

Autori: Gabriella Morelli; Anna M. Alessandra Merlo (referente per la corrispondenza)

Affiliazioni: Gabriella Morelli coordinatore Dipartimento Sanità e Politiche Sociali Regione Autonoma Valle d'Aosta; Anna M. Alessandra Merlo Università della Valle d'Aosta

Indirizzi email: [g.morelli@regione.vda.it](mailto:g.morelli@regione.vda.it); [a.merlo@univda.it](mailto:a.merlo@univda.it)

## **I Sistemi Sanitari Regionali possono collaborare? Il caso delle reti sanitarie tra Valle d'Aosta e Piemonte**

I modelli a rete interorganizzativa costituiscono in vari settori degli assetti consolidati; nella sanità l'applicazione di tali modelli costituisce un fronte di sperimentazione, determinato dalla razionalizzazione delle risorse ma anche dal perseguimento di complementarità di competenze e conoscenze, e di bilanciamenti rispetto ad approcci strettamente competitivi e tendenze alla specializzazione tecnica.

In Valle d'Aosta (che ha un'unica Azienda Sanitaria e una sola struttura ospedaliera privata monospecialistica) l'implementazione delle reti cliniche travalica, necessariamente, i confini regionali, e impone la stipulazione di accordi di rete interregionale con il Piemonte e le Aziende Sanitarie di confine. Gli accordi interaziendali scaturiti dall'accordo interregionale derivano in parte da propensioni spontanee dal basso, da parte di operatori e singole organizzazioni, ma in maggiore misura da impronte dall'alto, a opera degli amministratori nazionali e locali. Nel caso della Valle d'Aosta l'orientamento è determinato non tanto dall'eccesso di competitività, che non ha mai caratterizzato la sanità regionale, bensì da dettati normativi che prevedono, per le regioni con popolazione inferiore ai valori soglia del bacino di utenza per specifica disciplina, la stipula di accordi di programmazione integrata con le regioni limitrofe. Questo per perseguire obiettivi di ricerca di completamento dell'offerta sanitaria e di ottimizzazione dell'utilizzo delle competenze, delle risorse e delle strutture, ripartendole su un numero maggiore di casi, riuscendo così anche a soddisfare meglio gli standard nazionali di tipo qualitativo, strutturale, tecnologico, di processo e di esito, nonché il diritto dei cittadini ai livelli essenziali di assistenza e all'equisostanza delle prestazioni.

Atto normativo regionale di riferimento la DGR 1227/2017 di approvazione dello schema di accordo di programmazione interregionale integrata dei servizi sanitari tra la Regione Autonoma Valle d'Aosta e la Regione Piemonte per la gestione condivisa di percorsi assistenziali. Facendo riferimento alle Linee-Guida nazionali definite nel DM n.70/2015 l'Accordo riguarda prima di tutto la creazione di reti cliniche integrate in merito al sistema di emergenza urgenza per patologie tempodipendenti, con particolare riferimento alle patologie legate a emergenze cardiologiche, ictus e traumi. In secondo luogo oggetto degli accordi possono essere percorsi assistenziali condivisi nell'ambito di alcune specializzazioni chirurgiche: cardiocirurgia, chirurgia pediatrica, neurochirurgia, chirurgia toracica, chirurgia bariatrica e chirurgia vascolare. In terzo luogo ambiti di applicazione potranno essere i servizi e la specialistica ambulatoriale, con la creazione di percorsi assistenziali territoriali condivisi, con riferimento a numerose specialità cliniche tra cui: medicina nucleare, laboratorio di citogenetica, radiologia interventistica, medicina di montagna, procreazione medicalmente assistita, consulenze e diagnostica in ambito pediatrico e pneumologia. Tale atto prosegue nella direzione già tracciata a partire dal 2015 con la Rete Oncologica del Piemonte e della Valle d'Aosta, incardinandosi nei modelli di servizi 'hub and spoke'.

Il paper qui proposto si propone di presentare tale esperienza iniziale di collaborazione tra Regioni confinanti, afferendo ad alcuni dei filoni di analisi proposti, tra cui in particolare quello riguardante gli approcci e i meccanismi che i regolatori regionali possono mettere in opera per sostanziare il percorso top down di costituzione e sviluppo delle reti, e quello relativo agli incentivi al

perseguimento di obiettivi comuni di rete e misure per evitare che prevalga invece la ricerca di obiettivi particolari, bilanciando le spinte alla competizione con quelle alla cooperazione tra gli attori della rete, le varie categorie di professionisti e i singoli individui. Questi aspetti potrebbero risultare particolarmente critici in un accordo inter-regionale in cui sembrerebbe esservi una controparte maggiormente 'obbligata' a stipulare degli accordi, pur potendo essa mettere in campo alcune competenze di alto livello e particolarmente specialistiche, e l'altra controparte che potrebbe non voler cedere parte della casistica afferente ai propri Centri Hub per non generare mobilità passiva, né aumentare il numero dei Centri Spoke che afferiscono ai propri Hub per non sovraccargarli ulteriormente. Nella situazione presentata, insomma, vi sono vincoli e opportunità asimmetrici e strategie aziendali già impostate, oltre a sfere culturali differenti, che potrebbero da subito far scattare comportamenti disomogenei e sbilanciati.

Si tratta di problematiche tipiche e frequenti in questi tipi di accordi, per i quali il rischio è che i soggetti uniti nella rete non riescano a collaborare significativamente e produttivamente a tutti i livelli; anche le varie tipologie di soggetti coinvolti e i vari gradi di personale, infatti, devono essere capaci di condividere visioni, approcci e modalità operative, implementando collaborazione.

Nel paper non si potranno già illustrare risultati significativi, dal momento che l'Accordo oggetto della presentazione è di stipula molto recente; alcune prime considerazioni potranno essere tratte dall'esperienza della Rete Oncologica, ma soprattutto si cercherà di presentare nel dettaglio gli strumenti previsti dall'Accordo e farne delle prime valutazioni, in modo da dare risposta alla seguente domanda di ricerca: ha più interesse la Valle d'Aosta oppure il Piemonte nell'accordo di programmazione integrata? In proposito gli accordi stipulati, al di là degli assetti organizzativi, prevedono una serie di strumenti per il coordinamento, tra cui: intese specifiche, politiche tariffarie, principi di reciprocità, tavoli tematici composti pariteticamente da specialisti clinici, protocolli operativi congiunti per la disciplina delle modalità di collaborazione con particolare attenzione all'organizzazione e gestione condivisa delle risorse strutturali, tecnologiche e professionali, nonché il governo dei flussi di utenza, creazione di equipe medico-sanitarie interaziendali, stipula di accordi finanziari, adozione di strumenti comuni di valutazione e controllo, destinazione di personale in comando funzionale reciproco.

Si confida che l'approfondimento della domanda di ricerca potrà offrire elementi conoscitivi di approfondimento circa l'applicazione dei modelli a rete in sanità e delle condizioni che devono essere presenti perché tali modelli funzionino, oltre a servire per potenziare o correggere gli strumenti applicativi previsti.