telemonitoraggio.

- Sviluppare una rete di integrazione fra la componente sanitaria, sociosanitaria e sociale mediante la costruzione di relazioni formali ed informali con soggetti esterni all'Azienda per attuare la presa in carico delle persone in condizioni di cronicità e fragilità .

- Supportare e riordinare l'erogazione delle prestazioni territoriali, al fine di assicurare alla persona e alla sua famiglia sia il soddisfacimento del bisogno sanitario in fase acuta, che la continuità nel percorso assistenziale in fase cronica.

- Perseguire l'efficientamento e la valorizzazione delle strutture del POLO territoriale in linea con la progettualità proposta dal PNRR.

- Offrire assistenza per l'acuzie per favorire l'ottimizzazione dei percorsi interni e lo sviluppo delle sinergie tra le competenze multiprofessionali, al fine di pervenire all'inquadramento clinico diagnostico e l'individuazione del più corretto percorso di cura e riabilitazione.

DESTINATARI/BENEFICIARI DEL PROGETTO

Destinatari di tale progetto saranno tutti coloro che a vario titolo rientreranno nella progettualità, realizzazione ed utilizzo-usufruzione di tale progetto.

Inparticolare le Direzioni strategiche della ASST e di ATS saranno i destinatari principali di tale proposta, con particolare attenzione alla Direzione Socio Sanitaria, come responsabile della governance del Polo territoriale di ASST. Ma particolare attenzione dovrà essere posta anche alle istituzioni della Valtellina, ai principali stakeholders ed alla cittadinanza.

METODOLOGIA ADOTTATA

“We must preserve the power of intrinsic motivation, dignity, cooperation, curiosity, joy in learning, that people are born with”

W.EDWARDS DEMING

La metodologia utilizzata nasce in particolare da un’approccio multidisciplinare, intersettoriale integrato, dovuto anche in parte all’esperienza personale maturata dalla sottoscritta nel corso degli anni e delle proprie esperienze professionali, lavorative e scientifiche, che l’ha condotta ad utilizzare ed unire più strumenti metodologici, che qui di seguito si descrivono :

- ✓ Analisi documentale: partendo dall’analisi del Piano Organizzativo Strategico Aziendale (POAS) della ASST, e ss.mm.ii., della sua MISSION E VISION; dall’analisi del contesto interno e dei suoi punti di forza e debolezza; dall’analisi del contesto esterno e dei rischi ed opportunità, proseguendo con l’analisi del sistema di sanità di Montagna, seguendo la linee di analisi mutate dal Risk assessment e dal Risk management; un approccio metodologico basato su strumenti applicati in altri ambiti, secondo il concetto del ciclo di Deming (1982)- PDCA (Plan Do Check Act).
- ✓ Metodologie di Programmazione strategica, seguendo le linee programmatiche di un Sistema progettuale, con declinazione di MISSION, VISION a lungo raggio (Lega 2005, 2020; Carbone 2013) ed principi di governance sanitaria, basati sull’utilizzo di indicatori delle performance sanitarie (Nutri 2014,2018,2019)
- ✓ Global Health Vision incentrata sui concetti di:
 - “Putting People First” – I bisogni della popolazione al primo posto
 - “A world in which everyone can live healthy, productive lives”- garantire salute e benessere psico fisica indipendentemente dal contesto in cui si vive
 - “Engaging countries and strengthening partnerships” – Stringere alleanze

(WHO; CDC; Garrett 2007; Drain 2007; Koplan 2009; Bozorgmehr 2010; Marušić 2013; Chen 2020)

- ✓ Applicazione di modelli di ricerca di processi dinamici in Information Technology (IT) , sullo studio della rete - Web e delle reti complesse o “ complex networks”, e traslandoli al campo operativo di sviluppo di reti di comunicazione e relazioni formali ed informali, applicando in particolare le teorie di Albert Lazlo Barabasi (1999,2001) e Strogatz (1998). Infatti dalla neurobiologia ai sistemi ecologici, dai sistemi di comunicazione ai sistemi sociali, negli ultimi anni lo studio delle reti complesse ha portato a notevoli risultati, quanto a capacità di spiegare strutture, meccanismi di evoluzione e processi dinamici (Watts 1998, 2004). Lo studio di modelli e metodi della “scienza delle reti”, sviluppati nel corso degli anni, a partire da Barabasi (1999, 2001) ed il loro inquadramento nella più vasta classe delle teorie sul caos e la complessità, nonché l’applicazione di principi di meccanica statistica, hanno dato la possibilità di descrivere un insieme molto vasto di fenomeni e sistemi naturali, artificiali, sociali ed economici (Baggio 2012). La topologia di una rete complessa, cioè la forma e la distribuzione dei suoi elementi (nodi e collegamenti), è oggi considerata non più una curiosità accademica, ma una proprietà caratteristica e misurabile ((Ravasz 2008; Galindo 2012; Gursky 2012; Tikhomirov 2015). Le tecniche matematiche alla base della scienza delle reti fanno parte di quella disciplina nota come teoria dei graf (Barabasi 1999,2001; Watts 2004). I sistemi a rete,

attraverso la loro rappresentazione matematica, sono eccellenti candidati per simulazioni numeriche, che si stanno imponendo come strumenti di supporto per l'analisi e la pianificazione di sistemi sociali ed economici quando la complessità degli stessi impedisce di usare efficacemente metodi più tradizionali di studio (Ravasz 2008, Galindo, 2012; Gursky, 2012, Tikhomirov 2015).

DESCRIZIONE DEL PROGETTO POLARIS

PREMESSA

Il progetto POLARIS si incentra sulla proposta di un modello gestionale riorganizzativo del Polo territoriale della ASST, da sviluppare nell'arco di tre – cinque anni, che nasce dalla esigenza di armonizzare i bisogni di salute di un territorio montano, differente dai contesti urbani delle aree metropolitane, in virtù delle sue caratteristiche intrinseche, ma anche delle sue potenzialità, alla luce della necessità cogente emersa a seguito di nuove criticità, una delle quali è rappresentata dalla pandemia da SARS COV-2, congiuntamente alla difficile reperimento di risorse umane sanitarie.

In tale ottica è necessario un ripensamento di modelli organizzativi di assistenza sanitaria, in cui si passi da un concetto di assistenza « Ospedale centrica » ad un concetto di assistenza “Territorio centrica” , ovvero un bilanciamento organizzativo gestionale tra polo ospedaliero e polo territoriale, che garantisca la presa in carico del paziente/utente, secondo un iter di continuità tra ospedale e territorio e nell'armonizzazione di percorsi di cura , in particolare per il malato fragile e/o cronico, o polipatologico secondo i principi di GLOBAL HEALTH E ONE HEALTH. (Garrett 2007; Drain 2007; Koplan 2009; Bozorgmehr 2010; Marušić 2013; Chen 2020)

*“One Health” riconosce che la salute degli esseri umani è legata alla salute degli animali e dell'ambiente. “One Health” - riconoscendo che la salute delle persone, degli animali e gli ecosistemi sono interconnessi - promuove l'applicazione di un **approccio collaborativo, multidisciplinare, intersettoriale e coordinato per affrontare i rischi potenziali o già esistenti** che hanno origine dall' interfaccia tra ambiente animali-ecosistemi umani. Indipendentemente da quale delle tante definizioni di “One Health” venga utilizzata, il tema comune è la collaborazione in tutti i settori che hanno un impatto diretto o indiretto sulla salute lavorando attraverso silos trasversali ai diversi settori e ottimizzando le risorse e gli sforzi nel rispetto dell'autonomia dei vari settori. Per migliorare l'efficacia dell'approccio “One Health”, vi è la necessità di stabilire un migliore equilibrio settoriale tra i gruppi e le reti esistenti, in particolare tra veterinari e medici, e per aumentare la partecipazione degli operatori ambientali e del settore faunistico, così come di sociologi, architetti, decisori istituzionali ed esperti dello sviluppo sostenibile.*

(Fonti: Ministero della Salute, 2021; World Health Organisation 2021; Centers for Disease Prevention and Control; Food and Agriculture Organisation United Nations 2021; – World Organisation for Animal Health, 2021)

Figura 1.



(Fonte: CDC – One Health Approach November 2021)

Il progetto POLARIS è infatti orientato a superare la frammentazione e la distinzione dei percorsi di cura tra ospedale e territorio, tra sanitario e sociosanitario e a gettare le basi di un nuovo sistema integrato ospedale - territorio, incentrato su un approccio “Global Health” e “One Health”, in un’ottica ***collaborativa, multidisciplinare, intersettoriale e coordinata dei vari attori***.

In particolare le linee tematiche principali saranno : l’utilizzo capillare delle tecnologie informatiche, lo sviluppo ed incremento della Telemedicina e del Teleconsulto, la definizione di nuovi punti di erogazione di cure, attraverso l’utilizzo e l’apertura di case di Comunità e gli Ospedali di Comunità, nel rispetto delle esigenze della popolazione e dell’efficientamento di un sistema esistente, ma carente di risorse umane adeguate e nell’ottica di favorire l’innovazione tecnologica. Infine si propone l’utilizzo di modelli matematici, provenienti dallo studio dinamico delle reti “complex networks“, per l’applicazione dell’evoluzione del concetto delle reti stesse , come sistemi dinamici di comunicazione, che favoriscano la costruzione di silos di conoscenza e network di collaborazione formali ed informali, interni ed esterni al sistema sanitario, che ne garantiscano la sostenibilità, equità, innovazione ed accessibilità.



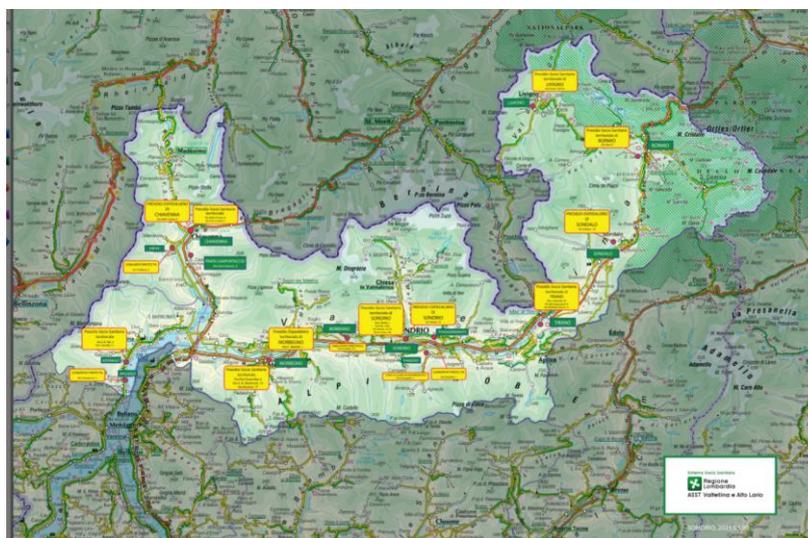
Il progetto POLARIS viene rappresentato come una stella polare del cambiamento, in quanto è fondamentale nel momento del cambiamento fissare gli obiettivi del viaggio/progetto che si vuole intraprendere, essere sì flessibili alle diverse influenze e determinanti, che ne definiscono le caratteristiche, ma al contempo perseverare e rimanere fermi nell’intento che porta verso all’evoluzione di un sistema.

***Mentre tutto cambia durante il viaggio la stella rimane fissa
ad indicarci la via rimanendo fermi ma al contempo in
movimento***

1.1 Analisi del Contesto - La Valtellina

Il territorio della Valtellina è caratterizzato da un assetto montano, che si estende dalle Alpi Lepontine, alle Alpi Retiche orientali, comprendendo il versante nord delle Prealpi Orobiche. Su questo territorio si trovano collocati piccoli paesi e cittadine le cui dimensioni variano da poche decine di abitanti, come Pedesina con 34 e Spriana con 96, ai circa 23.000 del capoluogo Sondrio. Il bacino di utenza consta in una popolazione di quasi 197.000 abitanti, dislocati su un territorio con un'estensione pari a circa 3.795 kmq e con una lunghezza complessiva (da Cremia a Livigno e da Madesimo a Livigno) pari a un totale di 373 km. Il territorio è soggetto a rilevanti incrementi di popolazione dovuti alla presenza di flussi turistici sia nella stagione invernale che estiva. L'intero territorio della Valtellina e bacino d'utenza della ASST Valtellina e Alto Lario è caratterizzato da una viabilità difficoltosa; sono presenti tre grandi direttrici: la Statale 340, cosiddetta Regina, che collega Como alla Valtellina, la statale 36 del Lago di Como e dello Spluga che attraversa la Valchiavenna e la collega al Canton Grigioni, la strada statale 38 dello Stelvio che attraversa la Valtellina congiungendo Morbegno, Sondrio, Tirano alle località montane più turistiche quali Bormio e Livigno, che sono spesso congestionate dal traffico pesante ma anche da quello agricolo.

Figure 2 – 3. Mappe della Valtellina e delle strutture Socio Sanitarie della ASST VALT



(Fonte : ASST Valtellina e Alto Lario 2019)

La restante parte della viabilità è costituita per lo più da strade comunali che collegano i fondivalle alle località poste sulle pendici delle montagne, strade che, seppur in buono stato di manutenzione, sono a lento scorrimento e presentano maggiori difficoltà di percorrenza nel periodo invernale.

In tale contesto, offrire risposte ai molteplici e complessi bisogni di salute della popolazione comporta l'adozione di strategie tese a garantire omogeneità ed equità di prestazioni, servizi ed interventi anche nei luoghi a maggiore difficoltà di accesso. Se per la popolazione, principalmente per quella più fragile, raggiungere i presidi ospedalieri o territoriali è difficoltoso, lo è altrettanto per gli operatori che sul territorio si devono muovere per prestare la loro opera. Da ciò ne deriva, da un lato, una difficoltà per le persone all'accesso alle prestazioni di cui hanno diritto, dall'altro un costo aziendale per intervento/prestazione di gran lunga superiore a quello medio. Ulteriore elemento da evidenziare è l'andamento fluttuante delle prestazioni che risente dei flussi del turismo; infatti, se nei periodi di bassa stagione vi sono località che contano poche migliaia di residenti, nei periodi di alta stagione le stesse vedono la propria popolazione triplicata: ad esempio a Livigno che dai circa 6.500 abitanti residenti, nei periodi invernali ed estivi arriva ad oltre 25.000 presenze.

1.2 L'azienda Socio Sanitaria Territoriale (ASST) della Valtellina e dell'Alto Lario

A far data dal primo gennaio 2016 è stata costituita l'Azienda Socio Sanitaria Territoriale (ASST) della Valtellina e dell'Alto Lario, con Delibera di Giunta Regionale n. X/4497 del 10 dicembre 2015, mediante fusione per incorporazione dell'intera Azienda Ospedaliera Valtellina e della Valchiavenna, con il Presidio Ospedaliero "Erba Renaldi" di Menaggio (CO) e suoi poliambulatori, nonché delle strutture territoriali distrettuali prima afferenti all'ASL di Sondrio e al distretto Medio Alto Lario dell'ASL di Como.

In attuazione della LR 15/2018, a far data dall'01/01/2019, si è proceduto allo scorporo del presidio ospedaliero e del Presst di Menaggio dall'Azienda Socio Sanitaria Territoriale (ASST) della Valtellina e dell'Alto Lario, confluiti nella ASST Lariana.

1.2.1 Breve storia degli ospedali

La *mission* dell'Azienda è la tutela sanitaria della popolazione attraverso l'erogazione di prestazioni sanitarie e sociosanitarie, di media o elevata complessità, nel rispetto della dignità della persona, del suo bisogno di salute, dell'equità nell'accesso all'assistenza, della qualità delle cure e della loro appropriatezza, in coerenza con i principi e gli obiettivi espressi nei Piani Sanitari Nazionale e Regionale.

Nel corso del 2016 ASST ha predisposto il Piano Organizzativo Aziendale Strategico (POAS), successivamente deliberato e riadottato con delibera n. 100 del 23/02/2017 ed approvato definitivamente da parte di Regione Lombardia con delibera n. X/6429 del 03/04/2017, il cui modello organizzativo è centrato sul polo ospedaliero, che garantisce l'erogazione delle prestazioni sanitarie secondo un'articolazione in rete efficace ed efficiente, e sulla rete territoriale acquisita a seguito della riforma.

Ai tre presidi ospedalieri sotto descritti, l'ASST aggrega a sé anche un POT; l'articolazione territoriale è costituita sui PRESST, in sei dei quali (Bormio, Dongo, Tirano, Sondrio, Morbegno e Chiavenna)

confluiscono i Consultori familiari ed i SERT. L'ASST è sede anche di un dipartimento di Salute Mentale e di un'AAT 118.

Assistenza ospedaliera

L'Azienda opera mediante tre Presidi Ospedalieri (PO), costituiti e dotati come di seguito descritto:

- Presidio Ospedaliero di Sondrio: Via Stelvio, 25 – Sondrio: dotato di PS/DEA, PS pediatrico, centro trasfusionale, rianimazione, radioterapia, dialisi e di sette sale operatorie.
- Presidio Ospedaliero E. Morelli: Via Zubiani, 33 – Sondalo: dotato di PS/EAS, PS pediatrico, rianimazione, reparti di neurochirurgia, chirurgia vascolare e chirurgia toracica, centro CAL e di nove sale operatorie.
- Presidio Ospedaliero di Chiavenna - Via Cereria, 4 – Chiavenna: dotato di PS, centro CAL e di due sale operatorie.

Ai tre Presidi Ospedalieri, si aggiunge il Presidio Ospedaliero Territoriale (POT) di Morbegno: via Parravicini/Via Martinelli, 13 – è un centro multiservizi che si prende cura delle persone con patologie croniche o a bassa complessità. Nel POT sono presenti diversi servizi, tra cui unità organizzative di degenza, servizi ambulatoriali, servizi diagnostici, le cure palliative e il centro servizi per la fragilità. Dotato di centro CAL, i posti letto di degenza del reparto di Medicina sono stati convertiti in posti letto in regime di sub acuti, mentre è sospesa l'attività di degenza riabilitativa cardiologica.

Alla trasformazione del presidio è seguita nel corso del 2018 anche la conversione del Pronto Soccorso in Punto di Primo Intervento. Nel corso del 2020 sono stati conclusi i lavori che hanno interessato il padiglione "Mattei"; al termine delle procedure di accreditamento, verrà ampliato il numero dei posti letto per le cure palliative residenziali, fino ad un massimo di 14, di cui 7 di nuovo accreditamento, alla luce anche della forte richiesta proveniente dal territorio della Bassa Valtellina – Alto Lario.

LE STRUTTURE ACCREDITATE

L'assetto organizzativo dell'ASST Valtellina e Alto Lario comprende n. 3 Presidi Ospedalieri costituiti e dotati come di seguito descritto:

- PO di Sondrio: dotato di PS/DEA, PS pediatrico, centro trasfusionale, rianimazione, radioterapia, dialisi, ostetricia e ginecologia, chirurgia generale, medicina generale, cardiologia, urologia, oncologia, neurologia, oculistica e ORL, pediatria, ortopedia e traumatologia e di sette sale operatorie.
- PO di Sondalo: dotato di PS/EAS, PS pediatrico, rianimazione, reparti di neurochirurgia, chirurgia vascolare e chirurgia toracica, medicina generale, chirurgia generale, ortopedia e traumatologia, Riabilitazione pneumologica, riabilitazione ortopedica, unità spinale, cure palliative, fisiologia, ostetricia e ginecologia, centro CAL e di nove sale operatorie.
- PO di Chiavenna: dotato di PS, centro CAL, medicina generale, chirurgia generale, e di due sale operatorie.

A tre presidi ospedalieri, si aggiunge il Presidio Ospedaliero Territoriale (POT) di Morbegno, dotato di centro CAL, costituitosi nel corso del secondo trimestre 2017 a seguito della sua trasformazione da presidio ospedaliero. I posti letto di degenza del reparto di Medicina sono stati convertiti in posti letto in regime di sub acuti, mentre è sospesa l'attività di degenza riabilitativa cardiologica, è presente anche

struttura di cure palliative.

La situazione dei posti letto attivati al 31/12/2020, a seguito della pandemia da COVID-19, è quindi la seguente:

Tabella 5. Assetto posti letto ASST Valtellina e Alto Lario 2020

Anno 2020						
PRESIDIO	ORDINARI	DH	DS	TOTALE	SUB ACUTI	TOTALE
						con sub acuti
Ospedale Sondrio	233	5	11	249	16	265
Ospedale Chiavenna	33	1	4	38	10	48
Ospedale Morbegno	13	1	0	14	14	28
- di cui cure palliative	7	0	0	7	0	7
Ospedale Sondalo	264*	4	7	275	10	285
- di cui cure palliative	10	0	0	10	0	10
TOTALE	543	11	22	576	48	624
- di cui cure palliative	17	0	0	17		

***Posti letto originariamente attivati.**

I posti letto "Covid-19" attivati sul presidio ospedaliero di Sondalo sono invece i seguenti:

- Marzo: max 216 – media 109;
- Aprile: max 215 – media 202;
- Maggio: max 162– media 124;
- Giugno: max 53 – media 31.

Nel corso dei mesi estivi il numero dei posti letto è andato gradualmente a diminuire senza comunque determinare la chiusura di tutti i reparti COVID. Nel corso dell'ultimo trimestre, i posti letto attivati sono i seguenti:

- Ottobre: max 80, più 14 di terapia intensiva;
- Novembre: max 142, più 14 di terapia intensiva;
- Dicembre: max 152, più 14 di terapia intensiva.

A questi, si sono aggiunti 20 posti letto di degenza di sorveglianza per pazienti paucisintomatici, attivati nel mese di aprile e successivamente rimodulati alla luce delle necessità emerse.)

Alla luce della nuova complessità organizzativa ed al fine di governare tale configurazione la Direzione ha provveduto, attraverso la definizione del POAS, alla riorganizzazione aziendale e dei relativi livelli di responsabilità. La necessità di promuovere la maggiore appropriatezza clinica, di garantire la trasparenza amministrativa, economica ed organizzativa e la promozione della qualità delle prestazioni si è tradotta in una sfida che ha dato come risultato finale il nuovo piano organizzativo aziendale. Nella riorganizzazione l’Azienda ha cercato di promuovere tutte le eccellenze già presenti in azienda in rapporto con le esigenze maturate dal territorio e dagli obiettivi posti dalla riforma del Welfare Lombardo.

La riorganizzazione ha dovuto tenere conto delle dimensioni aziendali e dalla necessità di integrazione operativa e gestionale tra i soggetti erogatori di servizi sanitari, sociosanitari e sociali creando un ponte tra i presidi ospedalieri e le strutture presenti sul territorio.

Tale assetto è stato rimodulato nel 2020 causa pandemia da COVID-19, ed al 30/06/2021 risulta il seguente assetto che considera i Posti letto COVID attivati nel corso del primo semestre 2021.

Tabella 6. Assetto posti letto attivati ASST VALT al 30/06/2021

Anno 2021						
PRESIDIO	ORDINARI	DH	DS	TOTALE	SUB ACUTI	TOTALE
						con sub acuti
Ospedale Sondrio	233	5	11	249	16	265
Ospedale Chiavenna	33	1	4	38	10	48
Ospedale Morbegno	13	1	0	14	14	28
- di cui cure palliative	7	0	0	7	0	7
Ospedale Sondalo	264	4	7	275	10	285
- di cui cure palliative	10	0	0	10	0	10
TOTALE	543	11	22	576	48	624
- di cui cure palliative	17	0	0	17		

I posti letto "Covid-19" attivati sul presidio ospedaliero di Sondalo nel corso del primo semestre 2021 sono invece i seguenti:

- **Gennaio:** max 98, più 11 di terapia intensiva;
- **Febbraio:** max 87, più 7 di terapia intensiva;
- **Marzo:** max 125, più 13 di terapia intensiva;
- **Aprile:** max 127, più 14 di terapia intensiva;
- **Maggio:** max 72, più 10 di terapia intensiva;
- **Giugno:** max 23, più 6 di terapia intensiva.

Figura 4. Presidio Ospedaliero di Sondrio



Figura 5. Presidio Ospedaliero di Sondalo



Figura 6. Presidio Ospedaliero di Chiavenna



Il Polo Territoriale della ASST Valtellina e Alto Lario è composto da:

n. 7 Presidi Socio Sanitari territoriali (PreSST): Dongo, Chiavenna, Morbegno, Sondrio, Tirano, Bormio, Livigno;

n. 7 Ambulatori per la NPIA (compreso un polo ospedaliero);

n. 5 Consultori familiari;

n. 5 Servizi ambulatoriali per le dipendenze;

n.10 Strutture residenziali della psichiatria;

n.6 Servizi ambulatoriali psichiatrici; e numerose sedi distaccate di Poliambulatori specialistici e punti prelievi

L'Azienda Ospedaliera è inoltre parte integrante del sistema Emergenza/Urgenza per il soccorso territoriale della Provincia di Sondrio e sede dell'AAT (Articolazione Aziendale Territoriale) di AREU Lombardia.

MISSION ASST VALTELLINA E ALTO LARIO

La *Mission* dell'Azienda Socio Sanitaria Territoriale della Valtellina e dell'Alto Lario è dunque quella di tutelare e promuovere la salute fisica e mentale della popolazione, attraverso l'erogazione dei LEA e

degli eventuali livelli aggiuntivi definiti dalla Regione. Nel corso del 2016 ASST ha predisposto il Piano Organizzativo Aziendale Strategico (POAS), approvato con delibera n. X/6429 del 03/04/2017 da parte di Regione Lombardia, il cui modello organizzativo è centrato sul polo ospedaliero, che garantisce l'erogazione delle prestazioni sanitarie secondo un'articolazione in rete efficace ed efficiente, e sulla rete territoriale acquisita a seguito della riforma. L'ASST assicura la continuità di presa in carico della persona nel proprio contesto di vita e affianca le persone croniche, fragili e le loro famiglie avviando un percorso culturale tra gli operatori che segni il passaggio dalla "cura" al "prendersi cura". L'ambito territoriale si trasforma da luogo di erogazione di prestazioni e di collaborazione con le aziende ospedaliere, a soggetto promotore del processo di integrazione tra i due poli, territoriale e ospedaliero, oggi appartenenti alla medesima Azienda.

Il personale attualmente presente in azienda ad ottobre 2021 è costituito da 2945 unità.

Occorre, inoltre, sottolineare le gravi difficoltà legate alla reclutamento del personale, soprattutto medico e sanitario specialistico, che si renda disponibile a lavorare in un'area geografica periferica, poichè comporta la necessità di trasferirsi stabilmente, e questo crea ad oggi un notevole turnover ed una carenza sempre maggiore di risorse disponibili.

VISION ASST VALTELLINA E ALTO LARIO

La *Vision* Aziendale ha inteso di concentrarsi sullo sviluppo di tre linee di azioni prioritarie:

- utilizzo delle più moderne tecnologie medicali (teleconsulto, telemedicina, ecc..) che consentano la riduzione degli spostamenti, delle persone e dei loro familiari verso i luoghi di cura e degli operatori tra le diverse sedi erogative e il domicilio degli utenti;
- modalità organizzativa che consentano flessibilità nell'utilizzo di sedi e risorse umane e strumentali;
- ricerca di modalità innovative, anche incentivanti, per attrarre sul territorio le professionalità e le specialità indispensabili per il mantenimento del livello di qualità della Sanità lombarda anche su un territorio più periferico.

1.2.2 L'ORGANIZZAZIONE ASST - POLO OSPEDALIERO - POLO TERRITORIALE

Il modello organizzativo adottato dalla ASST ha previsto fino ad oggi una progressiva riduzione delle unità operative, con previsione in linea generale di un'unica unità operativa complessa per ogni specialità, al fine di consentire l'omogeneizzazione delle procedure e dell'offerta prestazionale. In tale prospettiva, l'Unità Complessa, pur avendo sede in un Presidio, può svolgere la sua funzione trasversalmente anche attraverso l'attribuzione alla stessa di unità operative semplici dislocate sugli altri Presidi Ospedalieri.

I Dipartimenti previsti dal POAS della ASST si suddividono in:

- **Dipartimenti gestionali:** costituiti da strutture complesse e semplici caratterizzate da particolari specificità affini o complementari, comunque omogenee; caratteristica tipica di tali Dipartimenti è l'uso integrato delle risorse;

- **Dipartimenti funzionali:** nei quali non si realizza la gestione diretta delle risorse ma assumono il ruolo di responsabili della corretta tenuta dei PDTA e/o della presa in carico dei pazienti e delle persone croniche e fragili, in stretta connessione con le strutture aziendali interessate.

DIPARTIMENTI GESTIONALI	
1	Dipartimento Amministrativo;
2	Dipartimento di Attività Territoriali
3	Dipartimento di Chirurgia
4	Dipartimento di Emergenza e Accettazione
5	Dipartimento di Fragilità e Cronicità
6	Dipartimento Materno Infantile
7	Dipartimento di Medicina
8	Dipartimento di Salute Mentale e Dipendenze
9	Dipartimento dei Servizi Clinici

DIPARTIMENTI FUNZIONALI	
1	Dipartimento funzionale Oncologico

Il modello organizzativo del POLO territoriale dell'ASST Valtellina e Alto Lario per il POAS 2016-2018 è stato progettato nel rispetto della legge 23/2015.

La Direzione Sociosanitaria è identificata nell'Azienda quale responsabile della conduzione di tutte strutture afferenti alla rete territoriale, dei percorsi e dei processi di presa in carico della persona, anche quando coinvolgono il polo ospedaliero. Sono altresì costituiti i Presidi Socio Sanitari Territoriali (PreSST) in cui confluiscono le diverse unità d'offerta presenti sul territorio (ambulatori, sportelli di valutazione multidimensionale del bisogno, erogazione di protesi e farmaci, certificazioni di medicina legale, servizi dedicati alle dipendenze, consultori, ecc.) e le due reti: Rete integrata Continuità Clinico Assistenziale (RICCA) e Rete Integrata Materno Infantile (RIMI).

Alla Direzione Sociosanitaria vengono attribuiti i seguenti Dipartimenti gestionali

Sono presenti due **Dipartimenti gestionali** :

1. Dipartimento delle Attività Territoriali
2. Dipartimento di Salute Mentale e delle Dipendenze.
3. Dipartimento Cronicità e Fragilità
4. Dipartimento materno Infantile.

Nelle sue attività e nel raggiungimento degli obiettivi è previsto che il Polo Territoriale sia comunque supportato dalle strutture del Polo Ospedaliero.

2.PROGETTO POLARIS

Il progetto POLARIS si pone l'obiettivo di indicare un percorso di cura bidirezionale, che conduca il cittadino non solo verso quelle forme di ricovero per acuti e subacuti all'interno dei presidi ospedalieri ma anche verso forme di cura alternative, che prendano in carico in toto le sue necessità, secondo quanto sviluppato dalle nuove linee guida dell'evoluzione della LR 23/2015, come ad esempio sperimentando degenze presso Ospedali di Comunità e/o trattamenti presso le Case di Comunità. Il percorso di cura che nasce dalla dimissione ospedaliera ed può accompagnare il paziente fino al rientro al proprio domicilio, oppure al contrario inizia dalla prestazione ambulatoriale fino al ricovero nelle strutture ospedaliere, ad alta o bassa intensità di cura, a seconda delle differenti esigenze, può passare anche dalle Case di comunità, agli ospedali di Comunità fino all'assistenza domiciliare integrata, così come descritto qui di seguito.

Tabella 7. Proposta percorso di cura



(Fonte: Regione Lombardia Luglio 2021)

Figura 7. Schema di presentazione progetto POLARIS



I Pilastri del Progetto Polaris sono rappresentati dalla realizzazione di:

- **1. Dipartimento Funzionale di Prevenzione delle Malattie Infettive e Sanità Pubblica per la Valtellina**, in cui vengano sviluppati una nuova Mission e VISION di Sanità Pubblica, secondo il concetto di One Health – One Planet-One Vision- attraverso lo sviluppo e la cooperazione internazionale in tematiche di Global Health ed al cui interno siano previsti:
 - La Creazione Osservatorio sulla Sorveglianza ed Epidemiologia delle Bio-emergenze, emergenze - Centro di ricerca sulle pandemie
 - La Cooperazione strategica con istituzioni nazionali ed internazionali (ad es. MDS, ISS, WHO, ECDC, GOARN, CDC etc.)
 - La Ricerca in Global Health e One Health
 - Unità operative complesse di Malattie Infettive e Pneumologia per le patologie emergenti riemergenti- COVID HOSPITAL
 - Attività epidemiologiche di contact tracing attraverso Telemedicina e Telemonitoraggio e Syndromic surveillance –utilizzo di IT per la realizzazione delle stesse
 - Poli Vaccinali territoriali
 - Integrazione Medicina Veterinaria ed Igiene Pubblica e degli Alimenti con ATS
 - Costruzione Ospedali di Comunità e Case di comunità in aree montane remote
- **2. Centro Internazionale di «GLOBAL HEALTH»**

Missione: Sviluppo di tematiche di sanità pubblica e bioemergenze nell'ottica di una visione olistica della salute pubblica nel concetto di One Health – One Planet-One Vision- per garantire sicurezza delle cure e cure adeguate alla popolazione in un mondo in continuo cambiamento, soprattutto alla fasce più vulnerabili della popolazione, attraverso lo sviluppo e la cooperazione internazionale in tematiche di Global Health.

Obiettivi:

- creare all'interno polo territoriale della ASST un Centro Internazionale di «Global Health» per sperimentare nuove forme di cooperazione a livello provinciale, regionale ed internazionale post COVID-19, al fine di perseguire e realizzare il concetto di One- Health- One Vision- One Planet

- Sviluppare skills in bioemergenze, M. infettive e tematiche di Salute Pubblica di interesse globale e di prevenzione
- Contribuire allo sviluppo della ricerca sulle bioemergenze e farmaci innovativi
- Formazione continua con il supporto di strumenti tecnologici IT-innovazione digitale

Visione:

Migliorare le competenze infettivologiche nel post COVID-19 e introdurre modelli innovativi di Sanità Pubblica a livello locale, ma anche globale, attraverso una stretta cooperazione internazionale, e la creazione di un Centro internazionale di eccellenza su «tematiche di Global Health», e favorendo attività di partenariato con centri di ricerca sia universitari che privati.

▪ **3. Centro di Telemedicina e Teleassistenza per le Aree Remote ed Impervie**

Missione:

Creare un Centro di Telemedicina che possa divenire un modello di governance condivisa delle iniziative di Telemedicina, che rappresenti il punto centrale nelle conoscenze specifiche del settore sanitario, al fine di armonizzare gli indirizzi e modelli di applicazione.

Obiettivi:

- Sperimentare strategie e tecnologie innovative centrate sull'erogazione di prestazioni specialistiche remote di telemedicina e di telemonitoraggio ai pazienti ed ai loro caregivers
- Sviluppo della telemedicina con particolare applicazione nelle aree remote e geograficamente impervie, come quelle montane della Valtellina
- Fornire uno strumento facile e capillare da introdurre in ogni casa per arrivare fino ai confini più lontani e d alle fasce di popolazione più fragile e nascosta
- Applicare la Telemedicina all'armonizzazione degli indirizzi e dei modelli di applicazione, quale presupposto alla interoperabilità dei servizi in una logica sperimentale e di servizi, come requisito per il passaggio ad una attività strutturata per un utilizzo diffuso dei servizi di telemedicina su tutto il territorio della Valtellina.

Visione:

Migliorare il concetto di assistenza sanitaria non solo dei pazienti cronici. ***Portare la medicina e le prestazioni sanitarie dentro tutte le case della Valtellina, per garantire tempestività delle cure ai fragili e soprattutto a coloro che in particolare vivono in zone impervie e lontane dai centri ospedalieri di riferimento. Il Centro di Telemedicina vuole diventare un modello di eccellenza, attraverso attività di partenariato con il mondo accademico, scientifico e degli stakeholders non solo in ambito regionale ma anche nazionale e internazionale.***

▪ **4. Centro per lo Sviluppo della Medicina di genere**

Missione:

Sviluppare modelli innovativi di approccio clinico alle patologie femminili e promuovere stili di vita adeguati

Obiettivi:

- Sperimentare strategie e tecnologie per modelli innovativi di cura e di indicatori di esito condivisi con i pazienti attraverso l'attivazione di un Centro di ricovero e cura presso una Casa di Comunità adibita con reparto dedicato alle patologie femminili ed ambulatori dedicati al percorso donna.
- Focus sulle patologie degenerative, invecchiamento, patologie cardiovascolari, ginecologiche, metaboliche, autoimmuni ,oncologiche -PERCORSI CLINICI (PREVENZIONE, DIAGNOSI, CURA e RIABILITAZIONE)

- Favorire percorsi riabilitativi;
- Utilizzo dell'innovazione tecnologica, telemedicina e strumenti digitali per la conoscenza e l'integrazione del vissuto delle pazienti;
- Centro di supporto psicologico e di ascolto per la violenza di genere;
- Sviluppo di reti locali e nazionali di supporto;
- Promozione di stili di vita e sociali

Visione:

Migliorare la qualità della cura, e del vissuto per ridurre il rischio clinico ed aumentare la consapevolezza. Il Centro della Medicina di genere ha l'obiettivo di creare un modello replicabile e consolidato anche attraverso attività di partenariato con il mondo accademico, scientifico e degli stakeholders non solo in ambito regionale ma anche nazionale.

▪ **5. Attivazione del Polo Territoriale della ASST**

Lo sviluppo del Polo territoriale oltre che avvalersi dei progetti sopra descritti dovrà favorire l'integrazione permanente per la continuità delle cure, attraverso forme innovative di sviluppo di assistenza sanitaria e socio sanitaria, in continuità con lo sviluppo della LR 23/2015, del PNRR e delle risorse disponibili.

Missione:

Sviluppare modelli innovativi di cura che passa attraverso il potenziamento della rete territoriale di assistenza sanitaria integrata, apertura di Case di Comunità ed Ospedali di Comunità.

Obiettivi:

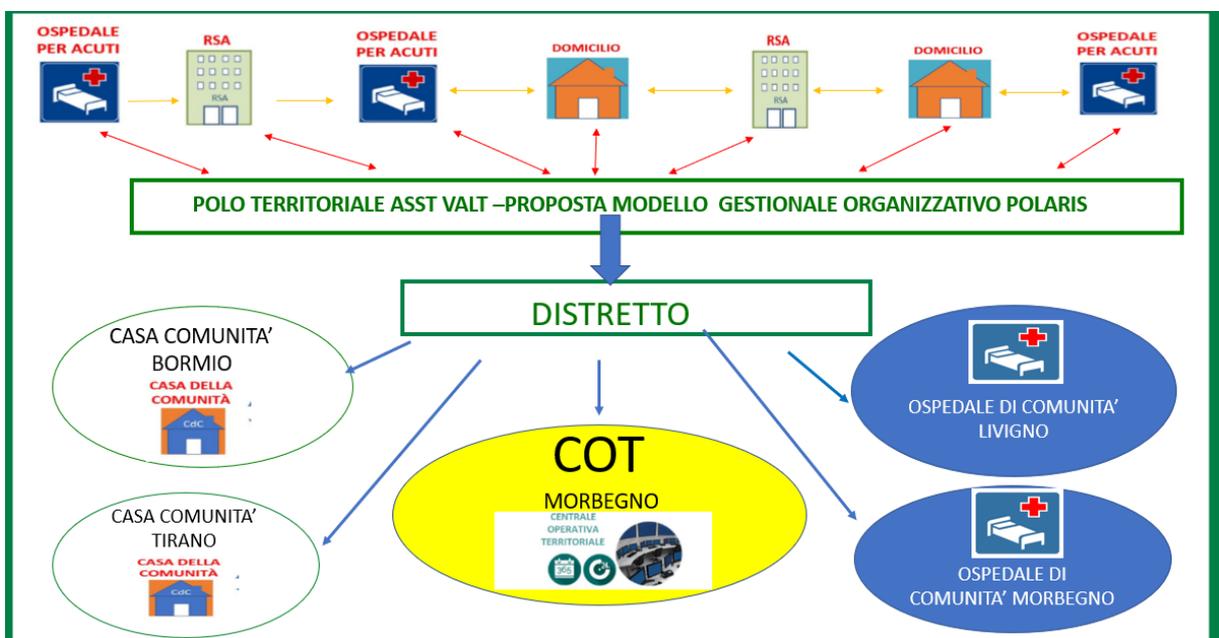
- Sperimentare strategie e tecnologie per modelli innovativi di cura e di indicatori di esito condivisi con i pazienti attraverso l'attivazione di 1 Distretto Montano, al cui interno si attiveranno servizi di programmazione ed erogazione di prestazione in linea con i bisogni della popolazione, ed in cui avrà la sede la Centrale Operativa Territoriale (COT);
- Il distretto Montano sarà a sua volta composto almeno due Case di Comunità (ad esempio site a Bormio ed a Tirano), che possano erogare prestazioni sanitarie multispecialistiche, in forma aggregative, differenti con Medici di Medicina Generale (MMG) e Pediatri di libera scelta (PLS) e specialisti, affiancati dagli infermieri di Comunità, ecc. Saranno inoltre individuate due strutture ospedaliere definite Ospedali di Comunità, come da PNRR (ad esempio a Livigno e a Morbegno), con l'attivazione di 20-40 posti letto cadauno, per erogazione di degenze brevi e destinate a pazienti che necessitino di interventi sanitari a media/bassa intensità clinica, con degenze di breve durata, sia per il trattamento di acuzie che per problematiche croniche e/o riabilitative;
- Di norma potranno essere dotati di 20 -40 posti letti, a gestione prevalentemente infermieristica, funzionanti h 24, 7gg su /7;
- La sede dovrà essere scelta preferibilmente in quei territori più remoti e/o disagiati, quali ad esempio Livigno, l'area più lontana della Valtellina, che dista dal Presidio ospedaliero più vicino di Sondalo circa 54 km, e con tempi di percorrenza sicuramente elevati > 1 h. Livigno è attualmente dotata solo di 1 Punto di Primo Intervento (PPI) funzionante solo di giorno (8-20) e necessiterebbe invece, di un presidio permanente di cura, anche in considerazione della presenza di un forte turismo che ne aumenta di molto le presenze stagionali.

- Favorire l'innovazione della medicina digitale, attraverso l'utilizzo di strumenti digitali che consentano in particolare un utilizzo esaustivo della telemedicina, telemonitoraggio, a supporto sia dei pazienti che degli specialisti. L'obiettivo è di poter gestire da remoto quanti più pazienti cronici, fragili, polipagologici, per poter programmare percorsi di diagnosi cura più prossimi al proprio domicilio.
- Promozione di campagne di prevenzione e stili di vita e sociali
- Favorire integrazione MMG, PLS, specialisti, infermieri di comunità, assistenti sociali, rete istituzionale, associazioni, terzo settore, e cittadini attraverso lo sviluppo di reti di comunicazione e formazione;
- Costituzione di reti di servizi e comunicazione formali ed informali tra polo ospedaliero-polo territoriale, ATS, MMG e PLS e strutture sanitarie private ed accreditate secondo una logica interna hub -spoke.
- Favorire processi formativi integrati e ricerca anche attraverso convenzioni con Università, Fondazioni, enti di ricerca, partnership nazionali ed internazionali in ambito di sanità pubblica

Visione:

Migliorare la Sanità montana, prevenire la mobilità attiva verso altri Centri, rappresentare un modello di cura vicino alla popolazione, **che possa essere considerato un esempio da replicare in altri contesti**. Attrarre risorse economiche ed umane da reinvestire in attività sanitaria innovativa sul territorio nei prossimi 3-5 anni.

Figura 8. Possibile modello di interazione tra le differenti strutture sanitarie e socio sanitarie della Valtellina



REALIZZAZIONE

La realizzazione di tale progetto prevede lo svolgimento di quattro fasi susseguenti, da svolgersi nell'arco di tre anni.

La prima fase di Risk assessment prevede la valutazione del rischi di tutta la Sanità della Valtellina nel suo complesso, ed in particolare del Polo territoriale della ASST, oggetto di questo studio, attraverso, un'attenta analisi e valutazione dei rischi, delle criticità, dei punti di forza e debolezza del sistema, e lo studio delle analisi dei bisogni della popolazione, attraverso una stretta collaborazione con ATS e le istituzioni presenti sul territorio, per la successiva definizione di processi correttivi e di miglioramento. Sarebbe interessante poter proporre nei primi mesi una sorta di "libro bianco del territorio" su cui poter scrivere suggerimenti e far convergere opinioni sulla futura evoluzione del progetto. Conclusa questa prima fase a seguito il successivo sviluppo di un piano strategico da condividere con la Direzione strategica della ASST e di ATS. (Durata prevista 3 – 6 mesi).

Seconda Fase stesura del Piano strategico - Tale piano strategico dovrà essere redatto e condiviso entro e non oltre 6-8 mesi, per consentire poi la condivisione e la fattibilità con le Direzione strategica della ASST e di ATS e con gli organi istituzionali, i Sindaci, terzo settore e poi condiviso con RL.

Terza Fase realizzazione del Piano – La Realizzazione del piano inizierà a partire dall'anno successivo alla fase di Risk assessment e verrà caratterizzato dall'implementazione per step crescenti. Tale fase durerà dal secondo al terzo anno. Verranno predisposti indicatori di performance e gli obiettivi di risultato per misurare l'efficacia degli interventi predisposti.

Quarta Fase – Monitoraggio, in questa fase successiva che inizierà a partire dalla fine del secondo anno verranno analizzati i processi, gli indicatori di performance e gli obiettivi prefissati di medio e lungo periodo per valutare scostamenti più o meno significativi dal progetto originale.

RISULTATI ATTESI

La strategia sottesa al presente Piano si caratterizza, innanzitutto, per una forte spinta verso l'integrazione nell'erogazione dei LEA, tra le due dimensioni aziendali di offerta, ospedaliera e territoriale, nell'intento di armonizzare e migliorare le competenze e l'offerta territoriale, per rispondere alle nuove esigenze di cura e dei bisogni della popolazione Valtellinese, unendo competenze multidisciplinari all'innovazione tecnologica. I risultati attesi sono quelli di poter garantire, nell'erogazione delle cure, la centralità della persona, la presa in carico del paziente e, in particolare, delle persone in condizione di cronicità complessa, polipatologie, di fragilità o di non autosufficienza, tenendo conto, altresì, del contesto familiare. La sfida è quella di una maggiore umanizzazione e facilità di accesso alle cure, puntando su **approccio collaborativo, multidisciplinare, intersettoriale, integrato, coordinato, basato anche sullo sviluppo di network di conoscenza e comunicazione e sul progresso tecnologico**, fornito dalla medicina digitale, come strumenti facilitatori in contesti difficili, come quello montano.

La strategia punta alla caratterizzazione distintiva del Polo territoriale della ASST; che attraverso l'identificazione di specifiche mission, obiettivi e vision, ridefinisca ruoli, responsabilità, ed attività che conducano verso la realizzazione di una rete di offerta integrata, completa e complessiva.

Le scelte organizzative dell'ASST, benchè si uniformino ai vincoli organizzativi definiti dalla normativa ministeriale e regionale vigente, punteranno a favorire una riorganizzazione del territorio, della rete d'offerta, attraverso la riconversione, trasformazione o riqualificazione di posti letto (quali ad esempio l'istituzione di Case di Comunità e degli Ospedali di comunità) a supporto del polo ospedaliero, e prestazioni ambulatoriali che possano essere più adeguate alla popolazione in cerca di risposte di "medicina di prossimità" e che rispondano anche a logiche di razionalizzazione ed efficientamento delle risorse disponibili, favorendo il più possibile attività di partenariato e ricerca.

L'utilizzo della IT, in particolare della medicina digitale quale strumento alternativo e complementare di cura, potrà fornire un valido supporto allo sviluppo di competenze sanitarie e cure adeguate. Inoltre lo studio dei processi dinamici delle reti, traslando concetti mutuati dalla IT, in tema di "complex network", silos di conoscenze, avrà il compito di poter promuovere nuovi modelli di reti di collaborazione, che superino il concetto di hub-spoke tradizionali, favorendo modelli formali ed informali di comunicazione ed aggregazione, e che vengano riconosciuti come strumenti di supporto per l'analisi e la pianificazione di sistemi sociali ed economici complessi come quello della sanità della Valtellina.

Infine il progetto vuole garantire ed ottimizzare i risultati in tema di appropriatezza ed efficacia degli interventi, promuovendo sinergie organizzative sostenibili, in cui il ruolo dell'innovazione possa favorire il cambiamento, cercando di armonizzare il ruolo del territorio con il ruolo fino ad oggi svolto prevalentemente dal polo ospedaliero.

Quanto sopra al fine di proporre, in risposta ai bisogni di salute del territorio, filiere di attività specialistiche, che consentano un utilizzo razionale, innovativo e flessibile delle risorse assegnate, e che contribuiscano a rendere la Sanità di Montagna più vicina alle reali esigenze della popolazione e che possano rappresentare un modello riproducibile ed innovativo anche per altri contesti sanitari.

RIFERIMENTI NORMATIVI

Legge regionale 11 agosto 2015 - n. 23 Evoluzione del sistema socio sanitario lombardo: modifiche al Titolo I e al Titolo II della legge regionale 30 dicembre 2009, n. 33 (Testo unico delle leggi regionali in materia di sanità)

Deliberazione n° XI/4811 del 31 maggio 2021 : determinazioni in ordine alle linee di sviluppo del sistema socio sanitario lombardo delineato dalla legge regionale 11 agosto 2015 , n.23

DGR n. 4885 del 14.06.2021 Ulteriori determinazioni in ordine alle linee di sviluppo dell'assetto del sistema socio sanitario lombardo delineato dalla legge regionale 11 agosto 2015, n. 23 - (di concerto con il vicepresidente Moratti)

Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza PNRR-Missione 6 Salute -2021

Agenas: La riforma del Sistema Socio Sanitario Lombardo (LR 23/2015) : Analisi del Modello e risultati raggiunti a cinque anni dall'avvio- Dicembre 2020

Decreto del Ministero dell'Economia e Finanze, 6 agosto 2021, recante "Assegnazione delle risorse finanziarie previste per l'attuazione degli interventi del Piano nazionale di ripresa e resilienza e ripartizione di traguardi e obiettivi per scadenze semestrali di rendicontazione" Gazzetta ufficiale serie generale. n. 229 del 24 settembre 2021 –.

Decreto Ministeriale 2 aprile 2015 n. 70 Regolamento recante definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera. (G.U. 4 giugno 2015, n. 127)

PDL 228 del 2015 e DGR 5113 del 2016

Legge regionale 31/1997 LEGGE REGIONALE 11 luglio 1997, n. 31 Norme per il riordino del servizio sanitario regionale e sua integrazione con le attività dei servizi sociali

D.lgs. 502/1992- DECRETO LEGISLATIVO 30 dicembre 1992, n. 502 Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'articolo 1 della legge 23 ottobre 1992, n. 421.

Linee guida per la stesura POAS-Regione Lombardia -DELIBERAZIONE N° X / 5113 Seduta del 29/04/2016

POAS -ASST VALTELLINA E ALTO LARIO 2016-2018

BIBLIOGRAFIA

Baggio R., Scott N., Cooper C. (2012) *Network governance: approcci quantitativi e qualitativi della "tourism network analysis"* In H. Pechlaner, P. Paniccia, M. Valeri & F. Raich (Eds.), *Destination governance: teoria ed esperienze* (pp. 279-302). Torino: G. Giappichelli Editore.

Barabasi A.L.(2001) *Statistical Mechanics of Complex Networks* Rev. Mod. Phys. 74, 47

Barabási, A.L., & Albert, R. (1999). *Emergence of scaling in random networks*. Science, 286, 509-512.

Bozorgmehr K. (2010) *Rethinking the 'global' in global health: a dialectic approach* Globalization and Health 2010, 6:19; <http://www.globalizationandhealth.com/content/6/1/1>

Carbone C. Lega F. *et al* (2013) *Lean on lean? Indagine sul perchè e come il lean management si sta diffondendo nelle aziende sanitarie italiane, Oasi - Rapporto sull'aziendalizzazione della sanità italiana 2013*, EGEA, 2013.

Chen X., *et al* (2020) *What is global health? Key concepts and clarification of misperceptions* Report of the 2019 GHRP editorial meeting- Global Health Research and Policy 4/(2020=

Deming, W. E. (1982). *Out of the Crisis* .Center for Advanced Engineering Study, Massachusetts Institute of Technology, Cambridge, Massachusetts.

Drain K.P. *et al*. (2007) *Global Health in Medical Education: A Call for More Training and Opportunities* Academic Medicine, Vol. 82, No. 3

Galindo F., *et al* (2012) *Collaboration topologies for interdisciplinary and interlevel information exchange. Handbook for Pandemic and Mass Casualty Planning and Response* . Handbook for Pandemic and Mass Casualty Planning and Response . E. Gursky and B. Hreckovsky (Eds). NATO a Science for Peace and Security Series E: Human and Societal Dynamics – vol 100 . IOS Press Eds. (2012), pp 202-216

Garrett L. (2007) *The Challenge of Global Health* Foreign affairs. Volume 86 No. 1

Gursky E., and Hreckovsky B. (2012), *NATO a Science for Peace and Security Series E: Human and Societal Dynamics – vol 100* . IOS Press Eds. pp 202-216

Koplan J.R.P., *et al* (2009) *Towards a common definition of global health* Lancet 2009; 373: 1993–95

Lega F. (2020) *Economia e management sanitario* - II ed. EGEA

Lega F. (2005) *Emerging trends in hospital organizational structure: an international perspective*. Yfantopoulos J. (ed.), *The economics of health reforms*, Atiner

Marušić A. (2013) *Global health – multiple definitions, single goal*. Ann Ist Super Sanità 2013 | Vol. 49, No.1: 2-3 DOI: 10.4415/ANN_13_01_02

Nuti S. *et al*. (2019). *Il Sistema Di Valutazione Della Performance Dei Sistemi Sanitari Regionali – Report 2018*. Pisa.

Nuti S., and Seghieri ,C. (2014) *“Is Variation Management Included in Regional Healthcare Governance Systems? Some Proposals from Italy.” Health Policy 114(1): 71–78.*
<http://dx.doi.org/10.1016/j.healthpol.2013.08.003>.

Nuti S., Vola F., Bonini A., and Vainieri M. (2016). *“Making Governance Work in the Health Care Sector: Evidence from a ‘Natural Experiment’ in Italy.” Health Economics, Policy and Law 11(01): 17–38.*
http://www.journals.cambridge.org/abstract_S1744133115000067.

Ravasz E. and Barabasi A.L. (2008) *Hierarchical organization in complex networks*

Tikhomirov A., Trufanov A.I, Rossodivita A. (2015) *Effectiveness of Attacks on Evolving Networks.* Prehosp Disaster Med; 30 (suppl 1); s87-88 (2015)

Wing, C., Kosali S., and Ricardo A. Bello-Gomez (2018). *“Designing Difference in Difference Studies: Best Practices for Public Health Policy Research.” Annual Review of Public Health 39(1): 453– 69.*
<http://www.annualreviews.org/doi/10.1146/annurev-publhealth-040617-013507>.

Watts, D. J. (2004). *The “New” Science of Networks.* Annual Review of Sociology, 30, 243-270.

Watts, D. J., & Strogatz, S. H. (1998). *Collective dynamics of ‘small world’ networks.* Nature, 393, 440-442.

SAGGI

16° Rapporto Sanità (2020) *“Oltre l’emergenza : verso una “ nuova” vision del nostro SSN* Edited by Spandonaro F, d’Angela D, Polistena B. CREA Sanità, Dipartimento di Economia e Finanza – Università di Tor Vergata.

SITOGRAFIA

Agenas <https://www.agenas.gov.it/> [Data di accesso: 16/10/2021].

Ministero della salute <https://www.salute.gov.it/portale/home.html> [Data di accesso: 01/10/2021].

Regione Lombardia <https://www.regione.lombardia.it/> Indirizzi di gestione del Sistema Sanitario e Sociosanitario lombardo [Data di accesso: 29/09/2021].

World Health Organization <https://www.who.int/director-general/vision> [Data di accesso: 19/10/2021].

Global Health summit June 2021 <https://www.affarinternazionali.it/2021/05/il-global-health-summit-e-i-nuovi-orizzonti-della-lotta-alle-pandemie/> [Data di accesso: 19/10/2021].

Centers for Disease Control and Prevention- CDC- One Health Approach <https://www.cdc.gov/onehealth/index.html> [Data di accesso: 1/11/2021].

Organizzazione Mondiale per la Salute Animale – World Organisation for Animal Health (OIE) <https://www.oie.int> [Data di accesso: 19/10/2021].

Food and Agriculture Organisation United Nations (FAO) <https://www.fao.org> [Data di accesso: 19/10/2021].

