

QUADRO DI RIFERIMENTO ISTITUZIONALE E POLITICHE DI GOVERNANCE NEL SETTORE SANITARIO

MARCO BENVENUTO¹¹⁷, LUIGI PIPER¹¹⁸

Questo contributo è stato strutturato tenendo conto della disamina del Piano di Azioni della Regione Puglia nel periodo 2020-2021. L'obiettivo principale è quello di comprendere, nell'ambito del sistema di erogazione dei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA), la sostenibilità dell'offerta del servizio sanitario regionale in Puglia con un focus in Terra d'Otranto.

Considerando la complessità attuale del Sistema Sanitario Regionale, si è ritenuto opportuno individuare azioni volte al consolidamento della pianificazione strategica che ha caratterizzato gli ultimi cinque anni. Durante questa legislatura, sono state pianificate, programmate e implementate azioni strategiche che hanno permesso di superare diverse criticità nell'erogazione dei livelli essenziali di assistenza ai cittadini pugliesi. Le azioni necessarie per continuare il processo di consolidamento del sistema sanitario della Puglia possono essere riassunte come segue:

- Miglioramento del sistema delle cure primarie;
- Aumento dei livelli qualitativi e quantitativi delle prestazioni sanitarie e sociosanitarie a livello territoriale;
- Revisione del livello di assistenza ospedaliera al fine di ridurre la mobilità passiva.

¹¹⁷ Ricercatore a Tempo Determinato, art. 24, c. 3, lett. b), Legge 240 del 2010, Dipartimento di Scienza dell'Economia, Università del Salento.

¹¹⁸ Ricercatore a Tempo Determinato, art. 24, c. 3, lett. b), Legge 240 del 2010, Dipartimento di Scienza dell'Economia, Università del Salento.

1. Il quadro di riferimento istituzionale

Nel corso degli ultimi anni, la Regione Puglia ha avviato un processo di riorganizzazione della sanità territoriale al fine di rispondere in modo efficiente ai bisogni degli utenti. Questo processo è stato avviato per affrontare la necessità di ridurre i tassi di ospedalizzazione, che hanno influenzato la promozione dei servizi di assistenza primaria e intermedia. Già nel 2015, con il decreto ministeriale n. 70 e la legge di stabilità del 2016, sono stati stabiliti nuovi standard qualitativi, tecnologici e quantitativi per armonizzare la gestione delle reti ospedaliere nazionali. Questi standard si basano su parametri di sicurezza, efficacia delle cure ed efficacia gestionale (Longo *et al.* 2023). In questo contesto normativo, l'evoluzione delle esigenze e delle aspettative degli utenti, influenzata principalmente dall'invecchiamento demografico, dalle sfide poste dai flussi migratori, dai progressi della scienza medica e dai cambiamenti culturali e sociali, ha portato alla creazione condivisa di nuovi modelli di assistenza e servizi di cura. Questi modelli attribuiscono al cittadino-paziente un ruolo attivo nella gestione della propria salute, incoraggiando e valorizzando il suo coinvolgimento diretto. Ciò si traduce nella raccolta di informazioni sul campo per garantire che i servizi rispondano in modo sempre più concreto alle reali esigenze degli utenti (Betti, 2022). Allo stesso tempo, il decreto ministeriale n. 77/2022 prevede per la prima volta una disciplina dettagliata dei livelli essenziali di assistenza territoriale, già contemplati dal decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri del 12 gennaio 2017 (Bobini *et al.* 2022). Questo decreto rappresenta una parte fondamentale della Missione 6 del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR). Il contesto regionale della Puglia, che rispecchia in scala ridotta la situazione nazionale, presenta alcune peculiarità che lo contraddistinguono da altre regioni. Ad esempio, dal punto di vista demografico, la popolazione anziana è leggermente inferiore alla media italiana e oltre il 30% è concentrata nell'area metropolitana di Bari. Tuttavia, si registra anche una tendenza allo spopolamento nelle zone montane della provincia di Foggia. Inoltre, la Puglia è una regione lunga in longitudine ma stretta in latitudine, il che comporta esigenze assistenziali diversificate. Ciò richiede una riflessione a livello di pianificazione, programmazione e

progettazione per individuare le modalità ottimali di configurazione dell'offerta sanitaria e sfruttare le opportunità offerte dalle tecnologie innovative per mantenere la popolazione collegata e coesa, nonostante la sua dispersione geografica (Betti, 2022).

2. La Governance

La Regione Puglia ha implementato un modello di governance che precede e prepara gli strumenti di pianificazione e programmazione strategica. Questo modello si articola su tre livelli (Vinci *et al.*, 2022): politico-istituzionale, strategico e operativo-gestionale. A livello superiore, la Giunta regionale e l'Assessorato alla Sanità stabiliscono le linee guida e adottano le normative necessarie per il contesto istituzionale in cui si collocano le azioni dei livelli successivi. Al livello intermedio, che include il Dipartimento di promozione della salute e del benessere animale e l'Agenzia strategica regionale per la salute e il sociale, le direttive politiche vengono tradotte in piani e programmi operativi. In questa fase si definiscono obiettivi, azioni e procedure di monitoraggio e valutazione. All'interno di questo livello, sono nominati i responsabili delle macroaree e delle aree specifiche per le funzioni di competenza regionale, che collaborano con i responsabili dell'Agenzia regionale all'interno di una Cabina di regia, coordinata dal Direttore del Dipartimento competente. Infine, il terzo livello è rappresentato dalle altre strutture degli enti del servizio sanitario regionale (ASL ed enti del servizio sanitario regionale), con il compito di realizzare gli obiettivi attraverso le azioni previste dal programma operativo.

3. Il Sistema delle cure primarie

L'obiettivo principale della riorganizzazione delle cure primarie, avviata in questa regione già dal 2007, è garantire il benessere delle persone in modo efficiente, evitando sprechi e offrendo percorsi di

cura e assistenza vicini al luogo di vita dell'assistito, in maniera organica e coordinata. Questo approccio punta a:

- riportare alcune prestazioni ambulatoriali e volumi di attività, attualmente fornite in contesti ospedalieri, all'interno delle cure primarie;
- trasferire le cure dall'ospedale alle comunità locali e agli ambienti di vita dell'assistito, o comunque in luoghi più vicini e accessibili;
- organizzare le cure primarie tramite team assistenziali composti da diverse figure professionali che lavorano in maniera integrata;
- adottare sistemi informativi specifici che consentano allerta, integrazione e feedback per i membri del team assistenziale;
- includere nel processo di riorganizzazione i medici di continuità assistenziale, integrandoli con l'introduzione del ruolo unico.

Con il passaggio dalla medicina reattiva alla medicina proattiva, i servizi dovranno essere orientati verso persone con bisogni complessi, come gli anziani fragili o chi soffre di malattie croniche. Il sistema dovrà prevedere un monitoraggio attivo degli assistiti, classificati in base al livello di gravità e rischio, sfruttando appieno le potenzialità delle nuove tecnologie.

Per quanto sopra e in ragione dei modelli organizzativi già sperimentati in Puglia e recepiti con DGR 2289/2007, attraverso il quale è stato introdotto il c.d. Centro Polifunzionale Territoriale (CPT), è garantita l'assistenza primaria secondo un modello organizzativo a complessità crescente a partire dall'aggregazione dei medici di famiglia (da un minimo di n. 7 ad un massimo di n.10 e quindi con una popolazione assistibile che varia da 10.500 pz a 15.000 pz) che assicurano, in una sede unica la continuità assistenziale H/12 (dalle ore 8.00 – alle ore 20.00). Questi CPT che presuppongono una sede unica all'interno del distretto con locali individuati dai Medici di Assistenza primaria o con locali messi a disposizione dalle AA.SS.LL., utilizzando gli Ospedali dismessi o riconvertiti, costituiscono sicuramente un modello organizzativo prodromico alla costituzione delle Aggregazioni Funzionali Territoriali (AFT) (quali formule aggregate mono professionali o delle Unità di Coordinamento delle Cure Primarie (UCCP) quali formule aggregate multiprofessionali. La principale

differenza tra AFT e UCCP risiede nella loro struttura e nel diverso livello di servizi offerti. Di conseguenza, cambia anche il target di pazienti a cui sono rivolti. Le UCCP, infatti, sono progettate per prendersi cura dei pazienti con bisogni assistenziali più complessi, come i pazienti cronici con patologie complesse, individuati tramite una stratificazione concordata e seguendo percorsi differenziati (Chronic Care Puglia 3.0). Il follow-up può essere più o meno specialistico, in base al livello di complessità del paziente. Un ruolo cruciale è svolto dalle segnalazioni dei medici di medicina generale e dalle schede di dimissione ospedaliera, che alimentano i registri distrettuali dei pazienti con malattie croniche. Inoltre, l'assistenza specialistica ambulatoriale dedicata può rappresentare un ulteriore valore aggiunto.

In questo contesto, un aspetto chiave è la fornitura di alcune risorse da parte del sistema pubblico per garantire il funzionamento sia dei CPT sperimentali che, in futuro, delle AFT o UCCP, in conformità alle normative che disciplinano la realizzazione di queste forme di assistenza integrata. A tale riguardo si rimanda a quanto stabilito dal recente Decreto firmato dal Ministero della Salute con il quale sono state stanziati risorse economiche rivenienti dall'art. 20 della legge 11 marzo 1988, n. 67, nell'ambito delle accantonate con deliberazione CIPE n. 51 del 24 luglio 2019, per far fronte al fabbisogno di apparecchiature sanitarie finalizzate a garantire l'espletamento delle prestazioni di competenza dei Medici di medicina generale e dei Pediatri di libera scelta, al fine di migliorare il processo di presa in carico dei pazienti e conseguentemente di ridurre di il fenomeno delle liste di attesa. Nell'ambito degli accordi integrativi regionali, saranno definite le attività assistenziali all'interno quali saranno utilizzati i dispositivi medici di supporto in ragione degli obiettivi prioritari di politica sanitaria regionale e nazionale.

In questo quadro normo regolamentare l'obiettivo da conseguire, seppur in una fase sperimentale, è quella di costituire all'interno di ogni distretto per il tramite del responsabile delle cure primarie, che dovrà garantire principalmente per i propri residenti, l'organizzazione delle proprie articolazioni di Medici di Medicina Generale (MMG), di Pediatri di Libera Scelta (PLS), di Continuità Assistenziale (CA), riabilitazione, di specialistica, di Assistenza Domiciliare Integrata (ADI)

e di Ospedale di comunità, tanto da costituire una rete delle cure primarie, che intercetti i bisogni assistenziali. Per rete s'intende un insieme di funzioni, di operatività di produzioni che si collegano l'una con l'altra secondo una impostazione non gerarchica e sulla base di interessi comuni perseguiti nell'interesse precipuo dell'assistito. Ogni congiunzione o nodo rappresenta una funzione che è in grado di produrre quel bene tangibile in modo distintivo evitando all'interno della rete doppioni o sprechi, e diventare punto di fiducioso riferimento per la sua attività specifica all'interno della rete. Altro concetto fondamentale connesso alla organizzazione di rete è rappresentato dall'idea che ogni nodo "possa offrire servizio ai servizi". I nodi della rete saranno in grado proprio per la qualità di competenze professionali acquisite e maturate, di assolvere alla risposta di salute in modo completo e risolutivo senza riversare su altri servizi vicini o lontani.

4. Azioni mirate in Terra d'Otranto

4.1. I Centri Polifunzionali Territoriali (CPT)

Il CPT, da allocarsi, secondo la programmazione regionale, prevalentemente in ambiti territoriali sprovvisti di PTA e di qualsiasi altro presidio sanitario, prevede:

- Forma associativa complessa CPT (ex art. 5 AIR DGR 2289/2007)
- Numero dei medici componenti: da 7 a 10;
- Popolazione assistita: 10.500/15.000 unità;
- Personale infermieristico obbligatorio. In rapporto al numero degli assistiti in carico e comunque almeno 20 ore settimanali;
- Collaboratori di studio obbligatorio. In rapporto al numero degli assistiti in carico e comunque almeno 15 ore settimanali.

All'interno di ogni CPT devono essere inclusi le seguenti aggregazioni funzionali.

Specialistica Ambulatoriale. Possibilità di ospitare almeno 5 specialisti tra le specialità di seguito riportate: cardiologia, ortopedia, reumatologia, geriatria, endocrinologia; diabetologia e oculistica. Le ore saranno bandite ed assegnate con destinazione vincolata c/o uno o più CPT, in relazione alla prevalenza epidemiologica delle patologie. All'interno dei CPT potranno essere garantite le prestazioni di specialistica ambulatoriale richieste dai medici di Assistenza primaria oltre alla diagnostica di primo livello (visite, ecografie). Le modalità di presa in carico e di prenotazione sarà garantita dal collaboratore di studio mentre le modalità erogative saranno garantite con gli stessi criteri utilizzati per le strutture pubbliche. A tale riguardo i pazienti prima di accedere alle prestazioni dovranno assolvere all'obbligo del pagamento del Ticket c/o le casse ticket degli ospedali o CUP ed esibire la ricevuta di avvenuto versamento. Gli esiti e le valutazioni economiche di tale programmazione al momento non sono quantificabili, ma in ogni caso, avrebbe effetti positivi, a parità di domanda, sull'abbattimento delle liste d'attesa, sulla prossimità della erogazione dei servizi (è l'offerta che si sposta in prossimità della domanda), con contestuale riduzione della domanda verso gli erogatori privati e conseguentemente contenimento anche dei budget assegnati per i tetti di spesa.

Continuità assistenziale. In particolare, considerando una nuova riorganizzazione e suddivisione delle sedi di CA, in via sperimentale si prevede la costituzione di una Continuità assistenziale residenziale inserita all'interno della stessa sede del CPT. Questa ipotesi servirebbe anche a garantire la sicurezza delle sedi di CA che spesso sono state oggetto di aggressioni. La continuità dell'assistenza è un concetto fondamentale nell'ambito dell'offerta sanitaria, rende operativa concreta la garanzia assistenziale del cittadino ovunque esso si trovi e nell'arco delle 24 ore. La CA assicura al cittadino l'assistenza notturna, prefestiva e festiva erogata, equivalente alla stessa che nelle 12 ore diurne dei giorni feriali viene fornita dal Medico di Assistenza primaria. I dati dimostrano che la continuità assistenziale è attivata soprattutto

per prestazioni ritenute “urgenti” dai richiedenti, ma tuttavia differibili. L’introduzione del ruolo unico di cui alla L. 189/2012, induce ad avviare una sperimentazione innovativa della CA per renderla, nel tempo omogenea all’attività dei Medici di Assistenza Primaria in un disegno complessivo di assistenza H24 reale e sostenibile. Organico medici di CA uguale a 5 medici per postazione. Da questo punto di vista i medici facenti parte del CPT che hanno in atto un doppio rapporto saranno autorizzati a trasferire il loro incarico all’interno della sede del CPT. Le altre ore fino alla concorrenza di n. 5 medici (quale numero minimo per postazione) saranno bandite come ore carenti. L’ipotesi da pianificare in forma sperimentale e all’interno della stessa sede è quella di prevedere una Continuità assistenziale “leggera”. La definizione di leggera indica anche una attività diurna e residenziale e finalizzata ad assicurare una assistenza sanitaria ed una risposta ai bisogni reali della popolazione sostenibile con le risorse disponibili. La continuità assistenziale leggera dovrà coprire la fascia diurna dalle ore 8.00 alle ore 20.00. Questo “presidio” dovrà accogliere nell’avviamento iniziale, le richieste della popolazione assistita dai medici facenti parte del CPT. La continuità dell’assistenza deve costituire un concetto fondamentale nell’ambito dell’offerta sanitaria, tanto da rendere concreta e visibile la percezione da parte del cittadino della garanzia dell’assistenza ovunque esso si trovi (territorio od ospedale) e nell’arco delle 24 ore. L’obiettivo della C.A. leggera sarebbe quello di mantenere la continuità ininterrotta dell’assistenza in forma ambulatoriale ed in ambiente protetto, mentre la visita domiciliare dovrebbe essere dettata dalla indifferibilità o dall’urgenza come avviene per i medici di famiglia durante le 12 ore diurne feriali.

Prelevi. Un altro obiettivo della sperimentazione è quello di implementare all’interno dei CPT l’attività di “prelievo” per esami di patologia clinica da indirizzare negli ambulatori pubblici, nel rispetto della circolare ministeriale n. 3 dell’8 maggio 2003, che detta le indicazioni e le cautele che devono essere assicurate nella fase di trasporto dei campioni e dei reperti biologici idonei a garantire l’affidabilità dei risultati e la protezione igienica. Tale previsione si rende necessaria al fine consentire anche una forma di presa in carico del paziente da parte dei MMG, produrre economie di scala ed

ottimizzare l'uso delle risorse, nonché di favorire una maggiore efficienza delle strutture pubbliche in termini di riduzione dei tempi di consegna del referto ed alimentare il fascicolo elettronico.

4.2. Assistenza Domiciliare Integrata (ADI) e le Residenze Sanitarie Assistenziali (RSA)

La Regione sta lavorando per approvare il Regolamento sull'Assistenza Domiciliare Integrata (ADI), come richiesto dalla legge regionale n. 9/2017, entro il 31/12/2021. A tal fine, è stato istituito un Tavolo regionale che coinvolge i Direttori dei Distretti sociosanitari. Con il Regolamento, verrà definito anche il fabbisogno pubblico e privato in collaborazione con le Aziende Sanitarie Locali. Attualmente, i lavori del Tavolo sono ancora in corso. La Regione ha inoltre l'intenzione di pubblicare un documento per uniformare la registrazione e l'implementazione dei dati che successivamente vengono trasmessi attraverso i flussi informativi. Questo intervento sarà completato entro il 31.12.2020. Per quanto riguarda la presa in carico dei pazienti, l'obiettivo di aumentare la percentuale di pazienti in carico del 15% a livello regionale, inizialmente previsto per il 2020, non potrà essere raggiunto a causa dell'emergenza COVID-19. Tuttavia, si prevede di raggiungere questo obiettivo nel corso del 2021, tenendo conto delle risorse disponibili derivanti dai risparmi su altre voci di spesa.

Con il R.R. n. 6/2019 sono stati stabiliti i requisiti strutturali, tecnologici e organizzativi delle Residenze Sanitarie Assistenziali di tipo 1 (RSA R1) e il numero di posti letto necessari nel territorio regionale. È stato programmato un totale di 322 posti letto di RSA R1 di proprietà pubblica, preferibilmente all'interno dei Presidi Territoriali di Assistenza. Questi posti letto sono destinati a fornire assistenza sanitaria residenziale a soggetti con patologie non acute che richiedono trattamenti intensivi specializzati, come ventilazione meccanica, nutrizione artificiale prolungata e cure ad alto impegno (ad esempio, pazienti con gravi problemi respiratori o malattie neurodegenerative progressive). I posti letto previsti nella programmazione regionale sono stati assegnati alle diverse Aziende

Sanitarie Locali, come indicato nella tabella allegata. Per la gestione delle RSA R1, il R.R. n. 14/2015 prevede che le Aziende Sanitarie Locali adottino soluzioni gestionali efficienti dal punto di vista tecnico ed economico, inclusa l'eventuale collaborazione con soggetti privati, in conformità con la normativa vigente in materia di gestione dei servizi pubblici. La tariffa di riferimento regionale per la degenza giornaliera nelle RSA R1 è stata stabilita dalla DGR n. 2449/2019 ed è pari a € 95,66 per utente al giorno.

Tabella 1. Le RSA in Terra d'Otranto

ASL	SEDE	Posti letto di RSA R1
BR	San Pietro Vernotico (PTA)	20
LE	Maglie (PTA)	24
LE	Gagliano Del Capo (PTA)	20
LE	Nardó (PTA)	20
LE	Poggiardo (PTA)	28
TA	Mottola (PTA)	40
TOT posti		152

4.3 L'assistenza ospedaliera

Il riordino della rete ospedaliera ai sensi del Decreto Ministeriale 70/2015 aveva già definito gli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera. Il decreto ha richiesto alle regioni di ridurre la dotazione dei posti letto ospedalieri accreditati, mantenendo un tasso non superiore a 3,7 posti letto per mille abitanti, inclusi 0,7 posti letto per mille abitanti per la riabilitazione e la lungodegenza post-acuzie. Nella regione Puglia, il riordino ospedaliero è stato approvato con il Regolamento regionale 23/2019, in conformità al Decreto Ministeriale 70/2015 e alle Leggi di Stabilità 2016-2017. L'obiettivo è riqualificare l'attività ospedaliera, tenendo conto dei volumi e degli esiti per le principali patologie, dove

è dimostrato che aumentando i volumi si riducono le complicità. La letteratura anglosassone e il Piano Nazionale Esiti (PNE) evidenziano che la concentrazione di alcune casistiche, come quelle oncologiche, chirurgiche e internistiche, porta a migliori risultati. L'esperienza maturata con le reti Hub & Spoke già operative nella regione Puglia conferma questa prospettiva. Sono state stabilite soglie minime di riferimento per facilitare il processo di concentrazione dei casi e garantire volumi sufficienti a migliorare i risultati clinici. L'obiettivo è rafforzare la rete ospedaliera, incrementando i posti letto destinati a pazienti acuti, alla riabilitazione e alla lungodegenza, fino a raggiungere il massimo previsto dal Decreto Ministeriale 70/2015. Nello specifico, la distribuzione dei posti letto prevede 474 per acuti, 123 per la riabilitazione e 658 per la lungodegenza. Un successivo provvedimento della Giunta regionale stabilirà la distribuzione dei posti letto per ogni singola struttura, favorendo una programmazione orientata per Area Vasta.

In seguito, il riordino della rete ospedaliera per la gestione dell'emergenza COVID-19 ha consentito di potenziare i posti letto delle strutture ospedaliere per far fronte alla pandemia. Nella seconda fase, è stato disciplinato il riordino della rete ospedaliera in emergenza COVID-19, integrando la rete di assistenza ospedaliera regionale Hub & Spoke. È stata prevista la creazione di posti letto negli ospedali per affrontare l'aumento dei casi di COVID-19, garantendo la separazione dei percorsi tra l'attività ordinaria e l'emergenza. La dotazione complessiva dei posti letto della Regione Puglia è stata ridefinita in conformità al Decreto Legge 34/2020, con un aumento dei posti letto di terapia intensiva e malattie infettive. Il provvedimento di definizione della rete ospedaliera è stato adottato con le deliberazioni di Giunta regionale e successivamente approvato dal Ministero della Salute. È previsto un monitoraggio periodico dello stato di avanzamento del riordino della rete ospedaliera.

4.4 Le reti cliniche

Le reti cliniche, che rappresentano un tema di grande importanza nel dibattito sul futuro del sistema sanitario, sono state introdotte come parte della riorganizzazione dei modelli organizzativi del sistema ospedaliero. Questo approccio mira a integrare le cure e a organizzare i servizi in modo più efficiente. Negli ultimi anni, in Italia si è assistito a un aumento dell'uso delle reti cliniche come strumento per migliorare l'integrazione delle cure e promuovere l'efficienza gestionale e decisionale. Tuttavia, nonostante molte reti cliniche siano state istituite e abbiano dimostrato di essere efficaci, molte di esse devono ancora essere pienamente integrate attraverso la definizione di protocolli condivisi e la chiara definizione dei ruoli degli attori coinvolti.

In Puglia, così come in Terra d'Otranto, il tema delle reti cliniche è stato affrontato già nel 2003, con l'istituzione di reti per le malattie rare e i trapianti. Successivamente, nel Piano Regionale di Salute 2008-2010, sono state individuate reti strategiche per patologie come l'infarto acuto del miocardio, l'ictus, il cancro, la neonatologia, la dialisi e le cure palliative. Il Decreto Ministeriale 70/2015 prevede l'articolazione delle reti per patologie e tempi di cura, che integrano le attività ospedaliere acute e post-acute con quelle territoriali. Queste reti includono patologie come l'infarto, l'ictus, il trauma, la neonatologia, le malattie rare, l'oncologia, la pediatria, i trapianti e la terapia del dolore. L'obiettivo è definire ulteriori reti cliniche in base alle esigenze di salute della popolazione pugliese e monitorarne l'effettiva implementazione tramite audit trimestrali. Questo processo fornirà anche indicazioni per la ridefinizione della rete ospedaliera e l'integrazione ospedale-territorio.

5. L'obiettivo del governo dell'offerta sanitaria: il contenimento della mobilità passiva extraregionale

Il governo dell'offerta e il contenimento della mobilità passiva extraregionale rappresentano una delle principali problematiche del

Servizio Sanitario Regionale della Puglia. Questo fenomeno ha un impatto significativo sulla qualità della vita dei pazienti che scelgono di rivolgersi a strutture sanitarie al di fuori della regione per le loro cure, e sulla sostenibilità finanziaria complessiva del sistema sanitario pugliese. I dati riguardanti la mobilità passiva ospedaliera mostrano un valore economico considerevole, ma gli sforzi finora compiuti per contenere questo fenomeno sono stati frammentari e non sufficienti a invertire il trend.

Per affrontare in modo sistemico le cause strutturali di questo problema, la Regione ha identificato una serie di azioni:

- a) Garantire l'uniformità e l'accessibilità delle cure su tutto il territorio regionale;
- b) Riorganizzare la rete dell'offerta sanitaria attraverso una programmazione strutturata degli standard clinico-assistenziali, per garantire la continuità delle cure e l'aderenza terapeutica;
- c) Gestire la domanda di salute istituendo reti cliniche specifiche per le diverse patologie, assicurando l'adozione di standard di qualità clinico-assistenziali e il rispetto dei vincoli economico-finanziari. Questo processo richiederà la razionalizzazione della rete dell'offerta e l'adozione di nuovi modelli organizzativi e gestionali ispirati al *lean management* (Benvenuto *et al.*, 2020).
- d) Potenziare l'attenzione alle esigenze di salute dei cittadini e personalizzare le cure.

La Regione è consapevole della necessità di intervenire con maggiore determinazione sulle cause strutturali del fenomeno, anche sfruttando le lezioni apprese dalla recente pandemia da COVID-19. Per fare ciò, sarà necessario utilizzare strumenti di governo clinico come le reti cliniche di patologia e i Percorsi Diagnostico-Terapeutici-Assistenziali e Riabilitativi (PDTA-R). Nel biennio 2020-2021, si concentreranno gli sforzi sulla mobilità passiva ospedaliera extraregionale nelle aree considerate strategiche per invertire il trend: oncologia, malattie rare e malattie croniche.

