



**OSSERVAZIONI  
DEL DIPARTIMENTO SANITÀ DEL PD DI BRESCIA  
IN MERITO ALLA  
PROPOSTA DI PROGETTO DI LEGGE:  
"EVOLUZIONE DEL SISTEMA  
SOCIO-SANITARIO LOMBARDO"**

# INDICE

PREMESSA.....	3
CONTESTO.....	5
RACCORDO CON LE POLITICHE NAZIONALI E COMUNITARIE .....	6
ORGANIZZAZIONE DEL SISTEMA SOCIOSANITARIO REGIONALE .....	6
Territorio .....	6
Ospedale.....	8
Ospedale pediatrico .....	9
CORRETTA ED EFFICACE GESTIONE DELLE CRONICITÀ.....	9
LA DIPENDENZA DA ALCOL ED I CORRELATI PROBLEMI DI SALUTE .....	10
DALLA CONCORRENZA TRA OSPEDALI ALL'INTEGRAZIONE PUBBLICO-PRIVATO NELLA ORGANIZZAZIONE DEI SERVIZI OSPEDALIERI E TERRITORIALI .....	10
REMUNERAZIONE DELLE PRESTAZIONI IN REGIONE LOMBARDIA .....	11
COMPARTECIPAZIONE DEI CITTADINI ALLA SPESA SANITARIA .....	12
HTA, CENTRALI UNICHE DI COMMITTENZA E OUTSOURCING .....	12
SISTEMI INFORMATIVI, GOVERNO CLINICO E TRASPARENZA .....	13
GOVERNO DEL SISTEMA E RAPPORTO CON GLI OPERATORI SANITARI .....	14
SCELTA DELLA DIRIGENZA.....	14
VALUTAZIONI COMPLESSIVE.....	15
RIFERIMENTI BIBLIOGRAFICI.....	19

## PREMESSA

Le premesse della proposta di progetto di legge "*Evoluzione del sistema socio-sanitario lombardo*", adottato il 23/12/2014 con deliberazione di Giunta n. X/2983, contengono valutazioni interessanti e spesso condivisibili, che peraltro recepiscono osservazioni da tempo segnalate dal Partito Democratico, particolarmente per quanto riguarda l'attuale incapacità del sistema socio-sanitario lombardo di far fronte adeguatamente alle problematiche delle malattie e disabilità croniche, specialmente a livello territoriale.

Tuttavia, i cambiamenti e le azioni ipotizzate nel documento, benché introducano elementi di discontinuità rispetto alla impostazione formigoniana precedente, risultano inadeguati e incompleti per affrontare con appropriatezza le criticità evidenziate nelle premesse; la loro messa in atto risulta inoltre veramente impegnativa e complessa, anche sul fronte dei trasferimenti patrimoniali delle strutture e attrezzature, foriera di inutili conflittualità tra territori, enti e professioni.

Sono anche del tutto assenti precise attenzioni ed indicazioni rispetto a fattori basilari qualificanti, quali la tensione al superamento delle ineguaglianze nell'accesso ai servizi, l'orientamento verso interventi di provata efficacia, il contrasto al consumismo sanitario, l'approccio globale al malato e l'umanizzazione delle cure, specie in ospedale, non come fatto esteriore ma come un modo di essere che renda possibile lo sviluppo di una "pratica" a tutti i livelli profondamente umana e costruita sul riconoscimento dell'altro.

Il disegno di riordino infatti presenta importanti criticità "di sistema":

- Aumentano, anziché diminuire, le difformità istituzionali ed organizzative rispetto agli orientamenti nazionali; il disegno di riforma regionale non prende in considerazione i mutamenti in atto nell'assetto del SSN, e intraprende percorsi divergenti dalle indicazioni nazionali e comunitarie.
- Si prevede l'introduzione di forme assicurative integrative e un cospicuo ricorso alla partecipazione degli assistiti al finanziamento del SSR: ciò mette in discussione l'universalità, principio fondante del nostro SSN, oltre a comportare un serio rischio di inaccessibilità ai servizi.
- I principi di "libera scelta" degli assistiti e di "competitività" tra gli erogatori generano una impossibilità di realizzare reti in grado di garantire la continuità assistenziale, come enunciato in premessa in merito al "prendersi cura" e alla tutela dei "fragili".
- Tutte le fasi decisionali sono accentrate a livello regionale, cui corrisponde una crescita ipertrofica di organizzazioni (agenzie, aziende, consorzi,...), di emanazione pubblica, ma con autonomia amministrativo-gestionale sostanzialmente privatistica; a fronte di ciò, le attuali ASL vengono svuotate delle funzioni strategiche, mentre a livello operativo vengono attivate le AISA, erogatori esautorati dalla possibilità di adottare azioni strategiche e di valorizzazione del contesto storico-geografico-sociale e culturale-professionale locale. La possibilità di controllo e interazione delle comunità locali è del tutto cancellata, introducendo peraltro le ASSL quali "articolarioni territoriali" dell'ATS, di fatto uffici meramente esecutivi di decisioni centrali, benché con parvenza di vicinanza alle comunità locali.

- I Distretti Socio-Sanitari, quale luogo privilegiato di soluzione dei problemi di salute e di responsabilizzazione-valorizzazione delle comunità-risorse locali, sono del tutto cancellati.
- A nessuna entità organizzativa è affidato il “ruolo di regia” della rete dei servizi socio-sanitari locali; rimarrebbe unicamente la funzione regionale dell’ATS di “programmazione-acquisto-controllo (quindi di accreditamento, contrattazione e controllo di tutti gli erogatori regionali). Il compito di facilitare la proficua interazione tra i diversi attori locali (di base e specialistici; sanitari, assistenziali, sociali) e garantire la presa in carico globale del malato cronico e la continuità di cura nel tempo e tra i diversi livelli di cura viene confusamente attribuita ai singoli erogatori dalle diversificate e fantasiose tipologie: AISA, Ospedali, POT, PreSST, UCCP, sia pubblici che privati.
- Il disegno organizzativo complessivo risulta pertanto confuso e poco comprensibile, pur a fronte della semplificazione che dovrebbe generare il forte accentramento a livello regionale. Infatti:
  - Manca qualsiasi indicazione alla riorganizzazione delle attività intraospedaliere per intensità di cura;
  - Non è chiaro come e se gli erogatori privati si rapportino alle AISA;
  - Anche i privati possono attivare UCCP, che dovrebbero essere, secondo la “Legge Balduzzi”, il luogo del coordinamento tra diversi attori, dipendenti o meno dall’attuale ASL;
  - Le cure primarie vengono governate solo a livello regionale, mediante la sola contrattazione con le rappresentanze dei MMG/PLS, rinunciando alla possibilità di valorizzare la professionalità, la formazione, strumenti di lavoro/coordinamento/integrazione che tengano conto delle peculiarità locali;
  - I diversi attori (ospedali-poliambulatori-SMeL privati accreditati e a contratto, RSA, CDI, Erogatori ADI, ....) non risulta siano coordinati a livello locale ma governati unicamente mediante contratti regionali, necessariamente standard.
- Anche se nell’individuazione dei bisogni emergenti viene dato rilievo specialmente al tema della cronicità, di fatto manca una valorizzazione degli operatori del territorio, dove i malati cronici vivono; in particolare non emerge il ruolo chiave, dei medici di medicina generale, da governare, sostenere e mettere attivamente in rete.
- Mentre la formazione sulle tematiche della cronicità dovrebbe essere svolta con la partecipazione attiva degli stessi operatori territoriali, il disegno di riordino prevede che la didattica venga svolta solo da università e/o centri specialisti.
- Appare rischioso e riduttivo legare i PDTA alle sole problematiche assicurative, benché sia apprezzabile lo sforzo di non esternalizzare i rischi.

Il Dipartimento Sanità del PD di Brescia evidenzia pertanto la necessità di ridisegnare un nuovo e diverso assetto del Servizio Sanitario Regionale, coerente con gli obiettivi di salute. Vanno individuati con maggior precisione metodi e strumenti per una efficace organizzazione della rete dei servizi territoriali, capace di una vera salvaguardia del patrimonio di salute della popolazione e di una gestione delle cronicità appropriata e sistematica, efficace ed efficiente, realizzata nei luoghi di vita.

Si espongono pertanto di seguito gli “ingredienti” necessari per spostare l’attenzione dalla sanità alla salute e dall’ospedale al territorio.

## CONTESTO

A parere di tutte le forze politiche che fino ad ora si sono espresse, parere che il Dipartimento condivide, l’attuale contesto è caratterizzato da:

- ^ **Scarsità di risorse.** Siamo consapevoli del forte indebitamento dello Stato e della necessità di riqualificare la spesa pubblica per rispettare i parametri di stabilità europei: le azioni di contenimento dovranno necessariamente riguardare anche la spesa sanitaria corrente. Le proposte di miglioramento dei servizi dovranno considerare che per investire in un ambito sarà necessario limitarne un altro. Sarà pertanto fondamentale essere in grado di effettuare scelte di sistema che sappiano guardare al medio-lungo periodo.
- ^ **Evoluzione della salute della cittadinanza.** L’invecchiamento della popolazione adulta, ma anche l’aspettativa di vita di bimbi con patologie una volta incurabili, pongono con forza il tema della presa in carico della pluripatologia e della cronicità, con quello che ne consegue: attenzione globale al paziente attraverso equipe multidisciplinari, continuità delle cure tra ospedale e territorio, accessibilità dei servizi territoriali.

A questi due aspetti, citati nei documenti presi in esame, ne aggiungeremmo un terzo, **il tema dell’equità** e dell’uguaglianza di trattamento dei cittadini.

**La crisi economica** in atto sta mettendo a dura prova le **famiglie con reddito basso e medio**, per le quali non è più scontato potersi permettere ciò che il SSN non ha mai garantito (ad es: il dentista, l’oculista, i trattamenti ortopedici per i para- dimorfismi del rachide negli adolescenti ecc..) e nemmeno ciò che il SSN garantisce con troppo ritardo (per le lunghe liste d’attesa) e con richiesta di contribuzioni importanti (es: indagini diagnostiche) a carico dell’utente.

Ci preme chiarire che l’equità non dovrebbe essere considerata solo un lodevole principio, ma un vero e proprio strumento di governo. Infatti le società più disuguali sono anche le società più disfunzionali per quanto riguarda le relazioni sociali, i comportamenti a rischio, gli stili di vita e la salute della popolazione. La ricerca scientifica in campo sociale ha dimostrato che 'inequity' e assenza di 'empowerment' del paziente sono responsabili di gravi problemi di salute nelle nostre comunità. È importante ribadire la necessità di difendere l’attuale impostazione del SSN, in particolare il principio di universalità, da possibili derive privatistiche e assicurative sempre in agguato quando le risorse scarseggiano.

## RACCORDO CON LE POLITICHE NAZIONALI E COMUNITARIE

A nostro parere, la riforma regionale deve necessariamente guardare ai mutamenti istituzionali in atto nell'assetto dello Stato, per evitare di intraprendere percorsi divergenti dalle indicazioni nazionali e comunitarie. Il "Patto per la salute" proposto dal Ministero indica con precisione la volontà di **ridurre l'autonomia legislativa delle regioni** al fine di garantire una maggiore **omogeneità di trattamento sanitario dei cittadini sul territorio nazionale**. Questa partita non potrà essere giocata dalla Lombardia in difesa, né tantomeno chiamandosi fuori dal gioco in quanto regione virtuosa. Il principio della uniformità di trattamento dei cittadini è corretto, e ciascuno dovrà fare la propria parte perché abbia piena attuazione. Allo stesso modo andranno recepite le indicazioni per la sanità transfrontaliera proposte dalla UE.

Una delle iniziative da sviluppare è certamente premere **per una revisione dei LEA**, introdotti oltre 15 anni fa, e oggi da revisionare e integrare con:

- Patologie rare
- Nuove dipendenze (es: ludopatia)

## ORGANIZZAZIONE DEL SISTEMA SOCIOSANITARIO REGIONALE

### Territorio

Il disegno di riforma sanitaria prevede uno stravolgimento dell'attuale sistema regionale che non si condivide, in particolare per quanto riguarda lo svuotamento di funzioni delle ASL e di accentramento dei poteri a livello del capoluogo lombardo. E' invece necessario sviluppare un modello nel quale le ASL tornino a gestire direttamente anche servizi di cura della persona, non limitandosi alla programmazione, acquisto e controllo. È soprattutto indispensabile che la funzione di regia delle ASL sia garantita da sufficienti deleghe decisionali.

E' condivisibile l'urgenza di costruire percorsi che prevedano la continuità delle cure nei pazienti cronici e/o pluripatologici. Non sono per nulla chiari gli strumenti che consentiranno di raggiungere questo risultato. Siamo certi che ridefinire la titolarità della gestione ospedaliera ipso facto farà comparire percorsi di continuità assistenziale?

La distinzione tra "Aziende Ospedaliere ad alta specialità ed alta intensità di cura" e "Rete ospedaliera territoriale" a diretta gestione delle ASL, così come oggi le conosciamo, a nostro avviso va promossa. Vanno però chiariti i requisiti ed i criteri che definiscono un'Azienda Ospedaliera ad "alta specialità ed alta intensità di cura", nonché la allocazione di queste Aziende sul territorio regionale. La "Rete ospedaliera territoriale" ha invece la vocazione di gestire le specialità di normale complessità e la alta e media intensità di cura, e favorire la continuità delle cure tra ospedale e territorio (bassa complessità e bassa intensità di cura). Questa riorganizzazione andrebbe fatta nel rispetto dei criteri posti dall'accordo Stato – Regioni del 5/8/2014.

La ricollocazione degli ospedali sarebbe comunque un primo passo sterile se a questa scelta non si affiancano gli strumenti che possono davvero essere utili alla finalità

proposta, e cioè i percorsi di cura (chiamati anche PDTA, percorsi diagnostico – terapeutici – assistenziali), i protocolli ospedale/territorio, i protocolli ASL/Associazioni di Comuni. **Più in generale si può dire che il modello e gli strumenti di clinical governance saranno di primaria utilità nello sviluppo della continuità delle cure.** La politica dovrebbe quindi indirizzare il sistema sanitario all'utilizzo sistematico di questi strumenti, non solo in termini di medicina difensiva, ma soprattutto come strumento di promozione del miglioramento continuo dei servizi e garanzia della continuità assistenziale.

Lo sviluppo dei PDTA necessita di un ruolo più deciso dell'ASL nel coinvolgimento di tutti gli attori del sistema, e del distretto nella gestione diretta o indiretta dei servizi territoriali, a differenza di quanto successo in questi anni che hanno visto lo smantellamento dei servizi distrettuali a gestione diretta ASL.

Inoltre, la necessità di potenziare le attività sociosanitarie e assistenziali sul territorio pone il tema di riqualificare il lavoro di cura sul territorio, spesso svalutato sotto il profilo professionale. Sono pertanto necessari interventi di maggiore valorizzazione dei professionisti che scelgono l'attività territoriale.

Nel contempo, è fondamentale valorizzare i Medici di Medicina Generale e i Pediatri di libera scelta avviando con celerità i percorsi delle Aggregazioni Funzionali Territoriali (AFT) già previste dalla legge Balduzzi.

**Il buon funzionamento dell'organizzazione territoriale è un elemento centrale se si vuole prendere in considerazione lo sviluppo della rete ospedaliera secondo il modello “hub and spoke”** (sistema centrale –hub- di cura specialistica della patologia collegato a sistemi periferici –spoke- che gestiscono il paziente fino al livello di necessità per cui viene convogliato al sistema centrale di cura); infatti, l'ospedalizzazione del paziente acuto, fatta solo quando serve e nella giusta misura ha bisogno di:

- Attenzione ai determinanti della salute, attività di prevenzione ambientale, oncologica e mediante corretti stili di vita.
- una consolidata capacità di filtro attraverso l'istituzione di centri polifunzionali territoriali (o ospedali di comunità) dotati di strumentazioni che facilitino e migliorino l'attività assistenziale (es: telemedicina ecc) e in grado di gestire la bassa intensità di cura
- una efficace rete sanitaria territoriale e di servizio sociale per supportare la fase della dimissione protetta
- l'introduzione di nuovi ruoli sanitari e la valorizzazione delle professioni sanitarie, riabilitative e dell'ambito sociale (Case manager medico/infermieristico/altre professioni, Disability case manager, Bed manager ecc.)
- una corretta valutazione delle strutture ospedaliere da destinare all'acuto e di quelle da riconvertire

## **Ospedale**

Gestire la bassa intensità di cura sul territorio porterebbe ad un più appropriato utilizzo della struttura ospedaliera, dove potrebbero essere sperimentati nuovi modelli organizzativi utili a superare gradualmente il modello delle Divisioni secondo la disciplina specialistica, modello che ha favorito il perfezionamento delle specialità ma ha dimostrato anche qualche limite, ad esempio una mancata multidisciplinarietà nelle cure, oppure una diffusione capillare di tecnologie sofisticate e ad alto costo ma a volte sottoutilizzate.

Il modello di assistenza per intensità di cura prevede la strutturazione delle attività ospedaliere in aree differenziate secondo:

- l'intensità delle cure
- le modalità assistenziali
- la durata della degenza
- il regime di ricovero

permette il potenziamento delle sinergie delle diverse discipline specialistiche operanti trasversalmente nelle aree di degenza e riafferma la centralità del malato.

Tuttavia, a nostro avviso, proporre nuovi modelli di assistenza non deve significare stravolgere l'esistente in quanto:

- La struttura fisica dell'ospedale dovrebbe essere caratterizzata da blocchi funzionali uniformi per tipologia e livello assistenziale ma i nostri ospedali sono stati concepiti diversamente, pertanto un nuovo modello organizzativo va adattato il più possibile alla struttura esistente.
- Il cambiamento deve essere introdotto con gradualità per ridurre al minimo le resistenze che naturalmente si manifesteranno anche tra gli operatori; resistenze che potrebbero essere più facilmente superate attraverso la presenza di facilitatori e uno scambio di esperienze con realtà già collaudate.

Il modello dipartimentale può porsi come un modello intermedio di transizione tra i vecchi "reparti" e i livelli di intensità di cura. Permette infatti la mobilità del personale e delle tecnologie rispetto a categorie di pazienti omogenei.

E' inoltre possibile proporre nuovi modelli di assistenza a partire dalle realtà più sensibili e che richiedano una maggiore integrazione multidisciplinare, come ad esempio le oncologie.

## **Ospedale pediatrico**

Una specifica attenzione deve essere data dal legislatore anche al tema della tutela della salute del bambino e in particolare al ruolo che l'ospedale pediatrico sarà chiamato ad esercitare nella nuova rete dell'assistenza.

In considerazione del calo demografico andrà probabilmente ridotta l'offerta di posti letto per la pediatria, da concentrare in alcuni centri, selezionando le attività che

obbligatoriamente necessitano di un setting ospedaliero. Per far ciò è però necessario che sul fronte del territorio si ridefiniscano ruolo e funzioni dei servizi e dei pediatri di libera scelta, al fine di assicurare interazioni, collegamenti e continuità assistenziale con l'ospedale e, soprattutto, la presa in carico diretta di tanta parte di assistenza e prevenzione che oggi è ancora ospedaliera.

Nel ripensare l'organizzazione va mantenuta una specifica attenzione ai bisogni tutti particolari che il minore e la sua famiglia portano con sé. Il particolare setting dell'assistenza pediatrica (partecipazione della famiglia e del minore ai processi decisionali, sostegno psicologico, disponibilità di spazi per il gioco e per la scuola, educazione terapeutica e ai corretti stili di vita) dovrà essere valorizzato anche sul territorio e negli ospedali non-pediatrici che ospiteranno gli adolescenti.

La promozione e la tutela della salute del bambino dovranno tenere conto delle nuove esigenze della popolazione pediatrica: ai diversi operatori della rete assistenziale verranno sempre più richieste competenze in materia di gestione della cronicità e di psichiatria dell'adolescenza.

## **CORRETTA ED EFFICACE GESTIONE DELLE CRONICITÀ**

Tra i modelli di gestione della salute per pazienti cronici si suggerisce quello del **CCM - Chronic Care Model**, che propone una visione d'insieme delle variabili fondamentali di un sistema orientato a gestire i pazienti con patologia a lungo termine. Il presupposto di questo modello è che, per essere efficaci, efficienti e attenti ai bisogni globali dei pazienti, ogni componente della rete assistenziale (operatori, pazienti, ospedale, Territorio, sistema organizzativo) deve svolgere una funzione ben definita e valutabile. Rispetto al malato acuto che subisce passivamente la cura, il malato cronico deve essere un soggetto centrale ed attivo nella cura. La centralità della persona non ha solo un significato etico, ma nel caso della malattia cronica diventa l'elemento essenziale per il successo della terapia: anche la cura più efficace, moderna, costosa non dà alcun risultato se il paziente non è in grado di metterla correttamente in atto. È pertanto opportuno introdurre nuove forme di responsabilizzazione e di coinvolgimento attivo nel processo di cura perché l'assistito ed i suoi familiari possano acquisire gli strumenti per autogestirsi e collaborare in forma proattiva con i curanti (Educazione Terapeutica, patient empowerment).

Declinando il **CCM** nell'ambito della Salute Mentale, si individua **il modello della Recovery** come paradigma di riferimento, che ridisegna i servizi pubblici attraverso un rapporto di partenariato con gli utenti e le comunità locali. Si tratta di un approccio innovativo che, rispetto agli interventi riabilitativi tradizionali, riconosce all'utente un coinvolgimento attivo ed una partecipazione alla definizione degli obiettivi del proprio piano di cura e di riabilitazione. Se da un lato per i cittadini la salute mentale è una risorsa che consente di conoscere il proprio potenziale emotivo e intellettuale, nonché di trovare e realizzare il proprio ruolo nella società, dall'altro lato, per la comunità, una buona salute mentale contribuisce alla prosperità, alla solidarietà e alla giustizia sociale, riducendo allo stesso tempo costi, perdite e oneri generati dalla gestione delle patologie mentali.

## LA DIPENDENZA DA ALCOL ED I CORRELATI PROBLEMI DI SALUTE

Tra le varie dipendenze l'alcolismo assume un particolare rilievo per l'impatto sia sul piano dei danni di salute individuali che dei costi per l'intera società. L'Ufficio Regionale Europeo dell'OMS ha da tempo segnalato agli Stati membri l'opportunità di realizzare piani mirati alla riduzione dei consumi per **tutta la popolazione** e di definire efficaci interventi di prevenzione e trattamento per **i gruppi a rischio**.

**Per poter intervenire efficacemente** è necessario tener presente che i problemi associati all'alcol non riguardano solo i **“forti bevitori”**, ma più complessivamente i comportamenti predisponenti legati **all'intera Comunità**.

E' molto importante quindi passare da una **strategia dell'alto rischio**, fondata su un approccio individuale, quello dei “casi” (modello medico), ad una strategia di **“approccio collettivo”**, attento globalmente alla popolazione.

Utilizzando le parole di Rose *“I **determinanti essenziali della salute** di una società devono essere trovati nelle **sue caratteristiche di massa: la minoranza deviante** può essere compresa solo se vista nel **contesto della società** e una prevenzione efficace richiede il coinvolgimento della popolazione come una **unica entità**”*.

Gli stili di vita, i comportamenti, sono modalità comunicative nel sistema delle relazioni che “è la vita delle persone”; non si possono affrontare, promuovere, risolvere condizioni di “sofferenza” umana in un approccio che separa e stigmatizza.

I Problemi dell'alcolismo sono pertanto una sfida cui si risponde con progetti in grado di assumere i nuovi **modelli e paradigmi**, che devono basarsi su un **approccio sistemico** e essere in grado di mettere insieme competenze nuove, esperienze e soggetti.

Sul piano concreto si dovrebbero costituire **Centri Funzionali a livello Territoriale** che affrontino l'insieme delle problematiche relative all'alcol sia rispetto al **“trattamento degli alcolisti”** e dei soggetti con **“problemi complessi”** (alcol e problemi psichici; alcol e droghe, alcolisti soli..), che della **“promozione della salute”** per la comunità.

Un ruolo particolare dovrebbe essere assunto dalle Associazioni già presenti nel territorio che operano nel campo dell'alcolismo e dai Comuni ai quali spetta la capacità di **riconoscere** l'importanza di tale problematica e di giocare un **ruolo speciale** per una collaborazione piena nei diversi ambiti di competenza.

## DALLA CONCORRENZA TRA OSPEDALI ALL'INTEGRAZIONE PUBBLICO-PRIVATO NELLA ORGANIZZAZIONE DEI SERVIZI OSPEDALIERI E TERRITORIALI

L'attuale sistema di competizione sul mercato ha sicuramente avuto il vantaggio di obbligare le Aziende Ospedaliere ad un confronto. Ha però favorito un lievitare dell'offerta sanitaria che, insegnano gli economisti, in sanità produce un aumento della domanda. Tutto appropriato? Negli anni qualche riserva sulla qualità di tutta questa offerta è sorta. La letteratura definisce standard di qualità e sicurezza (ad es: n° di interventi/anno ecc..) che sappiamo non essere sempre rispettati. Mentre la spesa per la diagnostica e la cura del paziente acuto sono aumentati, prevenzione, riabilitazione e sostegno alla domiciliarità sono ambiti in forte sofferenza rispetto ai bisogni. Complessivamente la continuità nella presa in carico della salute della popolazione non è un obiettivo raggiunto. E' quindi necessario **prevedere un regime di integrazione**, dove ciascun Ente - pubblico e privato - metta in campo le proprie eccellenze. Questa impostazione consentirebbe di **raggiungere l'obiettivo di eliminare l'eccesso di offerta** sul paziente acuto per stornare le risorse necessarie a potenziare gli ambiti critici. Presuppone però un forte ruolo delle ASL, nella valutazione dei requisiti, organizzazione del sistema e verifica dei risultati secondo i criteri indicati dalle normative e dagli accordi esistenti. Sono necessari quindi sui territori, e non concentrati unicamente nel capoluogo lombardo:

- una regia in grado di analizzare i bisogni del territorio e pianificare la risposta sanitaria in termini di servizi, non differenziando tra pubblico e privato ma utilizzando i criteri della valutazione di qualità e sicurezza degli interventi, sia per organizzare l'ambito ospedaliero che la medicina territoriale.
- Il coraggio di riconvertire alcune delle strutture ospedaliere presenti sul territorio, scelta politica di impatto non indifferente ai fini elettorali. Scelta che per essere effettuata implica di saper guardare al lungo periodo ma anche di saper compiere da subito i primi passi correttamente. In particolare, scelte di questo genere devono necessariamente essere accompagnate da un piano della comunicazione organico al progetto di riordino complessivo.

Sul rapporto pubblico – privato e sulla necessità (e sui criteri) di riconversione delle strutture ospedaliere non abbiamo trovato parole di chiarezza nelle proposte di riforma prese in esame.

## REMUNERAZIONE DELLE PRESTAZIONI IN REGIONE LOMBARDIA

L'attuale remunerazione a DRG per l'ambito sanitario ha sicuramente reso oggettivi i rimborsi rispetto al precedente sistema di remunerazione a piè di lista. Ha però nel tempo presentato i seguenti limiti:

- Nella patologia acuta il DRG remunera la prestazione senza tenere conto degli esiti. A titolo esemplificativo, si rimborsa allo stesso modo un intervento chirurgico andato bene ed un intervento che a distanza di tempo richiede un nuovo ricovero, ad esempio per infezione.
- Nella patologia cronica la presa in carico globale del paziente richiede una remunerazione che tenga conto di una molteplicità di interventi. Non è però ancora chiaro quale potrebbe essere il sistema di rimborso più adeguato. I voucher “a

pacchetto” adottati in via sperimentale nell’ambito socio-assistenziale non hanno risolto il problema. La lunga procedura di acquisizione dei voucher infatti non consente una tempestiva presa in carico delle urgenze; i pacchetti inoltre garantiscono un numero esiguo di prestazioni rispetto ai bisogni di utenti che necessitano di interventi diversificati e prolungati (es: dipendenze).

- Non sono sufficientemente conosciuti i risultati prodotti nelle sperimentazioni dei Creg per effettuare una scelta definitiva sul sistema di remunerazione.

L'argomento è pertanto da approfondire prima di avventurarsi in scelte poco ponderate.

## COMPARTECIPAZIONE DEI CITTADINI ALLA SPESA SANITARIA

Da una ricerca effettuata dal nostro Dipartimento, prese a titolo di esempio alcune prestazioni quali indagini diagnostiche e di laboratorio, tra le varie regioni italiane le differenze nel costo complessivo della prestazione a carico dell’utente sono considerevoli. Analizzare questi fenomeni ed applicare i dovuti correttivi sarebbe utile al fine di una maggiore appropriatezza nel rapporto costo/efficacia delle prestazioni, ed eviterebbe in parte l’applicazione dei tagli lineari alle risorse, divenuti ormai poco o per nulla sostenibili. In questo ambito la Regione Lombardia è abbastanza virtuosa ma, come affermato nel capitolo “Contesto”, l’economicità non può riguardare il settore (in questo caso la Regione Lombardia) ma il sistema (Italia), e la mancata virtuosità delle altre regioni pesa sul bilancio complessivo, quindi anche sul bilancio lombardo. Per questo motivo la partecipazione di Regione Lombardia ai momenti di confronto tra Ministero e Regioni rimane un importante obiettivo da perseguire e non può essere trascurato per una pretesa di autosufficienza.

## HTA, CENTRALI UNICHE DI COMMITTENZA E OUTSOURCING

Nell’attuale sistema esiste un’unica commissione HTA che fornisce pareri non vincolanti e solamente di tipo consultivo su temi macro rispetto all’introduzione di nuove tecnologie e farmaci nelle aziende pubbliche.

A nostro avviso è stringente la necessità di introdurre un governo delle tecnologie che sappia analizzare e rispondere ai bisogni, attraverso **una commissione regionale HTA che dia indirizzi vincolanti sulle tecnologie da accreditare nei diversi territori**. Stante la parità d’offerta tra pubblico e privato andrebbe posta sotto l’egida della commissione anche l’attivazione di tecnologie **presso le strutture private accreditate**. Riteniamo che la diffusione senza nessun controllo delle tecnologie sia uno dei principali stimoli all’inappropriatezza prescrittiva.

Gli ultimi 20 anni hanno visto una corsa alle esternalizzazioni di servizi sia di tipo non core (Mensa, pulizie, gestione calore) che di tipo core (sterilizzazione, global service apparecchiature biomedicali, odontoiatria, Fleet management informatica) L’idea diffusa, ma sbagliata, è che queste esternalizzazioni abbiano portato significativi risparmi in sanità. Come insegnano Francia e Germania, le attività core non sono in nessun modo esternalizzabili, per esempio è insensato affidare la sterilizzazione dei ferri chirurgici, attività che se ben realizzata non potrà mai essere profittevole, a società esterne la cui

spinta al profitto non potrà mai garantire la qualità ed i cui ritardi e le non conformità di processazione si riflettono inevitabilmente sul processo di sala operatoria.

Lo stesso vale per la manutenzione delle apparecchiature biomedicali o dei sistemi informatici: nessuna azienda affiderebbe la manutenzione delle proprie attrezzature produttive totalmente all'esterno, mediante una gara al massimo ribasso. La storia ha dimostrato che dopo anni di tale gestione, le apparecchiature vanno totalmente sostituite a causa di manutenzioni fatte al risparmio, da personale non adeguato ed inoltre i tempi di fermo macchina si allungano causando disservizi ai pazienti.

La nostra proposta prevede l'istituzione di una commissione multidisciplinare HTA e Service che effettui una seria analisi costo/efficacia dei servizi esternalizzati e sia in grado di fornire elementi utili ad un'eventuale decisione di riconduzione "in house" di quei servizi ad alto valore aggiunto per l'ospedale. **La privatizzazione della sanità lombarda non è solo l'accreditamento dei soggetti erogatori privati ma nell'ultimo ventennio è stata forte anche la spinta alla privatizzazione di asset fondamentali all'interno degli ospedali pubblici.**

Sul fronte dell'approvvigionamento dei beni e servizi molto si può fare per razionalizzare la spesa. La centrale regionale acquisti (ARCA) può essere un valore aggiunto per l'acquisto di tutti quei beni di uso comune anche alle altre amministrazioni regionali (cancelleria, macchine da ufficio, mensa, buoni pasto) e per beni i cui volumi sono comuni a tutti gli ospedali (farmaci, ausili, dispositivi medici). **Non dimentichiamo che in sanità esistono specificità della singola azienda che non possono essere mediate.** Ben vengano quindi il modello dei consorzi locali di acquisti tra aziende ospedaliere - che bene hanno fatto in questi anni - ed i prezzi di riferimento medi ai quali le aziende si devono attenere per fissare basi d'asta da mettere a bando.

**Consip invece** nonostante la completezza di valutazione della qualità, che in particolare sulle alte tecnologie viene effettuata anche con misure strumentali, **nella valutazione qualità/prezzo si è dimostrata spesso difforme rispetto alle gare 'locali' perché lontana dai prezzi lombardi;** anche questo deve diventare motivo di discussione in sede di confronto Stato – Regioni

## **SISTEMI INFORMATIVI, GOVERNO CLINICO E TRASPARENZA**

I sistemi informativi e informatici sono essenziali, sia per quanto riguarda la gestione ottimale delle strutture sanitarie sia per quanto riguarda l'interfaccia con l'utenza.

L'attuale livello di sviluppo del Sistema Informativo Socio-Sanitario lombardo (SISS) è caratterizzato da una impostazione ancora prevalentemente amministrativa e settoriale delle informazioni; la collaborazione tra i diversi enti/servizi/operatori necessita che sia sviluppato un sistema di canali di comunicazione e condivisione delle informazioni clinico-terapeutico-assistenziali, basato sulla inter-operatività dei sotto-sistemi informativi.

Va inoltre reso vincolante, all'interno di ciascuna struttura a contratto, l'attivazione di un adeguato e funzionale sistema informatico di gestione della cartella/scheda informatizzata, in grado di documentare l'attività svolta e facilitare la comunicazione tra i professionisti e verso l'assistito.

Per quanto riguarda accessibilità e trasparenza dei dati al cittadino molto è stato fatto a livello progettuale, ma la realizzazione di un sistema informativo facile e trasparente che consenta ai cittadini di comprendere e valutare la qualità, i costi e l'accessibilità dell'offerta sanitaria è ancora lacunoso. Da uno studio condotto dal Ministero della Salute sulle tempi di attesa nei siti web delle Regioni e P.A. e delle strutture del Servizio Sanitario Nazionale

a livello italiano, risulta che nella Regione Lombardia solo 8 su 15 siti web di ASL e 11 su 29 siti web di Aziende ospedaliere riportano tempi reali di attesa. In una società che sempre di più impiega la rete per reperire le informazioni è necessario che lo sviluppo e l'aggiornamento dei dati di interesse per l'utenza sia accurato e costante.

## **GOVERNO DEL SISTEMA E RAPPORTO CON GLI OPERATORI SANITARI**

In questi anni la logica certificativa e del raggiungimento degli obiettivi ha condizionato pesantemente e, a nostro avviso, impropriamente, l'attività clinica. La percezione generale che "la burocrazia ci sta sommergendo" e che "bisogna rispondere agli obiettivi e non fare le cose che servono" è assai diffusa tra gli operatori sanitari. Il malessere per le richieste ritenute assurde, il malcontento per le risposte che invece mancano, sono ormai il sentire quotidiano. Serve un'inversione di rotta. E' necessario porre davvero, e non a parole, il paziente quale fondamento della sanità. E se il paziente è al centro, gli operatori sanitari sono rivolti al paziente, non alla Direzione Generale né alla DG sanità regionale. Se gli operatori sono rivolti al paziente, gli uffici di staff delle Direzioni (Formazione, Qualità, Risk management, Accredimento, Approvvigionamento, ecc...) devono essere a supporto dell'attività clinica, non viceversa. Gli obiettivi assegnati devono verificare l'attività clinica, e indicare metodi e strumenti per la loro realizzazione.

In tale senso, si ravvisa l'urgente necessità che sia sostanzialmente semplificato l'attuale farraginoso, complesso e ridondante insieme di "regole/obiettivi", sostituendolo con un nuovo sistema di governo complessivo, unitario esplicito, caratterizzato da:

- un preciso e congruente ritmo annuale;
- l'esatta definizione e pubblicazione a priori degli indicatori di attività, di processo e di risultato fondamentali;
- la pubblicazione periodica, anche verso la cittadinanza, del livello raggiunto per ciascuno di tali indicatori (regionali, locali, riferiti a ciascun attore);
- l'unificazione di tutta la documentazione relativa alle diverse tipologie di incombenze formali, (misure anticorruzione, trasparenza, eticità; risk management e sicurezza per i lavoratori; promozione della qualità; sistemi di valutazione degli operatori; documentazioni accessorie alle certificazioni economiche periodiche; ecc.) senza duplicazioni;
- la definizione e pubblicazione a priori degli obiettivi annuali di mantenimento (riferiti a tutti i diversi settori di attività) e di miglioramento;
- la verifica sistematica e resa pubblicata del livello di raggiungimento di tali obiettivi, correlata ad un sistema di incentivi unitario e reso pubblico.

## **SCELTA DELLA DIRIGENZA**

Lo sforzo straordinario di modernizzazione del Servizio Socio-Sanitario necessita di una classe dirigente ancor più qualificata e legittimata.

Nelle amministrazioni pubbliche dobbiamo trovare i migliori talenti, le competenze di eccellenza, i buoni esempi di professionalità, efficienza ed integrità e un forte senso di appartenenza.

Il percorso necessita di una **valutazione** corretta delle risorse umane a partire dalla fase stessa di **selezione** (assessment del potenziale), e poi in itinere (assessment del potenziale, della performance), e la progettazione di **percorsi formativi** adeguati, che concorrono a individuare quelle risorse interne e/o esterne che possiedono i requisiti o il potenziale per ricoprire un determinato ruolo.

Inoltre al fine di garantire una migliore trasparenza nella scelta/revoca dei Direttori Generali delle ASL e delle AO ed al fine di meglio definire gli obiettivi di salute del territorio e di verificarne l'attuazione, si ravvisa l'opportunità che vengano introdotti meccanismi di partecipazione degli Enti Locali.

## VALUTAZIONI COMPLESSIVE

Alla luce di quanto premesso, il Dipartimento Sanità del PD di Brescia ritiene che il disegno di riordino del SSR non affronti adeguatamente e complessivamente le problematiche di salute delle comunità locali e che, con queste premesse, il cambiamento dell'assetto istituzionale ed organizzativo dell'intero SSR avvierebbe una lunga e problematica fase di transizione, corrispondente sul fronte dei servizi ad un altrettanto lungo stallo.

Il Dipartimento Sanità del PD di Brescia conferma la necessità di avviare una sostanziale rivisitazione dell'assetto istituzionale ed organizzativo del SSR ma basato su chiare e qualificanti **linee strategiche di miglioramento**:

1. Le necessarie **modifiche dell'assetto istituzionale-organizzativo del SSR** devono essere **coerenti e sintoniche con le indicazioni normative nazionali ed europee**.
2. Va urgentemente superata la logica certificativo-burocratica e **attivato un nuovo sistema di governo complessivo, unitario esplicito, caratterizzato da indicatori/obiettivi/verifiche chiari, definiti a priori, resi pubblici, correlati ai meccanismi di incentivazione**.
3. Nella **scelta/revoca dei Direttori Generali** delle ASL e delle AO è opportuno che vengano introdotti **meccanismi di partecipazione degli Enti Locali**.
4. L'integrazione dei diversi approcci (sanitario, assistenziale, sociale) va garantita in tutti i servizi, prevedendo l'**unificazione dei due assessorati regionali in un unico assessorato competente su "Salute e Benessere"**, associata alla **concomitante attenzione alle tre dimensioni (di salute, assistenziale, psico-sociale) a tutti i livelli (regionale, ASL, Ente/Struttura)** in tutti i servizi (ospedaliero, sanitario ambulatoriale e domiciliare, sanitario-assistenziale

residenziale e domiciliare), prevedendo che le decisioni direzionali possano essere adottate solo se condivise sia dalla componente sanitaria che psico-sociale (anche nei servizi eminentemente sanitari, quali gli ospedali). Va altresì **eliminata ogni forma di duplicazione di servizi analoghi**, (ad esempio: cure palliative, attività riabilitative, attività subacute, duplicate con modalità analoghe sia nel comparto sanitario che socio-sanitario).

5. Va promossa, in quanto primo passo per favorire la continuità delle cure tra ospedale e territorio, la **distinzione tra “Aziende Ospedaliere ad alta intensità di cura” e “Rete ospedaliera territoriale” a diretta gestione delle ASL.**
6. Va pianificata la transizione degli **ospedali verso una organizzazione per intensità di cura**, superando progressivamente le tradizionali divisioni specialistiche di ricovero, e la concomitante proiezione distrettuale di tutte le attività ambulatoriali specialistiche, da organizzare prevalentemente a “pacchetti” di prestazioni coordinate e correlate al medesimo iter diagnostico-terapeutico. In tal senso vanno altresì previste strutture di cure intermedie, quali gli ospedali di comunità, coordinati organizzativamente da figure infermieristiche sotto la conduzione clinica del Medico di Famiglia.
7. Va chiaramente attribuita all'**ASL come principale funzione la “regia della rete dei servizi sanitari, sanitario-assistenziali e la collaborazione con i Comuni per la gestione dei servizi sociali”**, al fine di promuovere l'integrazione e la continuità della presa in carico di tutti i cittadini. Ciò anche attribuendole un reale potere di negoziazione con gli enti/strutture del territorio di competenza.
8. I territori di riferimento delle ASL vanno armonizzati con quanto previsto dalle recenti evoluzioni normative di riordino degli assetti territoriali.
9. Va **potenziato il Distretto Socio-Sanitario**, quale luogo di coordinamento, con il coinvolgimento dei Comuni, dell'insieme degli enti (gestiti da ASL, AO e/o dagli altri enti a contratto) e degli operatori sanitari, sanitario-assistenziali e sociali che sono attivi nel corrispondente territorio, in particolare in funzione della integrazione e continuità di cura delle cronicità, fragilità e disabilità, oltre che per potenziare le risorse socio-culturali locali nella promozione del patrimonio di salute e di benessere delle persone e della intera comunità locale.
10. Va **attribuito un preciso ed esplicito ruolo ai Medici di Famiglia e ai Pediatri di libera scelta** nel garantire la continuità e appropriatezza della presa in carico nel tempo dei malati cronici, prevedendo il tempestivo sviluppo delle Aggregazioni Funzionali Territoriali previste dalla “Legge Balduzzi” e la loro integrazione nel distretto.
11. **Tutti gli attori del SSR, in particolare i Medici di Famiglia, i Pediatri di libera scelta ed i Medici Specialisti, vanno responsabilizzati nella logica del Governo Clinico**, in particolare mediante una formazione contestualizzata ai percorsi di miglioramento ed il riscontro sistematico dei risultati raggiunti nell'insieme della

popolazione assistita. Vanno inoltre **valorizzate le figure di tutte professioni sanitarie (infermieristiche, tecniche, riabilitative e sociali)**, in particolare curando l'introduzione di nuovi ruoli gestionali come il "case manager", 'disability case manager', 'bed manager' ecc..

12. Vanno resi **vincolanti i meccanismi di cooperazione/integrazione funzionali alla presa in carico appropriata e continuativa dei malati cronici, introducendo opportune modalità retributive non basate sulle singole prestazioni ma sui percorsi di diagnosi-cura-assistenza**: "*Percorsi Diagnostico Terapeutici Assistenziali Territorio- Ospedale*" per le condizioni più frequenti, "*Dimissioni Protette*" per i pazienti fragili; "*unità di valutazione/pianificazione/continuità multidimensionale distrettuali*" per la presa in carico globale e continuativa dei malati con necessità assistenziali e di cura complesse
13. Vanno **previsti, sia a livello ospedaliero sia territoriale, interventi strutturati di educazione terapeutica**, tesi a coinvolgere l'assistito, specialmente se malato **cronico** o con problemi di **salute mentale**, la sua famiglia e l'eventuale caregiver nei percorsi di cura e di adozione di stili di vita a valenza preventivo/terapeutica.
14. Vanno previste precise modalità organizzative funzionali, in grado di affrontare l'insieme delle problematiche relative alle dipendenze, in primis da alcol e fumo, in termine sia di "**trattamenti individuali**", sia di "**promozione della salute della comunità**", valorizzando il ruolo attivo delle Associazioni e dei Comuni.
15. Il **SISS va radicalmente semplificato e trasformato in uno strumento di effettivo supporto operativo alla integrazione e ai percorsi sanitari**. Il sistema informatico della comunicazione al cittadino va completato, tenuto aggiornato nell'ottica della semplicità di uso e della trasparenza.
16. È opportuno **rimodulare la partecipazione degli erogatori privati**, non-profit e profit, prevedendo un regime di integrazione tra enti pubblici e privati, selezionati in modo razionale e trasparente in funzione delle eccellenze.
17. **Va ricercata la qualificazione e razionalizzazione della spesa: individuando ed eliminando gli interventi non di provata efficacia; accorpendo/eliminando /convertendo servizi non necessari o di dimensioni inadeguate; ottimizzando le procedure di acquisto.**
18. Va chiaramente **reintrodotta la possibilità che ASL e AO possano, se ritenuto opportuno e conveniente e assumendosene la responsabilità, gestire direttamente ogni tipo di servizio**, anche rientrando da pregresse esternalizzazioni.

19. Va **introdotta la possibilità di acquisto di beni e servizi anche a livello decentrato**, a condizione che prezzi e livelli qualitativi siano migliori di quanto definito a livello regionale mediante le procedure di gara centralizzate.

## RIFERIMENTI BIBLIOGRAFICI

American College of Physicians. *The Advanced Medical Home: A Patient-Centered, Physician-Guided Model of Health Care*. Philadelphia, American College of Physicians, 2005 [Disponibile in: <[http://www.acponline.org/advocacy/current\\_policy\\_papers/assets/adv\\_med.pdf](http://www.acponline.org/advocacy/current_policy_papers/assets/adv_med.pdf)>]

Belleri G. *La rete "UNIRE"*. **Salute e Territorio** 2011;186:138-43

Coleman K, Austin BT, Brach C, Wagner EH. *Evidence on the Chronic Care Model in the New Millennium*. **Health Aff** 2009;28:75-85

d'Ivernois JF, Gagnayre R. *Educare il paziente. Un approccio pedagogico*. 3. ed. Milano, McGraw-Hill, 2009

Domenighetti GF. "Futuro dei sistemi sanitari tra complessità, mercato e conflitti di interesse". In: Mele A (a cura di). *Salute e complessità. Viaggio nei campi del sapere*. Bologna, Il Mulino, 2007, pp. 111-123

Improving Chronic Illness Care. *The Chronic Care Model. Model elements*. [Disponibile in: <[http://www.improvingchroniccare.org/index.php?p=Model\\_Elements&s=18](http://www.improvingchroniccare.org/index.php?p=Model_Elements&s=18)>]

Lavazza L. *Il modello Hub Spoke. L'ospedale organizzato per intensità di cure*. [Disponibile in: <[http://centrobasaglia.provincia.arezzo.it/convegni/11-03-2008/Lavazza\\_Luca.pdf](http://centrobasaglia.provincia.arezzo.it/convegni/11-03-2008/Lavazza_Luca.pdf)>]

Lee TH, Bodenheimer T, Goroll AH et al. *Perspective Roundtable: Redesigning Primary Care*. **New Engl J Med** 2008, 359:e24

[Il video della tavola rotonda è consultabile in: <<http://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMp0809050>>]

Lynch JW, Smith GD, Kaplan GA, House JS. *Income inequality and mortality: importance to health of individual income, psychosocial environment, or material conditions*. **BMJ** 2000;320:1200-4 [Disponibile in: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1127589/pdf/1200.pdf>>]

Maciocco G, Dei S. *Sanità d'iniziativa. La vera sfida per la sanità distrettuale. L'esperienza della Regione Toscana*. **I Quaderni di Monitor** 2011;(Suppl. al n. 27):189-195

[Disponibile in: <[http://www.agenas.it/images/agenas/monitor/quaderno/pdf/10\\_La\\_rete\\_dei\\_Distretti\\_sanitari\\_in\\_Italia.pdf](http://www.agenas.it/images/agenas/monitor/quaderno/pdf/10_La_rete_dei_Distretti_sanitari_in_Italia.pdf)>]

Marmot M. *Health in an unequal world*. **Lancet** 2006;368:2081–94

Marmot M. *Cardiovascular disease*. **J Epidemiol Community Health** 1993;47:2–4. [Disponibile in: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1059698/pdf/jepicomh00202-0004.pdf>>]

Marmot M. Friel S. *Global health equity: evidence for action on the social determinants of health*. **J Epidemiol Community Health** 2008;62:1095-7

Marmot M. Wilkinson RG. *Psychosocial and material pathways in the relation between income and health: a response to Lynch et al*. **BMJ** 2001;322:1233-6 [Disponibile in: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1120336/pdf/1233.pdf>>]

Materia E, Cacciani L, Bugarini G et al. *Income inequality and mortality in Italy*. **Eur J Public Health** 2005;15:411-7

Medea G, Brignoli O, Lonati F et al. *Audit e miglioramento della qualità dell'assistenza del paziente diabetico: primi risultati del Progetto Governo Clinico ASL di Brescia- Rete UNIRE SIMG*. **MeDia Aggiornamento e Formazione in Diabetologia e Malattie Metaboliche** 2008;8:1-8

[Disponibile in: <[http://www.progettoasco.it/riviste/rivista\\_media/pdf/2008/Numero1.pdf](http://www.progettoasco.it/riviste/rivista_media/pdf/2008/Numero1.pdf)>]

Ministero della Salute. Dipartimento della Qualità. Direzione Generale della programmazione sanitaria, dei livelli di assistenza e dei principi etici di sistema. Ufficio III. *Tempi di attesa nei siti web delle Regioni e P.A. e delle strutture del Servizio Sanitario Nazionale: 3° Rapporto Nazionale*. Roma, 2010

[Disponibile in: <[http://www.salute.gov.it/imgs/C\\_17\\_pubblicazioni\\_1240\\_allegato.pdf](http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_1240_allegato.pdf)>]

*Modelli di assistenza ospedaliera per intensità di cura*. Convegno Nazionale. Bologna 29-30 marzo 2012. [Disponibile in: <<http://salute.regione.emilia-romagna.it/documentazione/convegni-e-seminari/convegno-ospedale-intensita-di-cura-2012>>]

Nardi R, Arienti V, Nozzoli C, Mazzone A. *Organizzazione dell'ospedale per intensità di cure: gli errori da evitare*. **Ital J Med** 2012;6:1-13 [Disponibile in: <[www.italjmed.org/ijm/article/download/ijm.2012.1/83](http://www.italjmed.org/ijm/article/download/ijm.2012.1/83)>]

Regazzo C. *L'implementazione del modello di intensità di cura nel contesto sanitario nazionale; Stato dell'arte e prospettive future*. 57° Congresso Nazionale SIGG. 13° Corso per Infermieri. Milano, 21-24 novembre 2012. **G Gerontol** 2012;60:356-7 [Disponibile in: [http://www.antiforma.it/files/articolo\\_regazzo\\_2012.pdf](http://www.antiforma.it/files/articolo_regazzo_2012.pdf)]

Regione Lombardia. Commissione Sviluppo Sanità. *Proposte di sviluppo del Servizio Sanitario e Sociosanitario Lombardo: il Sistema Ospedaliero*. Milano, 30 giugno 2014

[Disponibile in: <<http://www.regione.lombardia.it/shared/ccurl/292/234/Appendice%20%20-%20COMMISSIONE%20SVILUPPO%20SANITA'%20-%20II%20sistema%20ospedaliero.pdf>>]

Regione Toscana. *Piano Sanitario e Sociale Integrato Regionale 2012-2015* [Disponibile in: <[http://www.consiglio.regione.toscana.it/copas/documenti/PDD%20n\\_%20191%20Piano%20sanitario%20sociale.pdf](http://www.consiglio.regione.toscana.it/copas/documenti/PDD%20n_%20191%20Piano%20sanitario%20sociale.pdf)>]

RIISG–Rete Italiana per l'Insegnamento della Salute Globale. [Disponibile in: <<http://www.educationglobalhealth.eu/it/chi-siamo/riisg>>]

Rose G. *Le strategie della medicina preventiva*. Roma, Il Pensiero Scientifico, 2001

Royal College of General Practitioners, *The future direction of general practice. A roadmap*. London, RCGP, 2007 [Disponibile in: <[http://www.rcgp.org.uk/policy/rcgp-policy-areas/~media/Files/Policy/A-Z-policy/the\\_future\\_direction\\_rcgp\\_roadmap.ashx](http://www.rcgp.org.uk/policy/rcgp-policy-areas/~media/Files/Policy/A-Z-policy/the_future_direction_rcgp_roadmap.ashx)>]

Starfield B. *The Hidden Inequity in Health Care*. **Int J Equity Health** 2011,10:15

[Disponibile in: <<http://www.equityhealthj.com/content/pdf/1475-9276-10-15.pdf>>]

Starfield B, Shi L. *Policy relevant determinants of health: an international perspective*. **Health Policy** 2002;60:201–18

Starfield B, Shi L, Macinko J. *Contribution of Primary Care to Health Systems and Health*. **Milbank Q** 2005;83:457–502

[Disponibile in: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2690145/pdf/milq0083-0457.pdf>>]

Wilkinson R, Pickett K. *La misura dell'anima : perché le diseguaglianze rendono le società più infelici* . Milano, Feltrinelli, 2009

World Health Organization. *2008-2013 Action Plan for the Global Strategy for the Prevention and Control of Noncommunicable Diseases*. Geneva, WHO, 2008 [Disponibile in: <http://www.who.int/nmh/Actionplan-PC-NCD-2008.pdf>]

World Health Organization. *Innovative care for chronic conditions. Building blocks for action: global report*. Geneva, WHO, 2002 [Disponibile in: <<http://www.who.int/chp/knowledge/publications/icccglobalreport.pdf?ua=1>>]