



**Economia Aziendale Online**

## **Economia Aziendale Online**

**Business and Management Sciences  
International Quarterly Review**

**SPECIAL ISSUE  
THE MULTIDIMENSIONAL CONTENT OF  
ECONOMIA AZIENDALE**

**Exploring Theories and Applications  
of Business Economics and Management  
[3 of 3]**

### **Il Sistema Sociosanitario Integrato Territoriale**

Fabio Lombardi  
Massimo Mangiarotti

Pavia, Dicembre 2019  
Vol. 10 - N. 3/2019

[www.ea2000.it](http://www.ea2000.it)  
[www.economiaaziendale.it](http://www.economiaaziendale.it)



PaviaUniversityPress

# Il Sistema Sociosanitario Integrato Territoriale

Fabio Lombardi

GIUNTA REGIONE LOMBARDIA  
Dirigente Ufficio Territoriale  
Regionale di Pavia e Lodi - Italy

Massimo Mangiarotti

COMUNE DI SAN REMO  
Dirigente Settore Servizi alla  
persona e promozione del  
benessere, Tributi, Attività  
produttive e mercati - Italy

*Corresponding Author:*

Fabio Lombardi  
Regione Lombardia  
Viale Cesare Battisti n. 152  
Pavia, Italy  
[fabio.lombardi@infinito.it](mailto:fabio.lombardi@infinito.it)

## ABSTRACT

The aging of the population means for the health and social care system the need to manage an increasing number of people suffering from chronic pathologies and requires innovative care models that realize pathways of continuity of care through de-hospitalization. The evolution from the social-health system centered on the hospital to the integrated territorial social and health system requires a regulatory reform at national level and implies the supply of goods and services at home guaranteed by the community nurse and the introduction of tele-rehabilitation. At the system level, the introduction of community nurses is a fundamental innovation to guarantee users, patients and citizens a single point of reference in the area of care and integrated home care. Telerehabilitation aims to maximize functional independence, reduce disability and prevent secondary complications through an educational process that encourages the autonomy of the individual. The introduction of tele-rehabilitation potentially involves the entire population of Alto Oltrepò Pavese (Northern Italy), with particular reference to those at risk (over 65) suffering from chronic or post-acute pathologies. Optimizing diagnostic and therapeutic pathways becomes an essential element for improving the quality of care provided to chronic patients and for the economic sustainability of the social and health system.

L'invecchiamento della popolazione comporta per il sistema sociosanitario la necessità di gestire un numero sempre maggiore di persone affette da patologie croniche e richiede modelli assistenziali innovativi che realizzino percorsi di continuità di cura attraverso la deospedalizzazione. L'evoluzione dal sistema sociosanitario incentrato sull'ospedale al sistema sociosanitario integrato territoriale necessita di una riforma normativa a livello nazionale ed implica l'erogazione di beni e servizi a domicilio garantita dall'infermiere di comunità e dall'introduzione della telerabilitazione. A livello di sistema l'introduzione dell'infermiere di comunità è una innovazione fondamentale per garantire agli utenti, ai pazienti e ai cittadini un unico riferimento sul territorio di cura e di assistenza integrata a domicilio. La telerabilitazione mira a massimizzare l'indipendenza funzionale, ridurre la disabilità e prevenire le complicanze secondarie attraverso un processo educativo che incoraggia l'autonomia dell'individuo. L'introduzione della telerabilitazione coinvolge potenzialmente l'intera popolazione dell'Alto Oltrepò Pavese, con particolare riferimento ai soggetti a rischio (over 65) affetti da patologie croniche o post-acute. Ottimizzare i percorsi diagnostici e terapeutici diviene un elemento essenziale per il miglioramento della qualità dell'assistenza erogata ai pazienti cronici e per la sostenibilità economica del sistema sociosanitario.

**Keywords:** sistema sociosanitario integrato territoriale, invecchiamento della popolazione, infermiere di comunità, telerabilitazione,

## Cite as:

Lombardi, F. &  
Mangiarotti, M. (2019). Il  
Sistema Sociosanitario  
Integrato Territoriale,  
*Economia Aziendale Online*,  
Special Issue, 10(3), 563-571.

**Section:** *Working Paper*

---

## 1 – Introduzione

Il ventesimo secolo ha visto un'esponenziale crescita dell'ospedale come luogo unico di cura.

Il ventunesimo secolo deve sviluppare il concetto di ospedale diffuso sul territorio e radicato nella comunità. È evidente che il governo dell'offerta dei servizi sociosanitari non è sufficiente a garantire la sostenibilità del sistema sociosanitario.

L'introduzione di meccanismi idonei alla governabilità della domanda dei bisogni sociosanitari è un cambiamento inevitabile e fondamentale.

Il punto cruciale è l'equilibrio tra la domanda dei bisogni sociosanitari e l'offerta dei servizi sociosanitari.

L'invecchiamento della popolazione comporta per il sistema sociosanitario la necessità di gestire un numero sempre maggiore di persone affette da patologie croniche e richiede modelli assistenziali innovativi che realizzino percorsi di continuità di cura attraverso la deospedalizzazione.

La situazione presenta maggiori difficoltà nel caso di popolazioni anziane che vivono in aree territoriali svantaggiate e periferiche quale l'Alto Oltrepò Pavese carenti di infrastrutture e servizi.

Una possibile soluzione è rappresentata dalla telemedicina. L'utilizzo dell'innovazione tecnologica consente di aumentare l'efficacia e l'efficienza dei servizi sociosanitari attraverso una ottimale allocazione delle risorse e una migliore gestione dei processi organizzativi.

## 2 – L'Avvento dell'Infermiere di Comunità

L'evoluzione dal sistema sociosanitario incentrato sull'ospedale al sistema sociosanitario integrato territoriale implica l'innovazione dalla gestione verticale all'integrazione orizzontale dei servizi sanitari, sociosanitari e sociali e ipotizza l'introduzione dell'*infermiere di comunità*, quale figura di riferimento sul territorio che interagisce con i cittadini.

Fermo restando le funzioni del medico di medicina generale, principale, ma non esclusivo candidato ad assumere il ruolo di *clinical manager*, occorre collocare l'infermiere di comunità rispetto alle figure di coordinamento, *care manager* e *case manager*, che affiancano il *clinical manager*. Il *care manager* è funzionalmente legato all'assistenza alla persona, per cui si confronta col paziente favorendone l'adesione a quanto pianificato nel PAI come risposta ai suoi bisogni e gli fa da guida nel percorso di cura lungo la filiera. Il *case manager* si confronta con l'assetto territoriale, ossia coordina il flusso lungo le strutture e servizi del territorio compresi quelli sociali, interloquendo quando conveniente anche con la famiglia; il *clinical manager* è responsabile della presa in carico, garantendo la continuità del percorso e l'integrazione dei molteplici soggetti erogatori e/o delle diverse modalità assistenziali previste dal Piano Assistenziale Individuale (PAI).

L'infermiere di comunità, quale unico riferimento sul territorio per i cittadini, assume le funzioni sia di *care manager* sia di *case manager*.

Al fine di svolgere il ruolo in modo appropriato sul territorio, l'infermiere di comunità deve possedere una elevata qualificazione professionale e una adeguata conoscenza dell'offerta dei servizi sanitari, sociosanitari e sociali.

A livello di sistema l'introduzione dell'infermiere di comunità è una innovazione fondamentale per garantire agli utenti, ai pazienti e ai cittadini un unico riferimento sul territorio di cura e di assistenza integrata a domicilio.

A livello di organizzazione l'applicazione dell'approccio manageriale per ridisegnare o reinventare le organizzazioni sanitarie comporta benefici diretti per tutti coloro che appartengono all'organizzazione e indiretti per tutti coloro che interagiscono con l'organizzazione, creando un circolo virtuoso a favore degli utenti, dei pazienti e dei cittadini.

Al fine di garantire la sostenibilità del sistema sociosanitario è fondamentale l'equilibrio tra la domanda dei bisogni sociosanitari e l'offerta dei servizi sociosanitari.

Le organizzazioni sanitarie devono perseguire i seguenti obiettivi strategici:

- allocazione efficiente ed efficace delle risorse, riducendo la perdita di benessere e la perdita di risorse;
- evoluzione dell'approccio metodologico dalla consuetudine dell'adempimento alla cultura dell'iniziativa, ricercando la governabilità dei servizi sociosanitari;
- innovazione del modello operativo dalla gestione verticale all'integrazione orizzontale, mirando all'economicità nel soddisfare i bisogni sociosanitari.

L'allocazione inefficiente (impiegare tante risorse per soddisfare pochi bisogni) causa la perdita di risorse, mentre l'allocazione inefficace (disporre di poche risorse per soddisfare tanti bisogni) provoca una perdita di benessere.

L'evoluzione dal vigente Sistema Sociosanitario Lombardo (SSL) definito dall'articolo 1 della Legge Regionale 11 agosto 2015, n. 23 della Regione Lombardia "Il sistema sanitario, sociosanitario e sociale integrato lombardo, di seguito denominato sistema sociosanitario lombardo (SSL), promuove e tutela la salute ed è costituito dall'insieme di funzioni, risorse, servizi, attività, professionisti e prestazioni che garantiscono l'offerta sanitaria e sociosanitaria della Regione e la sua integrazione con quella sociale di competenza delle autonomie locali." Implica che all'ipotizzato sistema sociosanitario integrato territoriale necessiti una riforma normativa a livello nazionale intervenendo sulla Legge 8 novembre 2000, n. 328 per superare il piano di zona a livello distrettuale e la programmazione sanitaria, socio sanitaria e sociale disgiunta in ambiti disomogenei e non ottimali.

Nell'ipotizzato sistema sociosanitario integrato territoriale, la Regione, i Comuni e i Privati che erogano rispettivamente i servizi sanitari, i servizi sociali e i servizi residenziali, domiciliari e sociosanitari partecipano a un'unica filiera di programmazione e controllo a livello regionale per giungere al Piano Sociosanitario Integrato Territoriale regionale di durata almeno triennale contenente la programmazione sanitaria, sociosanitaria e sociale congiunta in ambiti omogenei e ottimali. L'evoluzione dalla integrazione territoriale annunciata come obiettivo normativo alla integrazione territoriale effettiva implica l'erogazione di beni e servizi a domicilio garantita dall'infermiere di comunità.

Il cambiamento culturale è la condizione necessaria per collocare utenti, pazienti e cittadini non solo al centro, bensì al vertice del sistema sociosanitario integrato territoriale.

### **3 – L'Introduzione della Teleriabilitazione nell'Alto Oltrepò Pavese**

L'Alto Oltrepò Pavese, individuato dalla Regione Lombardia quale Area Interna Appennino Lombardo con D.G.R. n. 5799 del 18 novembre 2016, si trova nella porzione sud-occidentale della Provincia di Pavia e geograficamente occupa la fascia collinare e montana dell'Oltrepò Pavese che si incunea tra Piemonte ed Emilia.

I Comuni inclusi nell'Alto Oltrepò Pavese sono: Bagnaria, Borgoratto Mormorolo, Brallo di Pregola, Colli Verdi (istituito ufficialmente in data 01/01/2019, derivante dalla fusione dei Comuni di Canevino, Ruino e Valverde), Fortunago, Menconico, Montesegale, Ponte Nizza, Rocca Susella, Romagnese, Santa Margherita di Staffora, Val di Nizza, Varzi, Zavattarello.

La superficie territoriale complessiva dei Comuni dell'Alto Oltrepò Pavese è pari a 399,13 kmq, gli abitanti residenti sono 10.601, la densità media non arriva a 27 abitanti per kmq e l'altitudine media supera di poco i 500 metri s.l.m.. Nei Comuni con densità inferiore alla media la superficie territoriale è pari a 273,5 kmq e gli abitanti residenti sono 5.042, mentre nei Comuni con altitudine superiore alla media la superficie territoriale è pari a 223,32 kmq e gli abitanti residenti sono 4.360 (dati ISTAT riferiti al 01/01/2019).

Nei Comuni dell'Alto Oltrepò Pavese il progressivo calo della popolazione residente è un fenomeno irreversibile che si è verificato con maggiore intensità nei Comuni periferici di altitudine più elevata.

Al fenomeno dello spopolamento è connesso il processo d'invecchiamento della popolazione residente, conseguenza sia dell'allungamento della vita media, sia della emigrazione delle nuove generazioni.

L'indice di vecchiaia (che esprime il grado di invecchiamento della popolazione e si ottiene dal rapporto tra il numero degli anziani oltre 65 anni ed il numero dei giovani fino ai 14 anni), riferito alla popolazione residente nei Comuni dell'Alto Oltrepò Pavese, supera 496 e arriva a 1.200 nel Comune di Brallo di Pregola e risulta molto superiore a quello della Provincia di Pavia pari a 197,8 e della Regione Lombardia pari a 165,5.

L'indice di dipendenza strutturale (che esprime il carico sociale ed economico della popolazione non attiva (0-14 anni e oltre 65 anni) su quella attiva (15-64 anni), riferito alla popolazione residente nei Comuni dell'Alto Oltrepò Pavese, supera 83 e arriva a 123 nel Comune di Santa Margherita di Staffora, risultando molto superiore a quello della Provincia di Pavia pari a 58 e della Regione Lombardia pari a 56,8.

Dall'analisi dei dati statistici sulla popolazione "over 65" residente nei Comuni dell'Alto Oltrepò Pavese emerge la presenza di diverse situazioni critiche di disagio sociale, quali:

- reti familiari rarefatte e residuali;
- assenza di famigliari di riferimento;
- abitazione non adeguata, per la presenza di barriere architettoniche e altri ostacoli;
- condizioni di solitudine.

Sul territorio dell'Alto Oltrepò Pavese opera il Piano di Zona di Voghera e della Comunità Montana Oltrepò Pavese, mentre sono presenti due presidi ospedalieri di cui uno pubblico e uno privato orientato a prestazioni legate alla riabilitazione.

Il crescente numero di persone con patologie croniche impone di trovare modelli sociosanitari innovativi che assicurino una reale continuità di cura, mantenendo il paziente e la sua famiglia al centro del percorso.

La teleriabilitazione domiciliare integra le attività assistenziali e riabilitative domiciliari tradizionali con quelle erogate tramite soluzioni tecnologiche, combinando esercizi di realtà virtuale con la telepresenza del terapeuta. La teleriabilitazione mira a massimizzare l'indipendenza funzionale, ridurre la disabilità e prevenire le complicanze secondarie attraverso un processo educativo che incoraggia l'autonomia dell'individuo. In altre parole, è un processo di cambiamento attivo attraverso il quale il paziente acquisisce e usa le conoscenze e le abilità necessarie per rendere ottimali le proprie funzioni fisiche, psicologiche e sociali.

I limiti della riabilitazione tradizionale, infatti, consistono nella mancanza di indicatori oggettivi dei deficit e dei loro miglioramenti, nella difficoltà ad eseguire un compito ripetitivo nel tempo e quindi nel ridotto coinvolgimento empatico del paziente.

La realtà virtuale costituisce invece un ambiente arricchito in cui molteplici feedback sensoriali e informazioni uditive, visive o tattili possono essere organizzate e utilizzate per coinvolgere diversi meccanismi e strutture corticali e sottocorticali al fine di promuovere il recupero complessivo del paziente. Questo approccio sfrutta la presenza nel cervello umano dei neuroni specchio che sono alla base dell'apprendimento e del recupero funzionale. I neuroni specchio si attivano non solo quando si esegue un movimento, ma anche quando il movimento viene visto perché condotto da altri.

L'introduzione della teleriabilitazione coinvolge potenzialmente l'intera popolazione dell'Alto Oltrepò Pavese, con particolare riferimento ai soggetti a rischio (over 65) affetti da patologie croniche o post-acute e definibili:

- pazienti cardiopatici a rischio di scompenso;
- pazienti affetti da patologie neurologiche croniche disabilitanti (esiti di ictus cerebrali, malattia di Parkinson, Sclerosi Multipla, demenze).

Con l'attivazione della teleriabilitazione si intendono erogare interventi terapeutici riabilitativi fisici di diversa intensità realizzati a domicilio del paziente, guidati da un'equipe esperta visivamente presente e collegata on-line alla struttura riabilitativa ospedaliera con monitoraggio dei parametri fisici.

La tipologia di apparecchiature impiegata combina la tecnologia della realtà virtuale con una gamma completa di funzionalità per offrire una piattaforma efficace e personalizzata.

I principali moduli attivabili sulla piattaforma sono tre.

Il modulo tecnologico per monitoraggio cardio-respiratorio che consente di eseguire eventualmente monitoraggi di ossimetria, pressione arteriosa, atti respiratori, acquisizioni ECG e le più comuni indagini di spirometria. I dati ed i tracciati vengono memorizzati sul dispositivo e, tramite una connessione Internet, inviati al Server remoto.

Il modulo di prevenzione del decadimento cognitivo che prevede una ampia gamma di esercizi per tutte le principali funzioni cognitive. Gli esercizi coinvolgono sia funzionalità astratte che scenari trasferibili in attività di vita quotidiana. Al termine di ogni singolo esercizio, il sistema genera un punteggio di merito che premia i progressi del paziente attraverso feedback sonori e visivi, instaurando una dinamica interattiva che induce una maggiore motivazione nel paziente (elemento fondamentale nella terapia riabilitativa). Il punteggio di merito risulta uno degli strumenti di valutazione e monitoraggio per il terapeuta. Tutti gli esercizi presentano dinamiche di adattamento automatico della difficoltà.

Il modulo per il tracking motorio e neuroriabilitazione che opera mediante dispositivi inerziali. Tali unità consentono l'esecuzione di esercizi di riabilitazione motoria e neuromotoria per sottoinsiemi di pazienti presentanti eziologie ed esiti di attacco celebrale e/o di patologie neuromotorie progressive quali Parkinson e sclerosi multipla. Al termine di ogni singolo esercizio, il sistema genera un punteggio di merito, che premia i progressi del paziente attraverso feedback sonori e visivi.

Dal punto di vista operativo il terapeuta imposta preventivamente gli esercizi personalizzati in base alle caratteristiche del singolo.

Il sistema presenta una interfaccia intuitiva e semplificata che consente una immediata gestione di tutte le sue funzionalità. Ogni esercizio è dotato di una clip preview di anteprima che mostra il corretto posizionamento dei sensori e lo svolgimento dell'esercizio.

Le modalità di funzionamento delle postazioni di teleriabilitazione sono due:

- modalità on line: il terapeuta è in grado di assumere il controllo del sistema da remoto ed interagire in tempo reale con il paziente per il tramite del sistema integrato di video conferenza bidirezionale;
- modalità off line: il terapeuta può predisporre una lista di attività di monitoraggio e / o di esercizi che il paziente dovrà eseguire a domicilio.

Ogni attività del paziente viene automaticamente registrata, generando un completo ed oggettivo sistema di reportistica che può essere intuitivamente consultato dal terapeuta in qualsiasi momento, con l'opportunità di visionare da un vero e proprio "replay" gli esercizi compiuti, sino alle analisi più sofisticate in formato grafico e numerico. Tutti i dati, inoltre, possono essere stampati o esportati nei formati più comuni. Le informazioni relative ai singoli pazienti raccolte sono integrabili con sistemi di cartella clinica elettronica. La reportistica viene integrata nella cartella clinica e nel fascicolo sanitario del paziente. Ciò costituisce un importante strumento di analisi e di monitoraggio oggettivo dei progressi del paziente.

I terapisti possono utilizzare il sistema per una gamma versatile di attività riabilitative, inclusi esercizi per la riabilitazione motoria e cognitiva, equilibrio, sinergie muscolari e terapia occupazionale. Il sistema utilizza feedback aumentati per consentire l'apprendimento fisiologico, fornendo ai pazienti le informazioni specifiche di cui hanno bisogno su ciascun movimento per essere in grado di migliorare la qualità delle loro prestazioni.

Per il paziente, oltre al vantaggio di poter completare il processo riabilitativo direttamente a casa mantenendo il contatto umano con il fisioterapista, interviene anche l'aspetto motivazionale. Questo, in particolare, è legato al fatto che gli esercizi sono presentati sotto forma di giochi che forniscono feedback e gratificazioni in tempo reale, rendendo la fisioterapia più divertente e incentivante.

La rilevazione quantitativa dei parametri attraverso l'utilizzo di sensori contribuisce, inoltre, a migliorare la misurazione oggettiva dei risultati dei trattamenti e supporta la creazione di una banca dati riabilitativa. Un tale database, in prospettiva, potrà assicurare un enorme valore predittivo, permettendo perciò di trattare in modo più efficiente ed efficace altri pazienti grazie all'ottimizzazione delle cure.

L'introduzione della teleriabilitazione permette:

- al cittadino con scarsa mobilità di avere un contatto diretto con il medico senza dover affrontare le difficoltà di uno spostamento obbligatorio;
- allo specialista e al medico di medicina generale di avere un completo quadro dei parametri del paziente, parallelamente ad una gestione attiva della terapia farmacologica;
- l'interazione multimediale tra i diversi poli ospedalieri al fine di assicurare la migliore assistenza sanitaria al paziente;
- ridurre le liste d'attesa migliorando l'efficacia del rapporto medico-paziente, attraverso una regolare attività di teleconsulto;
- l'integrazione del programma di telemedicina con il percorso per la presa in carico del paziente cronico;
- la tracciabilità attraverso un sistema di refertazione efficace di ogni singolo atto medico;
- di supportare la rete di offerta ospedaliera, territoriale e della medicina generale;
- di ridurre il tasso di ospedalizzazione evitabile garantendo una continuità assistenziale di prossimità.

L'utilizzo della teleriabilitazione domiciliare migliora la qualità delle cure e la vita dei pazienti dell'Alto Oltrepò Pavese fornendo soluzioni pratiche per i pazienti cronici per cui la telemedicina risulta essere una fondamentale risposta ai bisogni di assistenza e cura.

Ottimizzare i percorsi diagnostici e terapeutici diviene un elemento essenziale per il miglioramento della qualità dell'assistenza erogata ai pazienti cronici e per la sostenibilità economica del sistema sociosanitario.

## 6 – Riferimenti bibliografici

- AA.VV. (1997). *Mercato, Stato e giustizia sociale*. Giuffrè, Milano.
- Azzone G. (2006). *Sistemi di controllo di gestione. Metodi, strumenti e applicazioni*. Etas RCS, Milano.
- Bianco A., Boscati A., Ruffini R. (2017). *La riforma del pubblico impiego e della valutazione*. Maggioli, Rimini.
- Brusa L. (2012). *Sistemi manageriali di programmazione e controllo*. Giuffrè, Milano.
- D'Egidio F. (2003). *La nuova bussola del manager*. Etas, Milano.
- Forlenza O., & Terracciano G. (2002). *Regioni ed enti locali dopo la riforma costituzionale*. Il Sole 24 Ore, Milano.
- Goleman D., Boyatzis R., & McKee A. (2002). *Essere leader*. Rizzoli, Milano.
- Hinna L., & Marcantoni M. (2012). *La riforma Obliqua*. Donzelli, Roma.
- Lega F. (2018). *Economia e management sanitario. Settore, sistema, aziende, protagonisti*. Egea, Milano.
- Lega F. (2016). *Management della sanità. Comprendere e gestire le sfide del settore e delle aziende sanitarie*. Egea, Milano.

- Leon P. (2007). *Stato, mercato e collettività*. Giappichelli, Torino.
- Mangiarotti M. (2004). *Le politiche locali*. Maggioli, Rimini.
- Mangiarotti M. (2016). *La costruzione del piano strategico dell'Oltrepò Pavese*. Guardamagna editori, Varzi.
- Maslow A. H. (2010). *Motivazione e personalità*. Armando, Roma.  
(Edizione originale: *Motivation and personality*, Harper & Brothers First Edition, New York, 1954)
- Meldolesi L. (2007). *La quarta libertà. Come padroneggiare la pubblica amministrazione*. Bonanno, Roma.
- Mintzberg H. (1996). *Ascesa e declino della pianificazione strategica*. Free Press, New York.
- Modina S. (2007). *I fondamenti del controllo di gestione*. Giuffrè, Milano.
- Normann R. (2002). *Ridisegnare l'impresa*. Etas, Milano.
- Persiani N. (2003). *Modelli di programmazione e sistemi di controllo interno nella Pubblica Amministrazione*. Franco Angeli, Milano.
- Porter M. (1987). *Il vantaggio competitivo*. Comunità, Milano.

## 7 – Documentazione e Sitografia

- Ferrante Larry (2008). Organizzare l'Azienda sanitaria in modalità LEAN. Disponibile su <<http://www.forumpa.it/sanita/organizzare-lazienda-sanitaria-in-modalita-lean>> [Data di accesso: 11/02/2019].
- Guercini Jacopo (2017). Lean in sanità. Ecco le strategie e gli strumenti per il miglioramento. Disponibile su <[http://www.quotidianosanita.it/regioni-e-asl/articolo.php?articolo\\_id=52779](http://www.quotidianosanita.it/regioni-e-asl/articolo.php?articolo_id=52779)> [Data di accesso: 11/02/2019].
- Pierro Rachele Simona & Fuccilli Antonella (2017). Le Aziende sanitarie organizzate secondo il metodo LEAN. Disponibile su <<https://www.nursetimes.org/le-aziende-sanitarie-organizzate-secondo-il-metodo-lean/41716>> [Data di accesso: 11/02/2019].
- Rosa Angelo (2017). La sanità al microscopio: la lean organization come strumento di monitoraggio e controllo degli sprechi in sanità. Disponibile su <<http://www.sanita24.ilsole24ore.com/art/lavoro-e-professione/2017-04-13/la-sanita-microscopio-lean-organization-come-strumento-monitoraggio-e-controllo-sprechi-sanita-174208.php?uuid=AEsmU04>> [Data di accesso: 11/02/2019].
- Rossi Alessandro (2018). Cosa sono le organizzazioni teal. Disponibile su <<http://www.peoplerise.net/it/cosa-sono-le-organizzazioni-teal/>> [Data di accesso: 11/02/2019].
- Terlizzi Maria (2018). Le persone nella Lean e Teal organization. Disponibile su <<https://www.benessereorg.it/le-persone-nella-lean-e-teal-organization/>> [Data di accesso: 11/02/2019].
- <https://www.istat.it>
- <http://www.cmop.it>
- <https://it.wikipedia.org/wiki/Telemedicina>;
- <http://khymeia.com/>
- Documento: “Strategia Nazionale Aree Interne Appennino Lombardo – Alto Oltrepò Pavese” edito da Comune di Varzi, anno 2018. <http://www.asst-pavia.it/varzi>;
- Documento: Rapporto annuale sull'attività di ricovero ospedaliero- Dati SDO 2016 – Ministero della Salute;
- Documento: Telemedicina - Linee di indirizzo nazionali – Ministero della Salute - anno 2012;

Documento: "Verso un nuovo paradigma in fisioterapia?" B Bonnechere, B Jansen, JS Van Sint  
Scienze mediche: M / S 32 (6-7), 544 anno 2016.

## 8 – Riferimenti normativi

Legge 8 novembre 2000, n. 328 Legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali.

Legge Regionale 11 agosto 2015, n. 23 Evoluzione del sistema sociosanitario 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).

Decreto Ministeriale 2 aprile 2015, n. 70 Regolamento recante definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera.

D.G.R. n. X/6164 del 30 gennaio 2017 Governo della domanda: avvio della presa in carico di pazienti cronici e fragili. Determinazioni in attuazione dell'art. 9 della legge n. 23/2015.

D.G.R. n. X/6551 del 4 maggio 2017 Riordino della rete di offerta e modalità di presa in carico dei pazienti cronici e/o fragili in attuazione dell'art. 9 della legge n. 33/2009.

D.G.R. n. X/7038 del 3 agosto 2017 Ulteriori determinazioni e indicazioni operative per la procedura di valutazione degli idonei di cui alla D.G.R. n. X/6551 del 04/05/2017: riordino della rete di offerta e modalità di presa in carico dei pazienti cronici e/o fragili in attuazione dell'art. 9 della legge n.33/2009.

D.G.R. n. X/7655 del 28 dicembre 2017 Modalità di avvio del percorso di presa in carico del paziente cronico e/o fragile in attuazione della D.G.R. n. X/6551 del 04.05.2017.

D.G.R. n. XI/754 del 05/11/2018 Nuove modalità di gestione ed attuazione del percorso di presa in carico del paziente cronico e/o fragile ed approvazione del protocollo d'intesa tra l'assessorato al welfare e la federazione regionale degli ordini dei medici chirurghi e degli odontoiatri della Lombardia.

DGR RL n. X / 5799 del 18/11/2016 recante: "Individuazione dei territori di Appennino Lombardo - Oltrepò Pavese e di Alto lago di Como e valli del Lario quali nuove aree interne in attuazione della dgr 4803/2016".

DGR RL n. X / 7884 del 26/02/2018 recante "Approvazione dello schema di convenzione tra Regione Lombardia e Comune di Varzi per l'attuazione del progetto d'Area Interna Appennino Lombardo – Alto Oltrepò Pavese".

DGR RL n. X / 2989 del 23/12/2014 recante: "Determinazioni in ordine alla gestione del Servizio Sociosanitario Regionale per l'esercizio 2015".

Legge Regionale Lombardia n. 19 del 2008 recante: "Riordino delle Comunità montane della Lombardia, disciplina delle unioni di comuni lombarde e sostegno all'esercizio associato di funzioni e servizi comunali".

DGR RL n. XI / 1046 del 17/12/2018 recante "Determinazioni in ordine alla gestione del Servizio Sociosanitario per l'esercizio 2019".

DGR RL n. X/ 5954 del 05/12/2016 (Regole) [...analoga attenzione dovrà essere estesa a modelli innovativi per percorsi ospedalieri rivolti in particolare a pazienti cronici complessi ove la presa in carico integrata e il conseguente PAI (piano assistenziale individuale) possano avvalersi del supporto della tecnologia (e-health - telemedicina - mhealth) anche per favorire la collaborazione del paziente (empowerment)].

DGR RL n. X/ 6164 del 30/01/2017 - Governo della domanda – «Garanzia di servizi volti ad assicurare l'accesso alla medicina diffusa, quali ad esempio la telemedicina».

DGR RL n. X/ 6551 del 04/05/2017 Riordino della rete di offerta e modalità di presa in carico dei pazienti cronici e/o fragili – «implementazione di servizi innovativi, quali ad esempio la telemedicina, nell'ambito delle regole regionali».

DGR RL n. X/7600 del 20/12/2017 (Regole) [...istituzione di un Tavolo di lavoro in merito all'applicazione delle Linee di indirizzo nazionali sulla Telemedicina per definire un

nomenclatore delle prestazioni di medicina diffusa ed i requisiti di accreditamento per i soggetti abilitati all'erogazione].

DGR RL n. IX/937 del 01/12/2010 recante "Determinazione in ordine alla gestione del Servizio Sociosanitario regionale per l'esercizio 2011".

DGR RL XI/1863 del 09/07/2019 recante "Ulteriori determinazioni in ordine al percorso di presa in carico del Paziente cronico e/o fragile a seguito delle DD.G.R. NN. X/6164/17, X/6551/17, X/7038/17, X/7655/17, XI/412/18, XI/754/18.

DGR RL n. XI / 1697 del 03/06/2019 recante "Aggiornamento flussi informativi connessi all'erogazione delle prestazioni sanitarie".

GDPR Reg (UE) n. 2016/679 General Data Protection Regulation.

Provvedimento del Garante per la Privacy n.55 del 07/03/2019 "Privacy e strutture sanitarie".