
L'ASSISTENZA SANITARIA OSPEDALIERA IN UNA NUOVA LOGICA PRODUTTIVA E FUNZIONALE DI RETE

La pandemia da Sars Cov 2 ha evidenziato in molti dei sistemi sanitari regionali che un'assistenza ospedaliera separata dal territorio in termini di continuum assistenziale non può più rappresentare una risposta adeguata ai bisogni di salute, tanto in fase ordinaria quanto, maggiormente, in fasi di emergenza pandemica. Nonostante la sostanziale tenuta del servizio sanitario ospedaliero regionale all'aumento esponenziale di casi da contagio, anche di elevata complessità clinica, l'esperienza pandemica ha evidenziato i limiti del ricorso a una struttura ospedaliera funzionalmente rigida e poco adatta a convertirsi in occasione delle emergenze, con conseguenze sulla riduzione drastica, fino anche alla temporanea sospensione, di interventi e prestazioni già programmate. Oltre a ciò, la dispersione dell'attuale presidio su tre sedi contrasta con la ricerca di una maggiore qualità e sicurezza delle cure e necessita della revisione del progetto architettonico dei servizi ospedalieri regionali tenendo in debita considerazione la capacità produttività rispetto al fabbisogno, le diverse intensità di cura, il bacino di utenza e la morfologia del territorio.

Dall'analisi del contesto è emerso come in Valle d'Aosta permanga tutt'ora, nonostante la normativa nazionale e le indicazioni nazionali sulla programmazione, un modello sanitario ancora troppo incentrato sull'ospedale: assegnare a una struttura per la cura delle acuzie bisogni assistenziali diversi, con livelli di intensità di cure più bassi, non solo comporta inefficienza, spreco di risorse finanziarie e professionali, ma accresce i tempi di attesa e non consente una risposta appropriata e sicura, priva dei rischi che il permanere in una struttura ospedaliera può comportare allo stato di salute delle persone fragili. Impegnare l'ospedale regionale su una casistica non consona ne abbassa il profilo clinico assistenziale di cura e rende meno attraente anche per i professionisti il permanere nell'organizzazione sanitaria di appartenenza.

La Valle d'Aosta dall'esperienza pandemica, e dalle criticità emerse, ha tratto alcune evidenze che, nel presente Piano, si coniugano in linee di sviluppo future, sia per quanto riguarda l'assistenza ospedaliera per acuti e per riabilitazione e lungodegenza, sia per quanto riguarda l'integrazione tra i diversi livelli assistenziali, tanto in fase ordinaria di gestione, quanto in fase emergenziale.

Il territorio regionale e il bacino di utenza della Valle d'Aosta determinano un fabbisogno di cure ospedaliere che trova risposta in un unico presidio su più sedi, con un tasso di ospedalizzazione di 170 ricoveri ogni 1.000 abitanti, superiore allo standard del DM n.70/2015 in virtù della clausola di salvaguardia riconosciutaci dallo stesso Decreto; allo stato attuale permane una quota di inappropriatazza per una parte dei ricoveri, dovuta sia alla debole integrazione tra cure ospedaliere e cure territoriali, sia all'assenza di strutture sanitarie intermedie tra l'ospedalizzazione e le cure domiciliari.

Il Piano pertanto prevede per l'assistenza ospedaliera una riorganizzazione finalizzata alla riunificazione in un'unica sede dell'assistenza per acuti e una riqualificazione differenziata per diversa intensità di cura attraverso la dotazione architettonica di un nuovo ospedale per acuti e una struttura antistante, ma collegata ad esso, per la bassa intensità di cura, con funzioni di diagnosi e cura diurne H12, a gestione prevalentemente infermieristica. Ciò comporta la collocazione nell'area dell'attuale presidio riorganizzato anche il reparto di Psichiatria e l'area Materno-infantile e la parziale riconversione della sede Beauregard per la riabilitazione e la lungodegenza.

In attesa del completamento dell'opera, con le finalità appena descritte, saranno individuate soluzioni funzionali adeguate, a carattere temporaneo, specie nel caso di una gestione di eventuali nuove emergenze sanitarie.

Parimenti, occorre pervenire ad un modello di cure integrato con il territorio, che si occupi della continuità assistenziale sia sotto il profilo dei protocolli diagnostico terapeutici condivisi, particolarmente indicati per le cronicità e la salute mentale, sia sotto il profilo di forme alternative al ricovero per acuti, più orientate alle cure domiciliari, anche attraverso il potenziamento della telemedicina e teleassistenza.

Alla rete intra regionale deve poi corrispondere una rete interregionale, governata, che garantisca tempestività di risposta e sicurezza alle cure su specifiche situazioni cliniche. Sul totale dei residenti, solo il 16% si rivolge fuori regione e lo fa per il 60% nelle strutture piemontesi e per un ulteriore 20% in quelle lombarde.

La mobilità sanitaria è un diritto, ma va regolata per i ricoveri programmati se si vuole mantenere elevata, tanto la produttività e la qualità delle cure ospedaliere regionali, quanto garantire qualità e sicurezza di percorso assistenziale nei casi di patologie particolarmente complesse quali, ad esempio, quelle “tempo dipendenti” (emergenze cardiologiche, ictus e politrauma tra tutte).

L' ASSISTENZA OSPEDALIERA PRIMA E DOPO LA PANDEMIA

Da circa quarant'anni, in Italia ma non solo, si è assistito a una progressiva riduzione dei posti letto per acuti, per lungodegenza e riabilitazione. Dal punto di vista normativo si sono succedute diverse fasi delle politiche di riorganizzazione dei servizi ospedalieri e di riduzione delle loro dotazioni strutturali a partire già dalla metà degli anni 80 (legge 595/1985) fino al Decreto ministeriale n.70/2015 sugli standard ospedalieri che riconosce alle Regioni a statuto speciale la possibilità di autodeterminare il proprio modello organizzativo, seppure nel rispetto dei principi indicati. Ciò che in questo lungo processo vengono determinati come principi di funzionamento sono, da un lato, la necessità di riservare agli ospedali la casistica delle patologie acute, e per degenze brevi e, dall'altro, un incardinamento della dotazione di posti letto e di discipline specialistiche presenti, ai bacini di utenza della popolazione assistita. Il tutto, guidato dall'intendimento principale di contenere la spesa e rendere sostenibile il sistema sanitario pubblico.

Si sono quindi concentrate le risorse maggiori sulle strutture ospedaliere, ritenendo che ciò avrebbe permesso di sfruttare in modo più completo le risorse professionali in esse operanti, assicurando quella continuità nella pratica e nell'esercizio delle competenze che risultano fondamentali per la qualità del lavoro, soprattutto nelle prestazioni chirurgiche. Se ciò ha trovato evidenze scientifiche per alcuni interventi chirurgici, per i quali un basso volume di attività non assicura adeguati livelli di sicurezza al paziente, non tutti i percorsi assistenziali avrebbero dovuto ricevere una simile valutazione.

Di fatto però questo modello, valido nell'impostazione di principio, non solo non ha trovato una omogenea applicazione nei diversi contesti regionali ma, soprattutto, non è stato accompagnato ovunque da un contemporaneo investimento sull'assistenza territoriale, sulle strutture sanitarie intermedie e su tutta la filiera che costituisce la continuità assistenziale dall'ospedale al domicilio e viceversa. Questo *vulnus* nel modello organizzativo, presente anche nella nostra regione, ha prodotto una quota di ospedalizzazioni evitabili per patologie che avrebbero ricevuto una risposta più appropriata, efficace e a minore costo sul territorio se si fosse agito per dotarlo di adeguate strutture in rete, di servizi, di personale e di risorse tecnologiche adeguate. La configurazione organizzativa dei servizi ospedalieri e l'impostazione che ne è derivata dei servizi extra ospedalieri hanno finito in molti casi per privare il territorio di un sistema adeguato di cure di prossimità.

Questa impostazione dimostrava già delle criticità evidenti in fase pre-pandemica quando, a seguito della transizione epidemiologica, che a partire dagli anni '80 aveva ridotto sensibilmente la mortalità per malattie infettive e concentrato l'interesse epidemiologico sulle patologie cardiologiche, cerebro vascolari e sui tumori, rivelava invece come l'allungamento della speranza di vita portava con sé un aumento delle patologie croniche, inadeguate ad essere affrontate in sede ospedaliera se non nei casi, da limitare con percorsi di cura efficaci, in cui si riacutizzavano, e per le quali era il territorio la sede più appropriata di trattamento.

L'arrivo della prima fase della pandemia, e la sua valutazione ex post, ha portato all'emergere di due constatazioni da cui derivare altrettante consapevolezze per il futuro del sistema sanitario regionale.

La prima riguarda il fatto che la scarsità di risorse sul territorio ha favorito, all'aumento esponenziale dei casi, il trasferimento di molti pazienti Covid in ospedale, immaginando questo come il luogo più idoneo a gestire, in una logica di maggiore “produttività” aziendale, una patologia complessa, ancora in parte non bene conosciuta, con una elevata richiesta di interdisciplinarietà di competenze specifiche. Se da un lato ciò è stato vero e l'ospedale, nonostante il forte congestionamento subito, che ne ha persino interrotto l'attività ordinaria, ha sostenuto l'urto

dell'ondata pandemica, di fatto ha anche involontariamente favorito la diffusione iniziale dei contagi, specie in un presidio unico quale quello regionale in cui è stato molto difficile creare tempestivamente, e mantenere, la separazione dei percorsi e l'utilizzo esclusivo del personale dei reparti COVID.

La seconda consapevolezza che la pandemia ha favorito è che le politiche di de-ospedalizzazione richieste dal DM 70/2015, che avrebbero dovuto essere accompagnate dalla costruzione e dal rafforzamento di un sistema di servizi di assistenza territoriale e domiciliare, di fatto, hanno fortemente penalizzato l'intero sistema delle cure primarie che, all'apice della curva pandemica, ha dovuto arrendersi all'impossibilità sia di gestire adeguatamente una casistica molto numerosa di contagiati, sia di limitare, almeno in parte, il coinvolgimento delle strutture ospedaliere presso le quali, nel contempo, affluiva un elevato numero di pazienti.

Le difficoltà e le criticità del sistema sanitario regionale, evidenziato ulteriormente dal Covid, devono a questo punto avvalersi della capacità di quello stesso sistema sanitario regionale per trasformare ogni mancanza in una opportunità e in una linea di sviluppo futura.

Per quanto fin qui evidenziato, e come logica conseguenza operativa, il Piano individua come indispensabili e prioritari nel prossimo quinquennio:

- lo sviluppo di forme di assistenza alternative al ricovero ospedaliero, tra le quali l'individuazione di strutture sanitarie residenziali intermedie e di Ospedali di Comunità (OdC), per altro previsti, e in parte finanziati, dal Piano Nazionale di Recupero e Resilienza (PNRR);
- il potenziamento e lo sviluppo delle cure primarie in una logica di rete, perché se non si rafforzano i servizi territoriali, anche il potenziamento delle dotazioni ospedaliere rischia di essere solo limitatamente funzionale;
- la definizione del progetto del nuovo ospedale regionale, finalizzato alla riunificazione in un'unica sede della assistenza per acuti, differenziando l'intero complesso in due edifici a diversa intensità di cura: uno dedicato ai reparti di degenza H24, al nuovo Pronto Soccorso, al comparto operatorio e alle Terapie Intensive, l'altro a minore intensità, con funzioni di diagnosi e cura diurne H12, a prevalente gestione infermieristica, e destinando la lungodegenza e la riabilitazione alla sede del Beauregard;
- L'individuazione di strutture temporanee, operanti nella fase di esecuzione dell'opera edilizia del nuovo ospedale, che assolvano alle esigenze del nuovo modello sanitario regionale in fase ordinaria e in eventuali nuove fasi pandemiche.

L'ATTIVITA' OSPEDALIERA REGIONALE

L'assistenza ospedaliera regionale si avvale di un unico presidio sulle attuali tre sedi e dispone della convenzione con una struttura mono-specialistica, privata accreditata, che è l'Istituto Clinico Valdostano (ISAV) di Saint Pierre, per la chirurgia ortopedica e per la riabilitazione funzionale in ambiti afferenti a discipline complementari o affini a quella di acuzie.

La dotazione complessiva di posti letto ammonta a 511 posti letto (PL), di cui 435 presso l'ospedale regionale e 76 in convenzione presso ISAV. Dei 435 posti letto della struttura pubblica regionale: 384 sono dedicati ai malati acuti (346 ordinari e 38 day hospital e day surgery), 30 alla lungodegenza e riabilitazione e 21 sono posti letto definiti "tecnici" quali ad esempio le culle. Dei 76 posti letto della struttura privata convenzionata: 12 (10 PL ordinari + 2 PL day surgery) sono dedicati ai malati acuti e 64 alla riabilitazione. Tale dotazione si riferisce ai posti letto medi a gennaio 2020 (per i reparti Rianimazione, Malattie infettive e Pneumotisiologia sono stati considerati i posti letto pre-COVID)

Con attenzione agli standard ospedalieri nazionali, di cui al Decreto ministeriale n.70/2015¹, che riconosce una clausola di salvaguardia alla Regione autonoma Valle d'Aosta, è indicato alle regioni di conseguire il valore di riferimento di un'offerta complessiva di 3,7 posti letto (PL) ogni 1.000 abitanti, comprensiva di 0,7 PL da dedicare alla riabilitazione e lungodegenza post acuzie.

Secondo questo valore standard di riferimento, ma in conseguenza alla clausola di salvaguardia, la DGR n.642/2017 determina gli standard ospedalieri regionali rapportati alla popolazione residente, che conferiscono al territorio regionale un'offerta di 3,95 posti letto per acuti ogni 1.000 abitanti di cui 0,7 dedicati alla riabilitazione e lungodegenza, e ciò anche in considerazione dell'aumento stagionale del bacino di utenza a seguito della presenza di turisti per diversi mesi all'anno e alla presenza di un unico presidio che deve poter fronteggiare una domanda di salute superiore, per qualità, a quella che un ridotto bacino di utenza prevedrebbe, seppure nel rispetto della sicurezza e della qualità delle cure.

Con attenzione all'attività ospedaliera, l'indice che esprime la complessità della casistica trattata dall'ospedale regionale pone il valore regionale di poco inferiore al valore medio nazionale ed è un dato coerente e atteso, dato il bacino di utenza regionale e la presenza di un unico presidio, con conseguente capacità di offerta. A fronte però della complessità clinica media dei ricoveri dell'ospedale regionale l'indice che confronta efficienza ed efficacia, in relazione ad uno standard nazionale, pone in questo caso il valore del presidio regionale in posizione lievemente sfavorevole rispetto al valore medio nazionale, a denotare che, mediamente, a parità di casistica, la degenza media dei ricoveri regionali è più lunga di quella standard; una situazione nota da tempo e che, verosimilmente, è riconducibile sia a problemi di inefficienza organizzativa, sia di mancanza di strutture intermedie, a cui il presente Piano intende dare soluzione.

L'analisi dei dati di contesto relativi alla funzionalità ospedaliera regionale mostra infatti con chiarezza come vi sia, in media, una buona efficacia clinica nelle cure ospedaliere ma che gli aspetti organizzativi e funzionali necessitano ora di essere affrontati secondo una logica, e un modello, più generale, che non riguarda solo l'assistenza ospedaliera, ma anche quegli aspetti dell'assistenza sanitaria che hanno competenza esternamente all'ospedale e che, se male governati, inevitabilmente influiscono in termini di performance sulla funzionalità ospedaliera.

Si tratta, principalmente, e come noto, poiché già indicato da numerosi documenti di programmazione nazionale (dal Piano Prevenzione, al Piano Cronicità, considerato anche il Piano per il governo delle liste di attesa), della gestione delle malattie croniche e di tutte quelle situazioni che hanno una filiera nella soluzione del problema clinico che chiama in causa l'assistenza territoriale/domiciliare, l'assistenza primaria e l'integrazione con il servizio sociale.

Con attenzione alla valutazione degli esiti delle cure ospedaliere e, in particolare, sull'efficacia clinica di alcune procedure chirurgiche, da anni il Programma Nazionale Esiti (PNE) dell'Agenzia per i servizi sanitari nazionale (AGENAS) mette a disposizione una serie di indicatori, concordati con le Regioni, utili non certo a confronti tra le stesse, ma individuati a servizio delle stesse, affinché, attraverso un'attenta e continua attività di monitoraggio e valutazione, le istituzioni regionali possano disporre di conoscenze utili al governo della sanità. Si tratta, quindi, di strumenti conoscitivi che aiutano a comprendere i fenomeni sanitari, a descrivere le peculiarità del territorio in termini di bisogno di assistenza e a individuare le buone pratiche e i percorsi virtuosi su cui l'ospedale può contare.

L'analisi di questi indicatori rappresenta un valido strumento a supporto della programmazione regionale ma, in Valle d'Aosta, assume ancora una valenza troppo limitata e poco diffusa tra tutti coloro che sono coinvolti a vario titolo nella programmazione e nella gestione dell'assistenza ospedaliera, tanto a livello clinico quanto a livello amministrativo. Con il presente Piano e con gli atti amministrativi che conseguiranno, si intende estendere

¹ 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)

la valenza di questi strumenti in termini di valutazione a tutti i livelli operativi e decisionali affinché possano costituire validi strumenti a supporto delle decisioni.

Gli indicatori PNE 2020 assegnano all'ospedale Parini un livello di aderenza a standard di qualità mediamente alta e, laddove ciò avviene in misura minore, è per il fatto che, sulla base anche del Decreto ministeriale n.70/2015, oltre che per evidenze presenti nella letteratura scientifica, la valutazione clinica è rapportata ai volumi di attività, e questo rappresenta certamente un limite strutturale fisiologico per l'unico presidio regionale della Valle d'Aosta che gravita su un bacino di utenza di circa 123.000 abitanti.

Situazione diversa è invece quella in cui gli indicatori regionali PNE descrivono alcune pratiche specifiche, come ad esempio la proporzione di tagli cesarei sul totale dei parti, che nella nostra regione risulta superiore allo standard previsto, stante il numero di parti in un anno. In questa, ed altre situazioni cliniche specifiche, non collegabili al volume di attività ma, ad esempio, ad una maggiore durata della degenza ospedaliera o a re-interventi chirurgici o a re-immissioni in ricovero per la stessa causa entro un limite di tempo stabilito, il Piano si adopererà per avviare con l'Azienda USL delle analisi congiunte atte a pervenire ad una pratica clinica più appropriata o a percorsi specifici di monitoraggio sulla qualità dell'assistenza e sul rischio clinico.

Nel collegare i principi e gli standard indicati dal Decreto ministeriale n.70/2015 al contesto, alla specificità dell'ospedale regionale della Valle d'Aosta e al progetto del nuovo ospedale non unicamente sotto il profilo del progetto architettonico, ma soprattutto sotto l'aspetto organizzativo e funzionale, il presente Piano traccia alcune direttive in merito sia all'assistenza ospedaliera regionale, sia all'intera offerta di residenzialità sanitaria e socio sanitaria regionale.

Con attenzione all'assistenza ospedaliera in Valle d'Aosta e alla relativa produttività, il presente Piano dispone che in merito ai principi del Decreto ministeriale n.70/2015², e in virtù della clausola di salvaguardia riconosciuta all'art.3³ lo stesso Decreto:

- debba essere mantenuto in considerazione, e rispettato, per la sua impostazione generale e, soprattutto per la nostra regione, per la possibilità di costituirsi quale strumento di riconversione e di ri-orientamento delle risorse verso il territorio;
- non debba invece essere applicato con la rigidità che pone, in modo selettivo, ad esempio, sui criteri soglia dei volumi di attività o sui bacini di utenza da collegare a talune specialità cliniche.

In altre parole, in una logica di valutazione dell'efficacia e dell'efficienza clinica, ma anche di mantenimento di alcune eccellenze presenti nel presidio regionale, la buona qualità dell'esito clinico, in taluni casi, può dimostrare di coesistere anche a fronte di un mancato raggiungimento della soglia minima di interventi previsti per una determinata procedura chirurgica. Ad esempio, la soglia definita nel 2015 di un volume minimo di 135 mastectomie primarie per anno, è lontana dall'essere applicata in molte strutture ospedaliere nazionali, tra le quali quella regionale, senza che questo determini un basso livello degli indicatori di esito e la dimostrazione della qualità clinica regionale è data dal fatto che l'Ospedale di Aosta sia un centro HUB per la chirurgia della mammella nella rete oncologica Piemonte e Valle d'Aosta che pur prevede il rispetto di definiti standard qualitativi assistenziali.

Parimenti, l'ospedale della Valle d'Aosta potrebbe anche mantenere alcune specialità chirurgiche per le quali sono indicati bacini di utenza più ampi di quello regionale, a patto che la specialità in questione costituisca uno dei nodi di una rete extra regionale di competenze specifiche, in grado anche di operare, quando richiesto, con l'ausilio di applicazioni innovative, già funzionanti, di telemedicina e di "tecno assistenza" presso l'ospedale

² In fase di revisione a livello nazionale

³ Vedi Art. 46bis della legge n.23/2017 (*Criteri e modalità di applicazione del decreto del Ministero della Salute 2 aprile 2015, n. 70*) che modifica la LR n.5/2000

regionale, supportata a distanza da équipes chirurgiche specialistiche che afferiscono a presidi con più ampi bacini di utenza. Gli esiti degli interventi di neurochirurgia, da anni presente come specialità clinica nel presidio regionale, sono una evidenza di questa possibilità, al pari di quelli di chirurgia vascolare, per la quale il decreto pone il limite di un bacino di utenza non raggiungibile per la Valle d'Aosta neanche considerando i periodi di maggiore afflusso regionale.

Il presente Piano indica pertanto la necessità di una maggiore attività di valutazione, di processo e di esito clinico, in particolare su alcune selezionate procedure chirurgiche che il PNE offre come strumento di valutazione della qualità ospedaliera, a prescindere dai limiti rigidi posti dalla normativa nazionale che, se riconoscono la clausola di salvaguardia per le regioni a statuto speciale, recepite anche dalla normativa regionale, salvaguardano tuttavia i principi generali posti dal legislatore. Al fine di realizzare questa attività, permanente e istituzionale, in capo alla Direzione Medica di Presidio (DMP), il cui esito è oggetto di analisi da parte della Direzione strategica aziendale per il supporto alle proprie decisioni, il Piano dispone che la stessa DMP si doti di competenze specifiche per la promozione di studi clinici, progetti finanziati, collaborazioni istituzionali e accademiche che valuti anche le tecnologie in termini di *Health Technology Assessment* (HTA).

In merito alla capacità funzionale del Presidio ospedaliero il Piano dispone di avviare un'analisi in merito alla congruità dei posti letto operativi e alla conseguente articolazione delle strutture ospedaliere, anche in riferimento all'intensità di cura, che orienti la definizione dell'Atto Aziendale.

Stante infine l'avvio dei lavori per la realizzazione del nuovo Presidio ospedaliero e la ristrutturazione dell'ex Mauriziano per la nuova destinazione d'uso, a minore intensità clinica, il Piano dispone che la Giunta approvi con proprio atto l'attivazione e lo sviluppo di servizi e linee programmatiche di investimento per il periodo transitorio intercorrente fino al completamento dei lavori e ciò anche in ordine alla messa a norma dell'attuale ospedale.

LA GESTIONE OPERATIVA DEL PERCORSO CHIRURGICO E DEI TEMPI DI ATTESA PER IL RICOVERO

Si è fin qui cercato di dimostrare quanto una gestione dell'ospedale con problemi di inefficienza organizzativa e, in alcune situazioni specifiche, poco appropriata per una struttura preposta alle acuzie possa abbassarne il livello di performance e la capacità di risposta. Il problema delle liste di attesa si origina anche da questa situazione.

Il Programma Nazionale per il Governo delle Liste di Attesa (PNGLA)⁴, recepito con DGR n.503/2019, oltre ad indicare i tempi massimi per l'erogazione di prestazioni di specialistica ambulatoriale in base alle classi di priorità prescritte sulla ricetta specialistica, stabilisce anche i tempi massimi per l'erogazione di alcune prestazioni in regime di ricovero, in day hospital e in day surgery.

Per una serie di interventi e prestazioni invasive in ricovero programmato è previsto, come noto, l'uso obbligatorio, da parte dello specialista che prescrive il ricovero, delle classi di priorità clinica come di seguito declinate:

CLASSE A _ Ricovero entro 30 giorni per i casi clinici che potenzialmente possono aggravarsi rapidamente al punto da diventare emergenti, o comunque da recare grave pregiudizio alla prognosi

CLASSE B _ Ricovero entro 60 giorni per i casi clinici che presentano intenso dolore, o gravi disfunzioni, o 1 ad esempio, per un intervento di cataratta sul secondo occhio da eseguirsi a distanza predefinita rispetto all'intervento sul primo occhio. Grave disabilità ma che non manifestano la tendenza ad aggravarsi rapidamente al punto di diventare emergenti né possono per l'attesa ricevere grave pregiudizio alla prognosi

⁴ Intesa tra Governo, le Regioni e le Province autonome del 28 febbraio 2019. Repertorio Atti n.28/ CSR 28/2/2019

CLASSE C _ Ricovero entro 180 giorni per i casi clinici che presentano minimo dolore, disfunzione o disabilità, e non manifestano tendenza ad aggravarsi né possono per l'attesa ricevere grave pregiudizio alla prognosi

CLASSE D _ Ricovero senza attesa massima definita per i casi clinici che non causano alcun dolore, disfunzione o disabilità. Questi casi devono comunque essere effettuati almeno entro 12 mesi.

L'attribuzione ad una specifica classe di priorità rende trasparente al cittadino, ed equo rispetto al suo bisogno, l'ordine di accesso al ricovero e permette alla Direzione medica del presidio (DMP) una gestione funzionale delle ammissioni oltre che, per gli interventi, una più efficace gestione delle sale operatorie. A questo proposito si rammenta che i recenti Dettati normativi sulla compilazione della nuova SDO hanno reso obbligatoria l'indicazione della data di prenotazione del ricovero (data di inserimento in lista), che corrisponde al momento in cui il paziente è nelle effettive condizioni di essere sottoposto ad intervento chirurgico, e la specificazione della classe di priorità del ricovero stesso. È necessario, quindi che, a partire dal flusso ordinario dei ricoveri (SDO), si strutturi un sistema di monitoraggio sistematico dei tempi d'attesa per le prestazioni in regime di ricovero.

Con attenzione a questo specifico ambito di criticità il presente Piano intende delineare un sistema organico di misure mirate al contenimento dei tempi di attesa con specifico riferimento anche alle liste di attesa chirurgiche, in considerazione del fatto trattasi di un problema complesso e non facilmente risolvibile senza una profonda riorganizzazione del sistema e introduce a questo fine la funzione della Gestione Operativa (GO), già applicata con successo in contesti diversi da quello locale.

La gestione della programmazione chirurgica deve essere condotta in modo da assicurare un "flusso continuo" nel percorso del paziente, riducendone la variabilità e garantendo lo scorrimento delle liste secondo i criteri di priorità clinica, superando la compartimentazione organizzativa tra le diverse discipline, in modo da guadagnare in efficienza ed assicurare risposte migliori per il paziente;

Il presente Piano prevede pertanto il superamento della logica della compartimentazione tra diversi *setting* di erogazione nell'affrontare la problematica dei tempi di attesa, operando all'interno dell'intero sistema della domanda e dell'offerta e considerando il Pronto Soccorso, le attività in regime di ricovero, le attività ambulatoriali quali componenti di un unico sistema che condivide le stesse logiche e per il governo del quale è necessario adottare strumenti omogenei e coerenti tra di loro in grado di adeguare, in maniera flessibile, la capacità di risposta in relazione all'andamento della domanda. Ciò consente di operare in termini di "governo" della rete dell'offerta, sia pubblica che privata, definendo piani di produzione che rispondano in modo adeguato alla domanda espressa, ricostruita attraverso analisi strutturate dei fabbisogni;

Con questo intendimento, l'approvazione di apposite linee guida regionali che dispongano l'introduzione di una funzione di Gestione Operativa, a supporto della Direzione aziendale e dei dipartimenti nel governo dei processi di produzione e nei percorsi di presa in carico, mediante la programmazione dell'utilizzo delle aree produttive secondo modalità operative funzionali ai processi orizzontali di cura, assegnando in modo dinamico le disponibilità degli *asset* e delle attrezzature condivise costituisce un'azione efficace nel governo delle liste di attesa.

Non vi è dubbio che la fase acuta della pandemia abbia compromesso alcune attività di monitoraggio ordinarie ma, come anche indicato nella DGR n.503/2019, poiché l'inserimento nella lista di attesa dei ricoveri deve avvenire tramite procedura informatizzata centralizzata a livello di Azienda U.S.L., è opportuno che l'Azienda stessa definisca, secondo le modalità previste dalla Gestione Operativa, il piano per la gestione dell'accesso alle prestazioni di ricovero programmato al fine di raggiungere l'obiettivo di una piena trasparenza ed equità nella gestione dell'accesso e un controllo più stringente sul rispetto dei tempi di attesa per le prestazioni oggetto di monitoraggio. Si rammenta infine come questo sistema consenta, al momento dell'inserimento in lista di attesa di comunicare al cittadino informazioni puntuali sul suo ricovero, sulla classe di priorità assegnata e sul relativo tempo massimo di attesa, oltre alle necessarie indicazioni organizzative previste quali, ad esempio, quelle che riguardano le procedure del pre-ricovero.

A supporto di questa attività il Presente Piano dispone che siano recepite le Linee di indirizzo per il governo del percorso del paziente chirurgico programmato⁵ con lo scopo di assicurare che la gestione delle liste di attesa dei ricoveri avvenga secondo criteri di appropriatezza, equità e trasparenza, garantendo la tutela dei diritti dei pazienti, facilitando la fruizione delle prestazioni assistenziali ed al contempo rafforzando strumenti e regole di governo del percorso del paziente chirurgico e della programmazione delle risorse.

La gestione efficiente del percorso chirurgico deve essere vista nella prospettiva del governo clinico, che identifica un approccio globale alla gestione dei servizi sanitari attraverso politiche di programmazione e gestione dei servizi che devono avere come elemento fondante il miglioramento della qualità e della sicurezza, mettendo al centro i bisogni della persona in condizione di necessità. La deliberazione della Giunta regionale n.1.300/2021 ha recepito l'Accordo nazionale recante le linee di indirizzo per la gestione del paziente chirurgico programmato e ha demandato all'Azienda USL :

- la definizione di una *governance* aziendale con funzioni di controllo e di governo del processo
- un'analisi dell'impatto organizzativo e un cronoprogramma che delinea le fasi di attuazione del percorso
- l'identificazione delle funzioni e delle responsabilità dei singoli professionisti coinvolti nel processo organizzativo
- l'implementazione di una procedura informatizzata centralizzata per la gestione delle liste di attesa dei ricoveri come già stabilito dalla deliberazione della Giunta regionale n.503/2019

Attraverso la definizione di questo percorso il presente Piano intende ridurre l'inefficienza organizzativa attraverso la descrizione del percorso del paziente, individuando elementi essenziali quali l'attività, i ruoli, i tempi, le responsabilità, gli elementi di rischio e gli strumenti di lavoro per definire le modalità organizzative in grado di garantire il corretto funzionamento del percorso stesso, dal momento dell'indicazione chirurgica, all'accesso in ospedale, al ricovero, al trattamento chirurgico, fino alla dimissione.

LA GESTIONE DEL PAZIENTE DISABILE IN OSPEDALE

Le persone con grave disabilità intellettiva, comunicativa e neuromotoria hanno difficoltà a vedere soddisfatto il loro diritto alla salute, usufruendo dei percorsi ospedalieri "ordinari". Tali persone hanno difficoltà ad eseguire visite ed esami strumentali semplici (prelievi ematici, visita clinica, ecc) o complessi (esami invasivi, diagnostica radiologica, interventi chirurgici). La loro presenza in ospedale impatta sulla normale organizzazione delle attività a causa del fatto che questa non è pensata per accogliere persone con caratteristiche e necessità di accudimento "speciali".

In questo scenario, l'Ospedale San Paolo di Milano, già nel 2000 aveva predisposto il Progetto DAMA (*Disabled Advanced Medical Assistance*), un modello di accoglienza medica caratterizzato da percorsi diagnostici e di orientamento terapeutico differenziati, dedicati ai disabili gravi e gravissimi, con grave disabilità intellettiva, comunicativa e neuromotoria che è stato assunto a modello per trovare realizzazione anche presso l'ospedale regionale. A fronte di ciò, il presente Piano dispone che il Progetto DAMA in Valle d'Aosta si articoli nelle seguenti fasi progressive:

- un'analisi della situazione attuale in cui si comprenda l'entità dei pazienti disabili che ricorrono abitualmente ad esami e trattamenti medici presso l'ospedale regionale ogni anno, differenziati per gravità, capacità di collaborazione e tipologia di bisogno
- individuazione di un "referente DAMA" per ciascuna specialità e coinvolgimento nel Progetto DAMA di tutti gli operatori della medicina territoriale che inviano la persona verso l'ospedale, oltre

⁵ Di cui all'Accordo tra Governo, Regioni e Province autonome del 9 luglio 2020. Repertorio Atti n.100/ CSR 9/7/2020

- all'individuazione delle strutture ospedaliere maggiormente coinvolte, al fine di definire percorsi di inquadramento del casistica, di valutazione breve e di rivalutazione al termine del percorso dedicato
- formazione specifica dedicata di tutte le figure individuate quali “referenti DAMA” del Progetto
 - avvio di una sperimentazione della durata di almeno 3 mesi con valutazione finale ed eventuale revisione del percorso
 - informazione pubblica specifica a tutti i portatori di interesse dell'avvio del Progetto DAMA in Valle d'Aosta con dettaglio sulle modalità di accesso e di fruizione.

IL RUOLO DELL'OSPEDALE NELLA RIORGANIZZAZIONE DELL'ASSISTENZA TERRITORIALE

Da quasi dieci anni in Italia si è cercato di avviare dei percorsi validi di riforma - dal decreto legge n.158 del 2012 al Decreto n.70 del 2015 - che avrebbero potuto cambiare la sanità nazionale e regionale anche in previsione di un'emergenza quale quella che si è prodotta con il Covid 19. La mancanza di una fase attuativa delle riforme è causa di molte delle criticità che si sono poi manifestate.

Uno dei punti del decreto legge n.158/2012 riguardava la riorganizzazione dell'assistenza sanitaria territoriale che prevedeva il processo di de-ospedalizzazione da accompagnare a un corrispondente e contestuale rafforzamento dell'assistenza sanitaria sul territorio. Si sottolineava l'importanza del coordinamento tra i medici di medicina generale e specialisti, al fine di decongestionare gli ospedali e di far fronte alle esigenze di continuità assistenziale tra ospedale e territorio, organizzazione e gestione. Obiettivi oggi perseguibili anche attraverso lo sviluppo dell'ICT (Tecnologie dell'informazione e della comunicazione) quale strumento indispensabile per l'aggregazione funzionale e per l'integrazione delle cure territoriali e ospedaliere.

Il riordino dell'assistenza primaria, così come ridisegnato dal decreto legge n.158/2012, fondato sulle AFT (aggregazioni funzionali territoriali) e le UCCP (unità complessa di cure primarie), in Valle d'Aosta non si è mai concretizzato ed ora può avvantaggiarsi del ritardo per superare alcuni limiti che ne avevano ostacolato l'attuazione. Rispetto ad allora l'esperienza pandemica ha certamente prodotto nuove consapevolezze. E' infatti evidente l'assoluta indicazione ad orientare l'assistenza verso una direzione che individui una reale alternativa al ricovero ospedaliero, potenziando attività quali la continuità assistenziale, l'ospedalizzazione a domicilio, la diagnostica a domicilio, le cure domiciliari integrate, le attività socioassistenziali, le RSA, il volontariato.

Per questa ragione, nonostante in Valle d'Aosta l'assistenza sanitaria ospedaliera presenti un buon livello di qualità clinica ma anche una serie di problemi di inefficienza organizzativa, il presente Piano ha individuato tra le cause dell'inefficienza organizzativa una mancanza di strutture intermedie tra la dimissione dal ricovero e il domicilio, ovvero, tra il domicilio (o la residenza socio sanitaria o socio assistenziale) e un bisogno di cure che non ha ancora valenza di ricovero ma che, al contrario, intende evitarlo.

L'Ospedale di Comunità (OdC), struttura territoriale extra ospedaliera introdotta dal presente Piano nella Macro Area 2, rappresenta una modalità assistenziale di tipo intermedio: risponde alla necessità di affrontare nel modo più appropriato ed efficace quei problemi di salute, di solito risolvibili a domicilio ma che, in particolari pazienti, in condizioni di particolare fragilità sociale e sanitaria (pazienti molto anziani o soli, affetti da più malattie croniche che si scompensano facilmente, ecc.) richiedono di essere assistiti in un ambiente sanitario protetto.

Si tratta di una casistica per la quale il ricovero ospedaliero, di solito più frequente in un reparto di medicina, risulta eccessivo rispetto alle condizioni cliniche del paziente nel quale prevale un bisogno di assistenza non grave e che, data la sua fragilità, è consigliato indirizzare in una struttura diversa da quella nosocomiale dove la tipologia

di ambiente preposto a trattare una casistica di più elevata complessità clinica potrebbe esporlo a rischi infettivi, a stati confusionali seppure transitori e precoci declini fisici e mentali conseguenti al ricovero non appropriato.

Nell'ottica dell'integrazione tra ospedale e territorio l'Ospedale di Comunità dovrebbe anche promuovere la costruzione di rapporti di interdipendenza non solo con il presidio ospedaliero ma anche con il sistema territoriale dei servizi, funzionali allo sviluppo di programmi di intervento incentrati sulla prevenzione e la continuità assistenziale. La Macro Area 2 del presente Piano dedica attenzione specifica a questa nuova tipologia di struttura.

Nell'obiettivo di una progressiva deospedalizzazione della casistica non congrua ad un'assistenza per acuti e nella gradualità, quindi, della risposta del modello sanitario e socio sanitario regionale integrato, ad un livello inferiore di bisogno sanitario assistenziale rispetto all'Ospedale di Comunità, il Piano individua le Strutture Residenziali socio sanitarie. Si tratta di strutture non ospedaliere, a valenza sanitaria, che ospitano per un periodo variabile da poche settimane ad un tempo indeterminato persone non autosufficienti, che non possono essere assistite al domicilio e che necessitano di specifiche cure mediche di più specialisti e di un'articolata assistenza sanitaria. Si differenziano dall'Ospedale di Comunità per la diversa intensità delle cure sanitarie e per i tempi più prolungati di permanenza degli assistiti che, in relazione al loro stato psico-fisico, possono, in alcuni casi, trovare nella stessa anche "ospitalità permanente" e le modalità di valutazione e di accesso che sono disposte nell'ambito della COT.

Il Piano quindi, nel disporre il riordino della rete delle attuali strutture socio sanitarie residenziali a caratterizzare il livello delle cure intermedie (*vedasi Macro Area 2*), assegna anche all'ospedale un ruolo nuovo all'interno dell'assistenza sanitaria territoriale in una logica di reciprocità di funzioni spesso complementari.

L'ospedale deve assumere progressivamente nel tempo, e anche nel percepito comune, il ruolo di luogo di cura intensivo e acuto, oltre che di interventistica programmata. Allo stesso tempo, poiché sarà impossibile raggiungere questo obiettivo senza ripensare a un più adeguato approccio ai bisogni dei pazienti fragili, un servizio di cura quanto più possibile domiciliare, nel proprio ambiente familiare e sociale, dovrà trovare anche nell'ospedale, con i suoi specialisti, una collaborazione professionale che offra ai servizi del territorio protocolli condivisi, competenza tecnica e tecnologica sanitaria adeguate. Tutto ciò, al tempo del COVID, diviene sempre più attuale e necessario. Non sarà più possibile superare i limiti organizzativi delle strutture ospedaliere attuali se non ci si renderà disponibili a ripensarle e a reinterpretarne la missione.

Sarà sufficiente procedere, seppure con gradualità, ad una concreta attuazione di quanto è stato già programmato a livello nazionale e applicare alla Valle d'Aosta, stante la sua particolarità geografica, politica e morfologica, le possibilità offerte dalla tecnologia e dalla telemedicina.

Nel contesto di un'assistenza sanitaria territoriale riformata sarà l'ospedale ad andare incontro al cittadino superando il modello ospedale-centrico interpretato fino ad oggi come un unicum dai confini assistenziali delimitati e un debole raccordo con i servizi che lo circondano.

DETERMINAZIONE DEL PROGETTO DI OSPEDALE REGIONALE

La difficile gestione ospedaliera nella fase acuta della pandemia da Sars Cov 2 ha avuto come effetto positivo il maturare di nuove consapevolezza e la verifica dei precedenti assunti su come sia necessario ripensare al modello di assistenza ospedaliera. Questa consapevolezza, non attiene ovviamente solo la componente strutturale e architettonica, di cui già si dispone del progetto esecutivo, ma fa riferimento, soprattutto, alla componente produttiva, organizzativa e funzionale in un contesto che assicuri qualità e umanizzazione alle cure.

Con il DM n.70/2015 è stato sicuramente introdotto un importante cambiamento culturale nell'organizzazione della sanità ospedaliera, basata su criteri di appropriatezza, efficienza e sostenibilità; ciò nonostante, il sistema ospedaliero regionale, al pari di quello nazionale, è in gran parte vetusto e, soprattutto, non concepito per situazioni emergenziali. Pertanto, nonostante il modello di sanità ospedaliera pre pandemica sia risultato sostanzialmente adeguato e funzionale alla gestione ordinaria delle patologie acute e abbia mostrato una sostanziale tenuta in fase pandemica, ha contemporaneamente evidenziato caratteristiche strutturali, impiantistiche e tecnologiche che, se non riescono ad essere sufficientemente modulabili, non consentono una risposta flessibile e adattiva. Questa rigidità del sistema ospedaliero, ascrivibile anche alla vetustà delle strutture, non favorisce un tempestivo riadattamento degli spazi, la differenziazione in sicurezza dei percorsi e modifiche nella logistica.

Il decreto legge 34 del 19.05.2020, convertito dalla legge 77 del 17 luglio 2020 e definito "Decreto Rilancio", ha previsto una serie di interventi volti ad un complessivo rafforzamento del Servizio sanitario nazionale (SSN), nelle sue diverse articolazioni. In particolare, le misure di riordino della rete ospedaliera (art. 2, DL 34/2020) e dei percorsi organizzativi si inseriscono in un più ampio panorama di riorganizzazione complessiva del servizio sanitario, che coinvolge inevitabilmente i servizi territoriali, di emergenza urgenza, la gestione del personale e molteplici altri aspetti tra loro correlati.

Questa riorganizzazione, volta al rafforzamento strutturale del SSN in ambito ospedaliero è passata anche attraverso la stesura, da parte delle Regioni, di un apposito piano di riorganizzazione previsto dal Decreto stesso, volto a fronteggiare adeguatamente le esigenze pandemiche, come quella da Covid-19, garantendo l'incremento di attività in regime di ricovero in terapia intensiva e in aree di assistenza ad alta intensità di cure.

IL NUOVO OSPEDALE PER ACUTI

L'ideazione di un nuovo ospedale per la Valle d'Aosta risale ormai a molti anni fa: essa si rese possibile poiché, con decreto del Presidente della Giunta regionale della Valle d'Aosta n.75 del 2 marzo 1970, l'allora Ospedale Mauriziano di Aosta fu costituito in Ente Ospedaliero Regionale ai sensi della legge 12 febbraio 1968 n.132. Solo a partire dal 1970, quindi, la gestione amministrativa (compresa la gestione del personale) dell'Ospedale di Aosta fu trasferita alla Regione Autonoma della Valle d'Aosta, mentre fino ad allora il nosocomio aostano fu amministrato direttamente dall'ordine torinese.

Nel 2009, consapevoli che la dispersione dell'ospedale regionale su tre sedi rendeva poco efficace ed efficiente l'assistenza ospedaliera si costituì la Società *in house* della Regione Autonoma Valle d'Aosta COUP (Complesso Ospedaliero Umberto Parini), in gestione speciale per il tramite di Finaosta S.p.a., con lo scopo di "realizzare l'unificazione delle tre sedi ospedaliere regionali al fine di organizzare l'assistenza per acuti in base al miglior rapporto tra tipologie di prestazioni e risorse impiegate" che fu anche l'obiettivo n. 27 del Piano Regionale per la Salute ed il Benessere sociale per il triennio 2006-2008 approvato con legge regionale 20 giugno 2006, n. 13.

Nel 2014 al progetto per il nuovo ospedale venne richiesto il rispetto degli obiettivi e dei vincoli di mandato di cui alla DGR. n.1495 del 24 ottobre 2014 in ordine al contenimento, per quanto possibile, dei costi di investimento e di gestione.

Nel 2018, la legge regionale n.12 "Legge di stabilità regionale per il triennio 2019/2021" ha previsto, per gli interventi in materia di Sanità, all'art. 14, che la Società Coup srl - nell'ambito del mandato conferito con apposita convenzione - compisse una "Valutazione costi/benefici per la realizzazione del presidio ospedaliero", determinandone l'attualità e la sostenibilità tecnica, economica e finanziaria del progetto di ampliamento

dell'ospedale U.Parini anche alla luce del rinvenimento, in corso d'opera, di un importante reperto archeologico risalente all'età del Ferro scoperto nell'area di cantiere del previsto ampliamento⁶.

Il “Documento di Economia e Finanza Regionale (DEFER) per il triennio 2019/2021”, approvato nella seduta del Consiglio regionale del 19 dicembre 2018, ha poi posto la determinazione del modello ottimale di ospedale regionale all'interno di una strategia programmatica regionale per la sanità più ampia, prevedendo un impegno a garantire un nuovo sistema di welfare regionale, anche attraverso la revisione del progetto già approvato⁷ dell'Ospedale U.Parini, in modo tale da renderlo concretamente rispondente alle necessità dei valdostani. Ciò implicava la progettazione di un ospedale che fosse coerente alle nuove linee di intervento della politica sanitaria regionale, tra le quali le più rilevanti, recepite dal presente Piano nella Macro Area 2, sono:

- la riorganizzazione dei servizi sanitari territoriali attraverso la previsione di Nuclei di Cure Intermedie presso le strutture residenziali per anziani finalizzate ad accogliere pazienti in dimissione protetta dall'ospedale, ivi compreso il fine vita, e ad evitare i ricoveri ospedalieri inappropriati;
- il ridisegno delle funzioni ospedaliere in relazione all'intensità di cura nell'ottica del progressivo spostamento dei percorsi diagnostici, terapeutici ed assistenziali verso il territorio;
- lo sviluppo e la definizione, a valle dell'Accordo di confine sottoscritto con la Regione Piemonte, di accordi interaziendali, prioritariamente con l'Azienda USL Torino 4 ma non solo, per la creazione di percorsi terapeutici e assistenziali integrati, équipe miste, condivisione di risorse umane e tecnologiche, privilegiando i servizi territoriali di prossimità a quelli ospedalieri
- il potenziamento, tra il resto, dell'offerta sanitaria del poliambulatorio di Donnas, a beneficio di un bacino di utenza “a scavalco” tra le due regioni di confine;
- la revisione del progetto per la realizzazione del presidio unico ospedaliero regionale resosi necessario alla luce della sopravvenuta esigenza di tutelare il patrimonio archeologico rinvenuto nel sito e rivalutazione della soluzione organizzativa e gestionale più idonea a presidiare e seguire i lavori di ampliamento

La Giunta regionale ha pertanto conferito a Coup⁸ l'incarico per svolgere la valutazione costi/benefici di cui alla suddetta legge regionale n. 12/2018⁹.

Le nuove esigenze ospedaliere e le nuove condizioni archeologiche al contorno non hanno tuttavia mutato l'originario schema di realizzazione dell'intervento, che rimane suddiviso nelle cinque fasi principali sequenziali di cui la prima e la seconda, rispettivamente concernenti la realizzazione del cunicolo di collegamento e la realizzazione degli scavi archeologicamente assistiti, risultano essere concluse. Ad oggi sono in corso di esecuzione la fase 3 di ampliamento ospedaliero, oggetto di revisione progettuale, al fine di circoscrivere gli scavi archeologici e di edificare le opere strutturali speciali, aventi lo scopo di ridurre il rischio residuo archeologico ed offrire, quindi, le necessarie garanzie di fattibilità per proseguire con la realizzazione dell'appalto principale del nuovo edificio sopra gli scavi archeologici, di fronte la struttura del Parini esistente. Sono state programmate, a decorrere dal 2023, la fase 4, riguardante la realizzazione del polo materno-infantile e della psichiatria, e la fase 5 di riqualificazione dei rimanenti servizi dislocati all'interno dell'Ospedale U. Parini.

Non vi sono state ulteriori evoluzioni sino alla approvazione della deliberazione del Consiglio regionale n. 234/XV in data 19 dicembre 2018. In attuazione del punto 7) della medesima delibera in data 20 febbraio 2020 è stata costituita la Società SIV srl, in House della Regione Autonoma Valle d'Aosta in gestione speciale per il

⁶ Il Comitato scientifico archeologico, a seguito del rinvenimento, nel novembre 2014, del grande cerchio di cippi lapidei e del tumulo di un condottiero, risalenti all'Età del Ferro, ha definito la scoperta un "unicum" a livello europeo.

⁷ DGR 719 del 26/04/2013 “Approvazione del programma pluriennale 2013/2019 e biennale 2013/2014 di attività e di spesa della società Coup srl, per la realizzazione del presidio unico ospedaliero regionale "U. Parini" di viale Ginevra in Aosta, nonché approvazione del progetto definitivo della terza fase relativa all'ampliamento del presidio e valutazione positiva sulla compatibilità ambientale del progetto stesso, ai sensi della LR 12/2009.

⁸ Deliberazione della Giunta regionale n. 788/2019

⁹ Nel luglio 2019 Coup ha costituito una Gruppo di lavoro formato da Regione, Ausl, Coup, SDA Bocconi di Milano e da membri esperti esterni per l'assistenza ed il supporto alla stesura della Relazione valutativa di cui alla LR n.12/2018.

tramite di Finaosta S.p.a., con atto di Fusione fra le Società ex Coup srl ed ex Nuv srl. La Società si occupa di attuare opere pubbliche di competenza regionale e rilevanza strategica ed ha come obiettivo attuale la realizzazione del presidio unico ospedaliero per acuti di viale Ginevra in Aosta e le infrastrutture ad esso collegate.

Il “Documento di Economia e Finanza Regionale (DEFER) per il triennio 2021/2023” ha ribadito che l’ospedale e l’assistenza sanitaria territoriale saranno al centro della nuova programmazione, unitamente all’attività che in questi ambiti è svolta dal personale a vario titolo impegnato. Occorre verificare la compatibilità tecnico progettuale ed economica, nonché la realizzabilità in termini cronologici adeguati dell’attuale progetto dell’ospedale, ferma restando l’opportunità di sondare altre soluzioni qualora gli esiti della verifica sopra descritta risultassero non percorribili. Conseguentemente, nel mese di marzo del 2021 si è svolto un confronto tra Assessorato, società SIV e progettisti e soprintendenza ai fini di verificare la realizzabilità dell’opera. Ad esito di questo confronto in data 9 aprile 2021, la soprintendente ai beni culturali così ha riconosciuto la compatibilità di una convivenza dei servizi ospedalieri con il sito museale archeologico dedicato ai reperti rinvenuti nell’area di scavo propedeutica al cantiere.

Ciò costituisce un importante avanzamento nel proseguimento dell’iter verso la realizzazione dell’ampliamento dell’attuale presidio ospedaliero; l’accadimento tuttavia non influenza il principio ispiratore del progetto che continua a basarsi sull’applicazione di due fondamenti teorici:

- Umanizzazione degli spazi deputati alla cura,
- l’utilizzo di un modello gestionale-organizzativo basato sull’intensità di cura. In quest’ultimo caso l’applicazione pratica trova riscontro nella creazione di due grandi poli ospedalieri, collegati anche sotto il profilo architettonico, nei quali vengono collocate, distintamente, le prestazioni legate all’alta intensità di cura nell’edificio di nuova costruzione antistante l’attuale e quelle invece afferenti alla complessità assistenziale infermieristica e la bassa intensità nella struttura ex ospedale mauriziano.

Il concetto di umanizzazione, basato sul principio della centralità del paziente, prende forma attraverso la principale arteria distributiva identificata con un nuovo ingresso dell’Ospedale. Concepito come un elemento parzialmente chiuso ma totalmente coperto, l’ingresso svolge il ruolo di catalizzatore dei flussi pedonali che si muovono lungo Viale Ginevra e che attraversano la città indirizzandoli verso gli spazi pubblici della collettività. La parte della popolazione che intende accedere all’ospedale percorre la via principale e viene introdotta nell’area su cui gravitano tutte le principali funzioni di accoglienza, idonee ad orientare gli utenti e a mitigare la percezione dello spazio circostante attraverso l’integrazione di funzioni proprie degli ambienti pubblici e la commistione dei differenti fruitori sulla base di un sistema multipolare.

La presenza di luoghi aperti quali piazze e giardini dislocati in più punti dell’area accresce il principio di umanizzazione e rende piacevole e distensivo il territorio circostante l’Ospedale. Tale principio è stato esteso anche ai luoghi destinati alle attività lavorative, decidendo di evitarne la collocazione nei settori interrati degli edifici o, comunque, utilizzando accorgimenti architettonici che permettano l’introduzione della luce naturale negli ambienti.

Una grande hall di accesso sarà utilizzata anche come connettore tra “nuclei” differenziati per tipologie assistenziali e per prestazioni erogate. I “nuclei tipologici” sono stati concepiti allo scopo di ottimizzare i flussi del personale sanitario e del pubblico e migliorare l’efficienza e la qualità dell’assistenza.

Sono stati identificati cinque nuclei, di cui i 3 principali oggetto della riqualificazione dell’assistenza ospedaliera, sono¹⁰:

¹⁰ Gli altri 2 sono: Un corpo indicato come luogo per la ristorazione del personale sanitario e per gli utenti e un corpo riservato alla Morgue e collocato in luogo indipendente e defilato per preservarne la riservatezza e il rispetto del dolore.

- Il Corpo definito “Ospedale H 24” (interamente nuovo), per le caratteristiche prestazionali connesse all’alta intensità di cura nel quale vengono trattate le patologie più gravi che richiedono un ricovero ordinario e trattamenti altamente specializzati.
- Il Corpo definito “Ospedale H 12” nel quale si prevede di inserire attività ospedaliere a bassa intensità di cura e di natura assistenziale infermieristica per le quali non è previsto alcun ricovero o permanenza prolungata oltre le ore diurne, con l’eccezione del reparto di Psichiatria.
- Il Corpo definito “Ospedale Materno-Infantile” dedicato alle procedure che coinvolgono sia le donne nelle fasi precedenti e postume al parto sia i neonati e i bambini che necessitano di cure.

La creazione dei tre grandi poli ospedalieri (H24, H12, materno infantile) ognuno dei quali riservato a specifiche caratteristiche assistenziali, permette di concentrare personale e pazienti in zone con esigenze simili, contribuendo ad una maggior efficacia delle prestazioni sanitarie.

La struttura regionale di ricovero per acuti verrà pertanto sottoposta ad interventi di riqualificazione mediante:

- ridisegno organizzativo e funzionale delle strutture, delle attività e degli spazi;
- promozione di interventi per l’innovazione strutturale e tecnologica, a supporto della riorganizzazione e redistribuzione dei posti letto e delle specialità/attività;
- definizione di strategie per la valorizzazione e potenziamento dei centri di eccellenza di riferimento regionale;
- definizione ed applicazione di percorsi di riorganizzazione, redistribuzione ed ammodernamento della diagnostica strumentale;
- definizione ed adozione di modelli organizzativi innovativi, quale risposta ad obiettivi di ottimizzazione sia dei percorsi clinico-assistenziali che degli aspetti economico-gestionali.

Con attenzione alla dotazione di posti letto totali esclusivamente per acuti prevista nel progetto di ampliamento e ristrutturazione del Presidio ospedaliero Umberto Parini è pari a 445, di cui 300 posti letto di degenza ordinaria, 84 posti letto diurni in day hospital e 61 posti letto tecnici (Dialisi, Osservazione breve intensiva (OBI) di Pronto Soccorso, Reveil di Blocco Operatorio e Terapie indifferibili). Tuttavia, per l’attuazione della risoluzione del Consiglio regionale n. 6.01 del 13/05/2021 in materia di posti letto, la revisione del progetto della fase 3 di ampliamento ospedaliero potranno determinare un eventuale aggiornamento generale dei posti letto ordinari, diurni e tecnici, anche in ottemperanza alle nuove prescrizioni Covid-19; la revisione del progetto preliminare delle fasi 4 e 5 di ristrutturazione dell’ex Mauriziano potranno parimenti determinare un eventuale aggiornamento del numero di posti letto di ostetricia, ginecologia, nido, pediatria, neonatologia e psichiatria.

La risoluzione del Consiglio regionale n. 6.01 del 13 maggio 2021, ha impegnato il Governo regionale a:

- procedere con la variante del progetto esecutivo dell’ala est dell’Ospedale regionale per adeguarla alla salvaguardia e alla valorizzazione dei ritrovamenti archeologici per il tramite di SIV;
- proseguire contestualmente le fasi progettuali della ristrutturazione dell’attuale ospedale e terminare la definizione dei servizi ospedalieri che saranno attivati anche tenendo conto degli effetti dell’attuale pandemia;
- procedere all’attivazione del tavolo di lavoro tra Regione, Comune di Aosta, i progettisti e SIV al fine di proseguire la verifica in corso sulla compatibilità tecnico-progettuale ed economica, nonché sulla realizzazione in termini cronologici adeguati dell’attuale progetto complessivo dell’ospedale, anche alla luce della pandemia;
- presentare il progetto alla popolazione valdostana attraverso gli strumenti più opportuni.

Con deliberazione della Giunta regionale n. 1.180 del 20 settembre 2021, ritenuto opportuno in conformità alla risoluzione del Consiglio regionale n. 6.01, in data 13 maggio 2021, si conferisce, quindi, mandato alla società SIV

S.r.l. affinché riconsideri il progetto della fase 3 - ampliamento polo tecnologico, parcheggio sud, corpo H24 e "hospital street" - per soddisfare le seguenti esigenze:

- inglobare e salvaguardare gli interventi recenti relativi ai lavori in termini sia di realizzazione del collegamento sanitario interrato di viale Ginevra e di rilievo delle testimonianze archeologiche – sia strutturali nell'ambito dello scavo archeologicamente assistito del fronte nord dell'area di ampliamento ospedaliero ;
- adottare, per la Fase 3, relativa all'ampliamento ad est, l'ipotesi 1 dello Studio di compatibilità dei servizi ospedalieri con il sito archeologico, datato novembre 2018 e aggiornato nel marzo 2021, redatto dallo Studio di architettura CSPE S.r.l. di Firenze, approvato dall'Azienda USL nel 2019, che ingloba il sito archeologico da salvaguardare aggiornare parte di quanto deliberato con DGR n. 1495 in data 24 ottobre 2014 (in particolare il ripristino dell'ultimo piano e dei corrispondenti posti letto dedicati alle degenze e il ripristino dell'elisupeficie);
- recepire tutto quanto contenuto nella valutazione costi/benefici di cui alla legge regionale n. 12/2018, art. 14, con particolare riferimento all'aggiornamento dei dati ospedalieri e degli indicatori di monitoraggio.

GESTIRE LA TRANSIZIONE

La realizzazione del nuovo presidio ospedaliero, completato anche della parte ristrutturata dell'attuale Parini, richiederà un tempo non inferiore ad 8 anni durante i quali l'attività proseguirà secondo le direttive che il presente Piano dispone.

In attesa del completamento dell'opera, ma con la definizione del modello organizzativo e funzionale che prevede un continuum assistenziale tra ospedale e territorio, il Piano dispone che vengano individuate delle strutture a valenza temporanea, anche richiedenti adattamenti strutturali e tecnologici, con la finalità di gestire il periodo di transizione intercorrente tra l'attuale fase pandemica e il completamento dell'ampliamento e della ristrutturazione del presidio ospedaliero.

Nella ipotesi di una ripresa epidemica, per quanto si possano ridurre i numeri di pazienti infetti che avranno necessita di ricovero, la gestione generale dell'attività sanitaria dei presidi ospedalieri non potrà prescindere dai temi di protezione di pazienti e operatori in regime di trattamento infettivologico, individuando logistiche precise all'interno delle aree dell'emergenza, della medicina e della chirurgia.

Le richieste di adeguamento strutturale, impiantistico e distributivo prescritte dal decreto legge 19 maggio 2020 n. 34, convertito con legge 17 luglio 2020, n. 77, comportano conseguenze importanti all'interno del presidio ospedaliero.

Il "Piano di riorganizzazione della rete ospedaliera" ex art. 2 del decreto-legge 19 maggio 2020, n. 34, approvato dal Ministero il 13 luglio 2020, ha previsto alcuni interventi urgenti, finalizzati a:

- dotare l'Ospedale Parini di una struttura prefabbricata di circa 1000 m² in cui ospitare un pronto soccorso riservato ai pazienti positivi al Covid, con ingresso e flussi separati dagli accessi per pazienti negativi, 8 nuovi posti di terapia intensiva e 9 posti di terapia sub-intensiva;
- introdurre adeguate azioni organizzative volte a ridurre il rischio di trasmissione nosocomiale;
- intervenire sul sistema di trasporti dedicati ai trasferimenti di pazienti positivi al Covid.

Gli interventi urgenti dovevano strutturare il nuovo corpo denominato "C1". Trattandosi di una struttura prefabbricata finanziata dai fondi di cui alla legge 34/2020, la Regione autonoma Valle d'Aosta ha richiesto al Ministero della Salute la revisione del progetto riguardo al Corpo C1, stante l'approvazione della deliberazione

della Giunta regionale n.1180/2020 che ha dettato le disposizioni per la revisione del progetto definitivo esecutivo del nuovo presidio ospedaliero.

In attesa di formalizzare l'assenso alla revisione del progetto con il Ministero, che prevede:

- 9 posti letto di terapia sub intensiva in un'apposita struttura prefabbricata
- un reparto polifunzionale "a disposizione" in casi di emergenza o di impedimenti funzionali all'attività di altri reparti dell'Ospedale

è stata realizzata, nel frattempo, per dare immediata soluzione a bisogni assistenziali a pandemia non ancora conclusa, la struttura prefabbricata denominata "Triangolo" per l'incremento del reparto di terapia intensiva esistente tramite la realizzazione di ulteriori 10 posti modulari che consentono di integrare le esigenze di posti letto fino alla realizzazione del nuovo presidio ospedaliero.

Nella eventualità di una ripresa epidemica è necessario mantenere i percorsi per le patologie tempo dipendenti (infarto miocardico, ictus cerebrale, traumi) sia per pazienti positivi al Covid, sia per pazienti sospetti. A tale fine, il Piano prevede il mantenimento del protocollo operativo, già validato nei mesi di gestione della pandemia e che ha coinvolto il percorso della radiologia interventistica nell'infarto e nell'ictus. E' necessario che, in occasione di una nuova possibile ondata pandemica, non vengano perse prestazioni ambulatoriali relative a prime visite specialistiche non urgenti (oggetto di LEA) o a prestazioni ambulatoriali specialistiche di secondo livello, in quanto anche un breve ritardo diagnostico è in grado di provocare un *rebound* nell'incidenza di molte patologie acute. A tal fine, il presente Piano dispone il mantenimento della televisita specialistica, per permettere lo screening dei casi mediante la telemedicina e consigliare l'accesso al Dipartimento Emergenza urgenza e Accettazione (DEA) solo ai casi sospetti o meritevoli di trattamento.

La televisita, come introdotto alla Macro area 2, è uno strumento funzionale anche in periodi ordinari per monitorare i casi cronici ed è una prerogativa che la telemedicina ha dimostrato essere praticabile.

Con il termine Telemedicina (TLM) si intende la trasmissione in tempo reale di informazioni cliniche tramite l'utilizzo dei sistemi informatici. Oltre ai servizi territoriali, la TLM trova infatti interessanti applicazioni anche all'interno dell'ospedale, in particolare per alcune procedure chirurgiche di alta complessità.

Non meno importante in TLM è la possibilità di fornire una prestazione diagnostica e terapeutica più tempestiva ed efficace evitando i trasferimenti non strettamente necessari di pazienti gravi, per i quali il trasporto potrebbe arrecare dei rischi alla già compromessa condizione clinica. Da ricordare, infine, l'ottimizzazione dei tempi e delle risorse sanitarie e l'ingente risparmio economico favoriti dall'eliminazione dei costi di trasporto (elicottero, ambulanza) e del personale medico coinvolto.

Una prima applicazione in neurochirurgia, ora divenuta prassi ordinaria presso l'ospedale regionale, ha dimostrato la sostenibilità di questa metodica nei casi di consulto a distanza con l'ospedale di Alessandria negli interventi alla colonna. Il presente Piano prevede di diffondere su più ampia scala i modelli già validati e a definirne di nuovi.

L'ASSISTENZA OSPEDALIERA IN UNA LOGICA DI RETE INTRA ED EXTRA REGIONALE

L'emergenza epidemiologica ancora in corso deve rappresentare un'opportunità per ripensare e rivedere il servizio sanitario regionale in un'ottica di integrazione tra la rete ospedaliera e la rete territoriale.

Il servizio sanitario regionale è infatti tenuto a rendere organici e strutturali gran parte degli interventi che dovranno essere indirizzati sempre più verso l'intensità di cura e la continuità assistenziale multidisciplinare e multi professionale. Solo ridefinendo la rete ospedaliera in un'ottica di integrazione con i servizi del territorio,

sarà possibile offrire una risposta adeguata alla crescente domanda di assistenza, non solo riferita alla situazione infettivologica e pandemica in corso, ma anche a quella relativa all'attività ordinaria.

Come prescritto dalla normativa vigente, in generale, le strutture sanitarie devono concorrere a garantire gli obiettivi assistenziali, in qualità di erogatori di prestazioni a tutela della salute del cittadino, osservando i principi di efficacia, efficienza, qualità, sicurezza delle cure, centralità del paziente, umanizzazione e rispetto della dignità del paziente. Diventa, quindi, strategico promuovere l'appropriatezza delle cure nell'ottica di un uso sempre più razionale ed efficace delle risorse pubbliche, sviluppando forme di collaborazione che trovano concretezza nella messa in rete delle competenze clinico-assistenziali e nell'implementazione di percorsi assistenziali multidisciplinari, in un'ottica di centralità del paziente rispetto al sistema sanitario.

Tale approccio assume un valore particolare anche in funzione del ripensamento del modello di offerta sanitaria e socio sanitaria regionale, il quale deve basarsi su strumenti di governo strutturali e organizzativi che perseguono obiettivi di presa in cura dei pazienti con forme trasversali tra ospedale e territorio. Per lo sviluppo delle reti è infatti necessario riequilibrare i ruoli sia delle diverse professionalità/prestazioni interne del presidio ospedaliero, sia quelle tra l'ospedale ed il territorio di riferimento.

Dall'analisi degli indicatori del Programma Nazionale Esiti (PNE) relativi ad alcuni esiti clinici indesiderati dell'attività ospedaliera – riammissioni a 30 giorni per appendiciti laparoscopiche in età pediatrica, ricoveri successivi al cesareo durante il puerperio, riammissioni a 30 giorni per protesi d'anca o per protesi al ginocchio per citare alcuni esempi - al pari del valore non pienamente performante di alcuni indicatori previsti dal Decreto sul Nuovo Sistema di Garanzia¹¹ sul monitoraggio dei Percorsi Diagnostico Terapeutici Assistenziali (PDTA) palesano il fatto che a livello regionale è necessario ridefinire il ruolo dell'ospedale all'interno dell'intero sistema dei servizi sanitari e realizzare l'integrazione con il territorio, privilegiando tutti gli interventi di prevenzione, diagnosi e cura e recupero o rieducazione funzionale in un percorso definito che pone al centro la persona. Al contrario, come alcuni valori critici dimostrano, ad oggi spesso sono da attribuire al mancato collegamento con i servizi territoriali alcuni indicatori specifici non performanti rilevati sull'ospedale.

Tra tutti questi, un'attenzione particolare il Piano intende rivolgere verso l'Area materno infantile e quella pediatrica.

Per quanto attiene il percorso nascita il Piano intende garantire l'uniformità dell'assistenza ostetrica su tutto il territorio regionale anche attraverso la riorganizzazione dei Consultori, prevedendo un'adeguata presa in carico secondo il grado di rischio, con particolare riferimento alla gestione territoriale della gravidanza a basso rischio e alla riduzione delle complicanze neonatali legate alla prematurità e alla patologia malformativa. Lo sviluppo di una rete regionale con integrazione tra strutture a diversa complessità permette di indirizzare adeguatamente le risorse in modo da fornire il grado di assistenza adeguato al grado di rischio della gravidanza, con una prevalente gestione territoriale da parte dell'ostetrica delle gestanti a basso rischio richiedenti un percorso prenatale "di base", un invio verso l'ospedale regionale per le gestanti che necessitano di assistenza di complessità più elevata, fino all'invio, previsto da opportuni percorsi assistenziali di Rete, a strutture altamente specializzate extra regionali laddove la gravidanza si dimostri ad elevato rischio per la madre e per il nascituro o laddove la gravidanza si presenti in concomitanza con patologie e complicanze gravi.

Con attenzione al taglio cesareo non vi è dubbio che esso rappresenti un intervento chirurgico efficace nel ridurre la mortalità e la morbidità materna e perinatale in presenza di una specifica indicazione; tuttavia, dato l'elevata percentuale di tali procedure sul totale, determinata anche da assunti di medicina difensiva, è obiettivo del presente Piano migliorare la qualità dell'assistenza ostetrica attraverso una riduzione dei tagli cesarei che oggi sono circa il 24% dei parti totali in un anno (di poco superiori a 800), riportando questa quota proporzionale verso lo standard raccomandato nelle strutture con meno di 1000 parti per anno, che pone il limite massimo¹² al

¹¹ Decreto 12 marzo 2019 "Nuovo sistema di garanzia per il monitoraggio dell'assistenza sanitaria"

¹² Decreto ministeriale n.70/2015

15%; questo in quanto non vi sono evidenze scientifiche disponibili che i benefici sopra citati vengono mantenuti in assenza di una reale giustificazione clinica. E' opportuna pertanto l'adozione, attraverso la formalizzazione del protocollo clinico, di linee guida incentrate sull'utilizzo di strumenti descrittivi validati, quali ad esempio la Classificazione di Robson¹³, per l'analisi del trend di esecuzione di parti cesarei nel tempo in modo da individuare correttamente le classi con tasso di tagli cesarei maggiori sulle quali focalizzare tanto gli sforzi organizzativi quanto quelli di sensibilizzazione verso le donne avvertendo sui rischi che un intervento chirurgico non necessario può comportare e limitarne in questo modo, nel tempo, l'esecuzione.

Il Piano intende anche promuovere azioni volte a favorire quanto più possibile il parto naturale con la possibilità di accedere in sicurezza alle procedure analgesiche (epidurale) previste per il travaglio e per il parto anche al fine di contenere la richiesta di taglio cesareo come soluzione al dolore.

Per quanto riguarda l'area pediatrica il Piano indica nella maggiore interazione tra ospedale e assistenza primaria la forma istituzionale per la riduzione di interventi inappropriati quali l'appendicectomia e la tonsillectomia, ritenuti da tempo evitabili se opportunamente trattati preventivamente in ambito territoriale, così come le riammissioni a 30 giorni per gli interventi di appendicectomia laparoscopica in età pediatrica.

In materia di Reti extra regionali, come noto, il Decreto ministeriale n.70/2015 chiarisce come le reti cliniche rappresentino un nodo strategico per l'incremento della qualità dell'assistenza ospedaliera.

Il Piano pertanto dispone che nei prossimi anni siano istituite formalmente o completate e messe a regime le attività di implementazione delle reti già istituzionalizzate (breast unit, rete per ictus acuto, trauma grave, oncologica, trapiantologica, ecc.) e dato ulteriore impulso a quelle in fase di realizzazione (rete per le emergenze cardiologiche, per le malattie vascolari, medicine specialistiche, ad esempio nefrologia con particolare attenzione allo sviluppo nel territorio della dialisi in assistenza domiciliare, ecc.), consentendo una connessione efficace tra ospedale e territorio per la garanzia di continuità assistenziale e di presa in carico globale del paziente in tutte le fasi di malattia, anche attraverso il ricorso a strutture extra regionali ove richiesto.

Il ruolo dell'ospedale deve essere quello di gestire le problematiche assistenziali generate da una patologia ad insorgenza acuta e/o complessa. In tale ambito, rientrano, inoltre, le "Reti tempo-dipendenti" (RTD), dove il precoce e appropriato intervento sanitario verso il paziente diventa prerogativa della sua stessa sopravvivenza e dell'esito non invalidante della patologia stessa. Sulla base dell'impatto sanitario della patologie tempo-dipendenti, si fa riferimento alla rete per le emergenze cardiologiche, alla rete per il trauma ed identificati gli standard dei Centri per il trattamento di pazienti con politrauma, alla rete per l'ictus.

Con riferimento alle reti, è importante precisare che la loro implementazione non può prescindere dal contesto territoriale in cui le medesime trovano sviluppo. La Valle d'Aosta è una regione caratterizzata da una popolazione poco superiore a 123.000 abitanti, con una casistica clinica sovente limitata in termini di volumi di attività per alcune procedure cliniche, condizioni che, al fine di garantire sicurezza ed efficacia nelle prestazioni sanitarie, richiedono l'inclusione in sistemi di rete extraregionali in grado di soddisfare e/o integrare efficacemente e qualitativamente l'assistenza al paziente. Un esempio di rete già consolidata e di efficacia dimostrata in ambito oncologico è quella attiva con la regione Piemonte.

Con il presente Piano, si intende, quindi, riprogettare l'assistenza sanitaria ospedaliera regionale attraverso la costruzione di nuove reti ospedaliere extra regionali, in particolare per le patologie tempo dipendenti o il rafforzamento di quelle esistenti, contestualmente alla realizzazione o consolidamento di quelle tra ospedale e territorio e tra la Valle d'Aosta e altre regioni italiane.

¹³ La classificazione di Robson divide le pazienti sottoposte a taglio cesareo in 10 classi mutuamente esclusive, definite in base alla parità, al numero di feti, alla presentazione fetale, all'età gestazionale e decorso del travaglio e del parto e consente di quantificare il peso percentuale di ciascuna classe sul totale delle partorienti.

Il concetto di rete si coniuga anche a livello di integrazione con il territorio. Il DM n.70/2015, in materia di standard ospedalieri, All'interno del disegno globale della rete ospedaliera è necessaria l'articolazione delle reti per patologia che integrano l'attività ospedaliera per acuti e post acuti con l'attività territoriale per :

- infarto
- ictus
- traumi maggiori
- neonatologica
- medicine specialistiche
- oncologica
- pediatrica
- terapia del dolore
- malattie rare

Per la definizione di alcune delle reti sopra elencate sono disponibili le linee guida organizzative e le raccomandazioni già contenute negli appositi Accordi sanciti in sede di Conferenza Stato-Regioni sulle rispettive materie. Relativamente alle altre Reti AGENAS insieme al Ministero della Salute e alle regioni e province autonome, ha definito alcune raccomandazioni da sancire tramite Accordi in sede di Conferenza Stato-Regioni.

Con riferimento alla rete per la presa in cura del paziente con malattia rara, auspicando nella prossima adozione di un nuovo Piano nazionale delle malattie rare, il cui ultimo aggiornamento risale all'anno 2016, gli interventi regionali per una risposta efficace ai bisogni di questi paziente devono tendere, anche in questo caso, verso l'implementazione di un modello di presa in cura globale. Come per le patologie croniche, infatti, la pandemia ha fatto emergere, in maniera ancora più urgente, la necessità di potenziare, sia le prestazioni assistenziali e sociali, ad integrazione e complemento delle cure prettamente sanitarie, sia il regime di erogazione delle medesime, che deve tendere, sempre più, verso un'efficace risposta in ambito extra-ospedaliero. Occorre dunque, dopo una valutazione multidisciplinare e multidimensionale del paziente, predisporre un piano assistenziale individuale, che sia dinamico nel tempo e che assicuri una continuità tra il Centro di riferimento per la patologia rara da curare, l'ospedale, il territorio e il luogo di abitazione della persona.

Con la DGR n.4054/2006 è stato istituito il Registro regionale delle malattie rare, quale centro di raccolta e invio dei dati al Registro nazionale ed è stato individuato nel Dipartimento di Prevenzione dell'Azienda USL Valle d'Aosta, il Centro di coordinamento regionale.

La possibilità di avvalersi dell'esperienza virtuosa della regione Piemonte, in considerazione dell'esiguità dei casi di persone affette da malattia rara in Valle d'Aosta che non permette di avere dati epidemiologici significativi, nonché il fatto di condividere lo stesso elenco di malattie rare esenti, ha portato alla decisione di fare confluire i dati del registro regionale della Valle d'Aosta nel registro piemontese e creare, di conseguenza, il Registro interregionale delle malattie rare del Piemonte e della Valle d'Aosta (DGR n.234/2008). Questa attività ha permesso una collaborazione proficua negli anni e ha offerto, ad una piccola regione come la Valle d'Aosta, la possibilità di ricevere consulenza e supporto clinico da parte di medici specialisti ed epidemiologi piemontesi, al fine di sopperire alla inevitabile carenza di competenze specifiche sul territorio, dovute anche all'esigua frequenza della presa in cura di pazienti con malattia rara.

Alla collaborazione con il Piemonte, si aggiunge il confronto costante con le altre Regioni nell'ambito del Tavolo tecnico interregionale delle Malattie rare, in capo al Coordinamento Area assistenza ospedaliera della Commissione Salute, finalizzato ad individuare un approccio il più possibile omogeneo tra i territori nella garanzia dei servizi e delle prestazioni offerti, nella modalità di presa in cura dei pazienti e, in generale, nell'erogazione dei livelli essenziali di assistenza agli assistiti. Ad oggi, l'elenco delle malattie rare riconosciute a livello regionale è quello approvato con la DGR n.1273/2017, con la quale è stato recepito l'elenco nazionale di cui all'allegato 7 al DPCM 12 gennaio 2017 (Definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza) e al

quale è stata aggiunta, in accordo con la Regione Piemonte, la patologia “Insufficienza intestinale cronica benigna”.

IL GOVERNO DELLA MOBILITÀ SANITARIA

Troppo a lungo la mobilità sanitaria ospedaliera ha rappresentato un elemento di valutazione principalmente finanziario, volto cioè a stabilire la sostenibilità, nel tempo, del saldo tra una mobilità passiva che, per un ospedale unico con un bacino di utenza di ridotte dimensioni quale quello regionale, è fisiologicamente più elevata della mobilità attiva.

Sotto il profilo finanziario il saldo della mobilità 2021, con riferimento all'anno 2019, conguagliato sull'anno 2017, per la Valle d'Aosta, in tema di assistenza sanitaria ospedaliera ammonta a 7.770.237 mln di Euro, che originano da una differenza tra un debito di 15.421.461 mln di Euro dovuti alle altre regioni per il ricovero di valdostani e un credito di 7.651.224 mln di Euro dovuto alla Valle d'Aosta per i ricoveri presso il presidio regionale di residenti in altre regioni. Nel valutare le voci di credito indotte dall'attrattività di alcune prestazioni rese dall'ospedale regionale a non residenti è opportuno considerare che non tutta la mobilità attiva si configura come guadagno in quanto, per alcune tipologie di ricovero, il costo di produzione di un ospedale delle dimensioni di quello regionale potrebbe non essere totalmente coperto dal rimborso della tariffa stabilita a livello nazionale, da cui, si impone una valutazione in termini di guadagno o di investimento comunque utile, anche a fronte di una potenziale perdita.

Del debito conseguente a ricoveri di residenti valdostani fuori regione il 66,8% è reso al Piemonte e il 22% alla Lombardia.

Come già ripetuto all'interno di questo documento, la mobilità dei cittadini rappresenta un diritto sancito anche dalla normativa vigente, ma se al riconoscimento di tale diritto non si accompagna una attenta azione di governo, non solo si compromette la qualità delle cure regionali, ma si rischia di esporre i propri residenti a logiche opportunistiche, legate al profitto e non alla sicurezza e qualità delle cure, messe in atto da strutture extra regionali. Più precisamente, se a prescindere dall'entità della spesa non si analizzano le prestazioni soggette a mobilità passiva, detta anche “fuga”, e le dinamiche da cui traggono origine, si rischiano almeno tre conseguenze gravi sulla quella qualità e sul potenziale dell'assistenza ospedaliera regionale:

- la prima, un aumento dei costi senza modificare la qualità dell'assistenza
- la seconda, l'impossibilità di compiere strategie di investimento ragionate sull'ospedale regionale
- la terza, una delega alle logiche di mercato dei principi quali la garanzia e la sicurezza delle migliori cure in relazione al bisogno ai residenti.

La mobilità dei pazienti deve pertanto essere considerata, a tutti gli effetti, come un tema di competenze della programmazione sanitaria regionale e, quindi, strettamente correlato con gli adempimenti conseguenti al decreto sul nuovo sistema di garanzia (NSG) e al programma nazionale delle liste di attesa (PNGLA).

Il Piano dispone quindi, che sul tema della mobilità sanitaria, sia per la parte ospedaliera, che ne costituisce la voce preminente, sia per alcune prestazioni specialistiche ambulatoriali, quali ad esempio la diagnostica per immagini, si attivino attività dedicate di monitoraggio, analisi e valutazione in collaborazione con l'Azienda USL, diretta produttrice di tali prestazioni, non solo per ridurre quanto più possibile la quota di debito dovuta a prestazioni a bassa e media complessità che rientrano nella capacità produttiva dell'ospedale regionale ma anche per destinare parte di quella spesa a progetti di investimento e sviluppo regionale che incidano anche sull'attrattività delle prestazioni offerte e, quindi, sulla mobilità attiva che costituisce voce di credito per la Regione.

Sulla cosiddetta “mobilità di confine”, quella che per i residenti in Valle d’Aosta determina il ricorso a strutture di ricovero pubbliche e private, accreditate dalle regioni confinanti piemontesi e di prossimità lombarde, il legislatore ha previsto degli strumenti di governo rappresentati dai cosiddetti “Accordi di confine”¹⁴. Come spesso accade però, la contrattazione tra Regioni di diverso potenziale ed entità quale potrebbe essere quella tra la Valle d’Aosta e il Piemonte su tema dei flussi di mobilità ha già avuto in passato criticità che non hanno trovato soluzione. Ciò tuttavia non pregiudica alla Valle d’Aosta si appelli ad un diritto, quale quello della sottoscrizione di un accordo di confine, riconosciuto anche dal legislatore compiendo tutte le azioni necessari e sotto il profilo amministrativo e tecnico.

Collegato al tema già introdotto di una individuazione ottimale di ospedale anche in termini di produttività, vi è quello del governo della mobilità sanitaria ospedaliera attraverso l’analisi di quali prestazioni è opportuno garantire fuori regione per volumi troppo esigui di attività e bacino regionale troppo ridotto e quali invece porre al centro di un rilancio dell’ospedale regionale anche in termini di investimento.

In materia di attrattività è evidente che solo da una attenta ed efficace attività di governo della mobilità sanitaria è possibile stabilire su quali segmenti di offerta ospedaliera, specie se di media o alta complessità chirurgica, la Valle d’Aosta abbia evidenza di successo e possa intraprendere investimenti di medio e lungo periodo sia in termini di tecnologie sia in termini di formazione e attrazione di personale qualificato.

LA SICUREZZA E LA GESTIONE DEL RISCHIO CLINICO

La qualità e l’appropriatezza degli interventi sanitari sono assicurate anche attraverso il miglioramento continuo delle cure favorendo, in tutti gli operatori sanitari, il senso di responsabilità, la crescita e lo sviluppo delle competenze professionali con atteggiamenti pro attivi nei confronti della prevenzione degli eventi avversi e dei rischi.

In base al dettato della Legge n.24/2017¹⁵, la gestione del rischio clinico si configura come un complesso sistema integrato di azioni ed attività messe in atto, con criteri metodologici omogenei e condivisi, per migliorare la qualità delle prestazioni erogate dal servizio sanitario e la sicurezza dei pazienti e degli operatori.

Il primo presupposto che il presente Piano indica per raggiungere un simile obiettivo attiene la formazione, nei professionisti sanitari, della consapevolezza del poter imparare dall’errore, senza collegare a questo alcun giudizio ma legando ad esso l’identificazione, la misurazione, il trattamento ed il monitoraggio dei rischi. Il secondo presupposto che il presente Piano individua è lo sviluppo, attraverso strategie formative e strumenti consolidati, della cultura della responsabilità rispetto alla prevenzione del rischio e di un atteggiamento proattivo quale approccio migliore per misurare e migliorare la qualità delle prestazioni erogate.

A tal fine il presente Piano dispone che entro sei mesi dalla sua approvazione sia individuato, mediante opportuno atto della Giunta regionale, anche in Valle d’Aosta, il Centro per la gestione del rischio sanitario e la sicurezza del paziente, come previsto all’articolo 2 della sopra citata legge, con scopo di mappare il rischio delle strutture e di creare specifiche linee di indirizzo per prevenirlo e gestirlo, anche attraverso la formazione del personale sanitario. Questo obiettivo può realizzarsi solo attraverso il coinvolgimento attivo di una specifica rete di referenti aziendali e una attività, in linea peraltro con gli adempimenti istituzionali, volta ad identificare e aree di maggiore rischio nel contesto sanitario regionale e disporre la successiva programmazione di azioni progettuali a breve e medio-lungo termine e relative strategie di miglioramento. Un’attività di cui la pandemia da Covid ancora in corso ha già creato i presupposti operativi in occasione della formalizzazione dei protocolli di contrasto al contagio da Sars Cov 2 nelle strutture residenziali per anziani sul territorio.

¹⁴ Vedi recenti “Patti per la Salute” tra le Regioni.

¹⁵ Legge 1 aprile 2017 n.24, (nota come legge Gelli Bianco) “Disposizioni in materia di sicurezza delle cure della persona assistita, nonché in materia di responsabilità professionale degli esercenti le professioni sanitarie”

Sarà inoltre fondamentale, per garantire sicurezza e qualità alle cure, perseguire i seguenti ulteriori obiettivi a questo strettamente collegati :

- definire ed adottare i Percorsi Diagnostico Terapeutico Assistenziali (PDTA), quale ulteriore strumento organizzativo a tutela delle professionalità sanitarie coinvolte per la cura del paziente;
- ridefinire, nel caso, le politiche di gestione del rischio, in particolare quello clinico;
- revisionare gli strumenti per accrescere ulteriormente il senso di responsabilità professionale e l'atteggiamento proattivo per la prevenzione di eventi avversi;
- consolidare le attività relative alla gestione del rischio, promuovendo in particolar modo quelle di miglioramento tecnico-professionale della qualità delle cure, quali ad esempio, l'audit clinico;
- dare piena attuazione alle raccomandazioni in materia del Ministero della salute; riesaminare le strategie di intervento in caso di contenzioso.

Infine, a prosecuzione di quanto già indicato nel precedente Piano regionale per la salute e il benessere sociale sarà quindi fondamentale:

- prevedere una formazione continua e costante del personale sanitario coinvolto nel percorso di cura del paziente, per trasmettere una maggiore consapevolezza della gestione del rischio, in modo che si possa percepire l'errore come fonte di apprendimento, anziché come colpevolizzazione, denuncia o fallimento;
- potenziare l'attività di audit clinico o organizzativo, per la prevenzione e gestione degli eventi avversi;
- promuovere la partecipazione del responsabile del *risk management* alla redazione e/o revisione dei PDTA, per analizzare i rischi sottesi da tutti i percorsi.