

Osservatorio sui sistemi sanitari

La situazione della Regione Puglia*

La nuova sanità territoriale: realtà o illusione?

Francesco Fabrizio Tuccari** e Marco Benvenuto***

SOMMARIO: 1. Premessa. – 2. Il quadro di riferimento. – 3. Verso un modello pugliese di sanità territoriale. – 4. Profili di *governance*. – 5. Le misure d'intervento e la loro attuazione. – 6. *Governance* e *performance* aziendale: un collegamento necessario e non più rinviabile. – 7. Considerazioni finali (ma non conclusive).

1. Premessa

In occasione dell'emergenza pandemica da COVID-19 la necessità di rafforzare il sistema di assistenza territoriale ha assunto una nuova rilevanza, come risulta dal c.d. Decreto Rilancio¹, il quale contiene una serie di disposizioni finalizzate a implementare il complesso delle prestazioni assistenziali sanitarie e sociosanitarie.

La pandemia, ufficialmente conclusasi nei mesi scorsi², ha riportato al centro del dibattito, pubblico e specialistico interno alle varie discipline (giuridiche, economiche, medico-sanitarie, *etc.*), la necessità di un intervento rinnovatore nei confronti di alcuni elementi chiave del SSN italiano; e ciò anche in considerazione delle transizioni demografica ed epidemiologica in atto, entrambe foriere di una sempre crescente domanda di salute e di

* Lo scritto costituisce una rielaborazione dell'intervento svolto da Francesco Fabrizio Tuccari nella Giornata di studio "La nuova sanità territoriale: realtà o illusione?" (Milano, 26 aprile 2023), promossa dall'Università Cattolica del Sacro Cuore a conclusione della seconda edizione del Corso di perfezionamento in "Organizzazione e gestione delle Case della Comunità" e nell'ambito del PRIN 2020 "Il diritto costituzionale della salute e dell'organizzazione sanitaria dopo l'emergenza della pandemia". Il lavoro, nella sua attuale consistenza, è il frutto di una riflessione comune ai due autori. Fermo restando l'opportuno coordinamento, si devono a Francesco Fabrizio Tuccari i § 1, 4, 5 e 7, e a Marco Benvenuto i § 2, 3 e 6.

** Professore ordinario di Diritto amministrativo nell'Università del Salento.

*** Ricercatore universitario di Economia Aziendale nell'Università del Salento.

¹ D.l. 19 maggio 2020, n. 34 «Misure urgenti in materia di salute, sostegno al lavoro e all'economia, nonché di politiche sociali connesse all'emergenza epidemiologica da COVID-19», convertito con modificazioni dalla l. 17 luglio 2020, n. 77.

² Com'è noto, il 5 maggio 2023 l'Organizzazione Mondiale della Sanità ha dichiarato cessato lo stato di emergenza sanitaria internazionale causato dal diffondersi della pandemia da Covid-19.

bisogni articolati e complessi, la quale postula una pronta ed efficace risposta in termini di servizi integrati da erogare, in particolare ma non soltanto, attraverso la rete di assistenza territoriale.

Il *setting* assistenziale appropriato nei confronti dei pazienti che necessitano di continuità nella presa in carico (come, a titolo meramente esemplificativo, soggetti cronici, disabili e anziani) è quello delle cure primarie e di prossimità, le quali debbono poter offrire una presa in carico soddisfacente delle esigenze del paziente, a domicilio o comunque nell'ambito della comunità di riferimento, anche attraverso interventi di educazione, prevenzione e promozione della salute.

Costituisce fatto notorio che i sistemi sanitari contraddistinti da una forte attenzione ai modelli organizzativi e ai meccanismi funzionali di cure primarie e di prossimità producono migliori *outcome* di salute per la popolazione; e che quei sistemi, se caratterizzati da un'assistenza di prossimità capillare, garantiscono la continuità di cura della comunità sottostante, nella prospettiva di una maggiore equità dell'accesso ai servizi di base e della loro distribuzione, con conseguente innalzamento del livello della qualità, sia percepita, sia (soprattutto) reale, delle prestazioni erogate nei confronti degli utenti.

Le lezioni apprese a seguito dell'emergenza pandemica mostrano come la nuova sanità territoriale debba fare necessariamente i conti con una serie di variabili dipendenti che incidono sensibilmente sugli aspetti qualitativi e quantitativi dei livelli delle prestazioni sanitarie, quali in particolare la collocazione geografica e le condizioni socio-economiche delle varie regioni italiane, nonché la capacità di saper integrare tra loro i servizi ospedalieri, sanitario-territoriali e sociali.

L'altro snodo nevralgico messo in luce dall'esperienza pandemica consiste nella necessità di individuare e utilizzare soluzioni tecnologiche e digitali a supporto dei servizi sanitari e sociosanitari nei diversi possibili *setting* assistenziali; questi ultimi da intendersi quali strumenti funzionali, da un lato, alla presa in carico del paziente a domicilio e, dall'altro, all'osmotica interazione tra conoscenze, competenze e professionalità anche molto diverse tra loro.

Queste prime considerazioni trovano puntuale e piena conferma nel contenuto della componente 1, e in parte anche della componente 2, della Missione 6 del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (d'ora in avanti, PNRR), le quali mirano a potenziare e a rendere quanto più omogenea possibile l'offerta della rete territoriale su tutto il territorio nazionale attraverso interventi normativi e strutturali tesi a fornire una risposta appropriata e adeguata ai bisogni di salute della comunità, mettendo ulteriormente a punto i vari aspetti sin qui accennati e, soprattutto, slegandoli dai possibili condizionamenti delle menzionate variabili territoriale e socio-economica.

In questa prospettiva la via maestra sembra essere senz'altro quella di interfacciare tra loro le attività di pianificazione, programmazione e controllo dell'utilizzo delle risorse, disciplinando accuratamente e intelligentemente i sottostanti processi amministrativi di attuazione.

È possibile affermare, allora, che la riorganizzazione del sistema in esame, la quale non può che passare dalla reciproca integrazione dei diversi tipi di assistenza (sanitaria, ospe-

daliera, territoriale e sociale), costituisce oggi uno degli obiettivi prioritari di politica sanitaria verso cui tendere per poter affrontare al meglio le attuali sfide poste dalle transizioni in atto (ecologica, digitale, etc.) che stanno modificando, in maniera tanto rapida quanto profonda, il quadro di riferimento degli ultimi decenni e proiettando persone, società e istituzioni verso nuove e più avanzate frontiere che rappresenteranno il parametro di riferimento, di vita e di lavoro, dei prossimi decenni.

Diventa quasi giocoforza, dunque, esaminare i vari contesti regionali accostandovisi con un approccio metodologico di tipo induttivo (Vinci, S., et al. 2022).

2. Il quadro di riferimento

La Regione Puglia, in questi ultimi anni, ha avviato un processo di riassetto della sanità territoriale per rispondere in maniera efficiente ed efficace ai bisogni degli utenti.

Punto di partenza di questo processo è la constatata necessità di ridurre i tassi di ospedalizzazione che nel decennio appena trascorso hanno condizionato non poco la promozione dei servizi di assistenza primaria ed intermedia.

Già con il d.m. n. 70 del 2015 e la legge di stabilità 2016³ erano stati individuati nuovi *standard* qualitativi, tecnologici e quantitativi per armonizzare la gestione delle reti ospedaliere nazionali secondo principi di attuazione legati a parametri di sicurezza, efficacia di cura ed efficacia gestionale (Longo, F., et al. 2023).

All'interno di questa cornice normativa, il mutamento dei bisogni e delle aspettative degli utenti – dovuto principalmente al processo di invecchiamento della popolazione e alle criticità connesse ai flussi migratori, allo sviluppo della scienza in campo medico e all'evoluzione culturale e sociale – ha spinto verso la costruzione di nuovi modelli di assistenza e di erogazione dei servizi di cura (ad es., reti cliniche e percorsi diagnostici terapeutici assistenziali) che riconoscono in capo al cittadino-paziente, promuovendolo e valorizzandolo, un ruolo proattivo nella gestione della propria salute; ruolo, questo, che si traduce nella raccolta sul campo e dal vivo di tutte le informazioni utili a far sì che il servizio risponda concretamente, sempre più e meglio, alle reali esigenze della platea degli utenti (Betti, M., 2022).

Al contempo, il d.m. n. 77/2022, che sotto questo profilo costituisce una sorta di perno delle menzionate componenti 1 e 2 della Missione 6 del PNRR, si è fatto carico di prevedere per la prima volta un'analitica disciplina dei livelli essenziali di assistenza territoriale già contemplati dal d.p.c.m. del 12 gennaio 2017⁴ (Bobini, M., et al. 2022).

³ Cfr., in particolare, art. 1, comma 526, l. n. 208/2015.

⁴ Capo III - artt. 3-20.

Il contesto regionale pugliese, che riflette sostanzialmente in scala ridotta il dato nazionale⁵, fa tuttavia registrare alcune peculiarità che lo connotano e lo contraddistinguono da altre realtà regionali, come anzitutto quelle di ordine demografico, consistenti nel fatto che la popolazione ultrasessantacinquenne risulta leggermente al di sotto della media italiana ed è concentrata per oltre il 30% nell'area metropolitana di Bari, mentre si registra una tendenza allo spopolamento soprattutto nelle zone montane del foggiano.

A tanto si aggiunga la non secondaria circostanza che la Puglia è una regione molto estesa in longitudine e poco in latitudine, sicché le esigenze assistenziali, ferme restando le fisiologiche comunanze, ben possono presentarsi diversificate tra loro, come in effetti spesso lo sono state e lo sono tuttora, proprio in ragione di questa particolare conformazione territoriale.

Ciò comporta la necessità di riflettere, a livello sia pianificatorio sia programmatico sia progettuale, sull'individuazione delle modalità ottimali di configurazione delle case di comunità e sulle notevoli opportunità offerte dalle tecnologie innovative per tenere collegata e coesa la popolazione fisicamente disseminata sul territorio.

⁵ In base ai dati elaborati dall'Ufficio statistico regionale al 1° gennaio 2021 «la popolazione residente in Puglia ammonta a 3.933.777 con una lieve prevalenza di donne (51,4%) rispetto agli uomini (48,6%). Si conferma un graduale invecchiamento della popolazione legato sia all'aumento della speranza di vita che alla riduzione della natalità. La popolazione della Puglia per fasce d'età ripercorre in maniera molto simile la composizione della popolazione italiana con una percentuale di over 65 che ammonta al 23,1%, di poco più bassa alla percentuale nazionale (23,5%). I principali indici demografici per la popolazione Pugliese e relativo confronto con la popolazione italiana. Inoltre, nella regione sono presenti differenze territoriali nella proporzione di over 65: di tutti gli over 65 della regione il 30,4% risiede nella provincia di Bari e la percentuale è minima nella provincia della Bat dove gli ultrasessantacinquenni rappresentano l'8,5% degli ultra65enni pugliesi. Con maggior dettaglio, la proporzione di persone nelle fasce di età 65-74, 75-84 e 85+ anni, sul totale della popolazione residente, pari rispettivamente all'11,9%, 7,8% e 3,4%, in linea con il dato nazionale. In Puglia, come anche per l'Italia, evidente l'aumento del peso della componente femminile sul totale dei residenti all'aumentare dell'età, in particolare nel sottogruppo di popolazione dei "grandi anziani" (85+anni). Tra gli ultrasessantacinquenni, la popolazione di residenti rispetto al totale della popolazione pugliese varia dal 7,0% nella provincia di Bari al 2,0% e 2,3%, rispettivamente nella provincia della Bat e di Brindisi. La speranza di vita alla nascita nel 2021 per i cittadini della Puglia risulta di 81,8 anni, con una differenza per genere di 4,5 anni a favore delle donne (84,1 vs 79,6) mentre l'indice di vecchiaia ammonta a 181,1% indicando che vi sono 1,8 over 65 per ogni cittadino nella fascia 0-14 anni. La percentuale di over 65 ammonta al 23,1% e il 30,4% risiede nella provincia di Bari. La speranza di vita alla nascita e la speranza di vita a 65 anni, secondo il dato più recente stimato del 2021, sono di poco inferiori ai valori nazionali. Si conferma anche per la Puglia che la speranza di vita sia alla nascita che a 65 anni è maggiore nelle donne che negli uomini. Gli indici di vecchiaia, di dipendenza anziani e di dipendenza strutturale al 1° gennaio 2021 presentano valori inferiori rispetto alla media nazionale. L'indice di vecchiaia mostra, in Puglia, un costante aumento. Se riportiamo l'analisi del framework legislativo all'analisi epidemiologica della Regione Puglia evidenzia che, dal punto di vista demografico, l'indice di vecchiaia e l'indice di dipendenza strutturale sono cresciuti con una pendenza maggiore rispetto ai valori italiani e delle altre regioni del sud. Nel biennio 2020-2021, in Puglia, la percentuale di soggetti con almeno una cronicità è confrontabile con quella del dato nazionale nella fascia 18-69 anni mentre risulta più alta nella fascia degli ultra64enni. In particolare, nelle persone con più di 64 anni, è maggiore la percentuale di soggetti con due o più patologie croniche. Da qui si intravede corretta simmetria informativa con particolare riferimento agli interventi dei decreti richiamati, nell'ambito del processo complessivo di revisione della programmazione dell'assistenza territoriale».

3. Verso un modello pugliese di sanità territoriale

In Puglia, come nel resto del sistema-Paese, il primo e poizore obiettivo di politica sanitaria consiste nella riorganizzazione e nella reciproca integrazione delle varie forme assistenza, al fine di rispondere in maniera ottimale ai bisogni di salute della popolazione. La Regione Puglia, in attuazione del vigente quadro giuridico nazionale di riferimento⁶ ha ridisegnato e potenziato la rete di assistenza territoriale nella sua interezza mediante l'individuazione delle strutture (Ospedali di comunità, Case della comunità e Centrali operative territoriali), dando così concreto séguito al d.m. n. 77/2022 che ne aveva già definito i modelli organizzativi, gli *standard* e le principali tematiche connesse ai dettami del PNRR, considerando gli interventi in un'ottica più ampia ed integrata anche attraverso l'analisi di strumenti e ruoli trasversali propedeutici al potenziamento dell'assistenza territoriale.

Ne esce rafforzato, in questo modo, il ruolo strategico della programmazione regionale; mentre, per quel che concerne la riorganizzazione della rete distrettuale, la Regione Puglia ha predisposto una ricognizione delle attività e servizi resi dai singoli Distretti socio-sanitari, per definire puntualmente la nuova rete ai sensi del d.m. n. 77/2022.

Quanto all'assistenza domiciliare, invece, si attende l'emanazione di un apposito regolamento regionale, anch'esso attuativo del d.m. n. 77/2022, a definizione del nuovo modello organizzativo che, nel rispetto delle indicazioni impartite dall'Accordo Stato – Regioni, sia conforme alle procedure di accreditamento istituzionale ivi previste.

Seguendo le proposizioni di metodo di cui in premessa⁷, sembra opportuno tracciare qui di séguito un quadro sinottico delle principali aree di intervento attraverso la disamina dei profili di *governance* e degli interventi attuativi del d.m. n. 77/2022 in Puglia⁸.

⁶ Framework legislativo, fonte ns. rielaborazione su dati Regione Puglia.

Fonte Primaria	Ambito	Status
Art. 1 decreto-legge 19 maggio 2020 n. 34, conversione legge n. 77 del 17 luglio 2020	Piano di Potenziamento e Riorganizzazione della Rete Assistenziale Territoriale, Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza – (PNRR)	Approvazione Piano
Intesa Stato-Regioni n. 17/CSR del 20/02/2020	Requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi minimi dell'Ospedale di Comunità	Recepimento regionale
Intesa Stato Regioni, ai sensi dell'articolo 8, comma 6 della legge 5 giugno 2003, n. 131, in attuazione dell'articolo 1, comma 406, della legge 30 dicembre 2020, n. 178". Rep. Atti n. 151/CSR del 04/08/2021	Proposta di requisiti strutturali, tecnologici e organizzativi minimi per l'autorizzazione all'esercizio e requisiti ulteriori per l'accreditamento delle cure domiciliari	Recepimento regionale

⁷ V. *supra*, § 1.

⁸ Cfr. Delibera di Giunta regionale 14 dicembre 2022, n. 1868 «Approvazione schema di regolamento regionale avente ad oggetto: "Definizione di modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale ai sensi del DM 77/2022"».

4. Profili di governance

La Regione Puglia, da oltre dieci anni sottoposta a piano di rientro⁹ e a causa del mancato raggiungimento di alcuni obiettivi ai conseguenti programmi operativi triennali¹⁰, ha approntato un modello di *governance* che precede e prepara gli strumenti di pianificazione e programmazione strategica e che contribuisce a più e meglio definire, condividendoli con gli enti del servizio sanitario regionale, gli obiettivi tanto di sistema quanto operativi. Questo modello, il cui impianto è comune alla maggior parte delle esperienze regionali contraddistinte dalla presenza del piano di rientro e dei programmi operativi, si articola su tre livelli (politico-istituzionale, strategico e operativo-gestionale), in ciò differenziandosi dall'impostazione seguita sia dalle regioni non sottoposte a piano di rientro e a programma operativo¹¹ sia dalle regioni che, pur se sottopostevi, sono di più circoscritte dimensioni territoriali; regioni, le une e le altre, in cui si registra la riduzione del numero dei livelli da tre a due in conseguenza del tendenziale accorpamento del livello strategico a quello operativo-gestionale¹².

Nella declinazione pugliese di questo modello di *governance*, il primo livello (costituito dalla Giunta regionale e dall'Assessorato alla Sanità), individua, delinea e impartisce gli indirizzi e adotta gli strumenti normativi di definizione del perimetro istituzionale al cui interno sono previste le azioni di pertinenza dei livelli successivi.

⁹ «Con Deliberazione della Giunta Regionale - DGR 2624/10 del 30 novembre 2010 la Regione Puglia ha recepito l'Accordo con il Ministero della Salute e con il Ministero dell'Economia, sottoscritto in data 29 novembre 2010, per l'approvazione di un Piano di riqualificazione, riorganizzazione e di individuazione degli interventi (c.d. Piano di rientro), al fine di ottenere la riattribuzione del maggiore finanziamento (pari a circa 500 mln di euro) non assegnato a causa del mancato rispetto del Patto di Stabilità interno e per l'assistenza domiciliare e residenziale. Con DGR 1403/14 del 7 luglio 2014 è stato approvato il Programma Operativo 2013-2015. Considerato il mancato raggiungimento di alcuni obiettivi del Programma Operativo 2013-2015 e verificata una situazione di strutturale squilibrio economico-finanziario del sistema sanitario regionale, la Regione ha provveduto a presentare il Programma Operativo 2016-2018, che, dopo diverse integrazioni e modifiche richieste dai Tavoli è stato approvato con DGR 129 del 6/02/2018». Fonte: Ministero della Salute, Piani di Rientro dal disavanzo sanitario.

¹⁰ «I programmi operativi di riorganizzazione, di riqualificazione, di potenziamento del Servizio sanitario regionale nascono con la Legge finanziaria del 2005 (Legge 311/2004) e sono allegati ad accordi stipulati dai Ministri della salute e dell'economia e delle finanze con le singole Regioni. I Piani devono contenere sia le misure di riequilibrio del profilo erogativo dei Livelli essenziali di assistenza (LEA) per renderle conformi con la programmazione nazionale e con il vigente decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri di fissazione dei LEA, sia le misure per garantire l'equilibrio di bilancio sanitario. In caso di mancato raggiungimento degli obiettivi, i Piani di rientro proseguono secondo programmi operativi di durata triennale. Attualmente sono sottoposte alla disciplina dei Piani di Rientro sette Regioni: Abruzzo, Calabria, Campania, Lazio, Molise, Puglia, Sicilia. Le Regioni Liguria e Sardegna hanno concluso il loro Piano di rientro al termine del primo triennio di vigenza 2007-2009; la Regione Piemonte al termine del triennio 2013-2015. Le altre sette regioni sono ancora oggi sottoposte alla disciplina dei Piani di Rientro che proseguono attraverso i Programmi Operativi per il triennio 2019-2021». Fonte: Ministero della Salute, Piani di Rientro dal disavanzo sanitario.

¹¹ V., ad es., la deliberazione della giunta regionale del Veneto 5 luglio 2021, n. 928 «Definizione sistemi e procedure di coordinamento tra Area Sanità e Sociale e Azienda Zero. L.R. 25 ottobre 2016, n. 19».

¹² V., ad es., la deliberazione della giunta regionale dell'Abruzzo 11 marzo 2020, n. 150 «Sanità, approvazione del nuovo assetto organizzativo».

Al secondo livello (rappresentato dal Dipartimento di promozione della salute e del benessere animale e dall’Agenzia strategica regionale per la salute e il sociale) è affidata la traduzione degli indirizzi politici in atti di pianificazione e programmazione che declinano gli obiettivi e le azioni e disciplinando le procedure di monitoraggio e di valutazione; più in particolare, all’interno di questo livello, vengono individuati i responsabili di macroarea e di area per le funzioni di competenza regionale, i quali, interfacciandosi con i responsabili d’area dell’Agenzia regionale, operano sinergicamente all’interno di una apposita Cabina di regia coordinata dal Direttore del Dipartimento competente.

Il terzo livello (composto dalle altre strutture degli enti del servizio sanitario regionale) è deputato a concretizzare i suddetti obiettivi attraverso le specifiche azioni previste nel programma operativo.

5. Le misure d’intervento e la loro attuazione

A quest’ultimo proposito, il contratto istituzionale di sviluppo intercorrente tra il Ministero della Salute e la Regione Puglia, che prevede un appostamento di risorse sulla sanità territoriale per oltre 270 milioni di euro¹³, individua come soggetti attuatori esterni le aziende sanitarie locali, alle quali la Regione ha poi assegnato le dette risorse e conferito apposita delega di funzioni (estesa anche agli altri enti del servizio sanitario regionale)¹⁴, affidando la realizzazione dei vari interventi a procedure aggregate di scelta del contraente¹⁵.

A termini del contratto in discorso e del conseguente piano operativo regionale¹⁶ è dichiarata l’intenzione della Regione Puglia di attestarsi sugli *standard* fissati dal d.m. n. 77/2022 per alcuni tipi di interventi e di aumentarli o elevarli per altri.

E così ci si mantiene entro gli *standard* nel caso dei Distretti sociosanitari, vero e proprio centro di gravità dell’intero sistema¹⁷, con riferimento ai quali è previsto un «dimensiona-

¹³ Di cui € 269.624.407,61 a valere sul PNRR ed € 81.622,00 provenienti da finanziamento integrativo regionale.

¹⁴ Cfr. delibera di Giunta regionale 19 luglio 2022, n. 1023 «PNRR Missione 6 Salute. Assegnazione risorse alle Aziende sanitarie – Delega attività ai sensi dell’art. 5 del CIS». Quanto alle funzioni proprie, le attività rientranti nelle competenze istituzionali di indirizzo, programmazione e controllo possono essere attuate o direttamente o mediante delega alle aziende sanitarie locali e agli altri enti del servizio sanitario regionale; tutte le altre funzioni, invece, vengono svolte congiuntamente dalla Regione e dalle aziende sanitarie locali nonché dagli altri enti del servizio sanitario regionale.

¹⁵ V., oltre alla delibera di Giunta regionale n. 1023/2022 citata nella nota precedente, la delibera di Giunta regionale 15 febbraio 2022, n. 134 «Adozione del Piano di Potenziamento e Riorganizzazione della Rete Assistenziale Territoriale (ai sensi dell’art. 1 decreto-legge 19 maggio 2020 n. 34, conversione in legge n. 77 del 17 luglio 2020) – Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza – (PNRR). Indicazioni per la Programmazione degli investimenti a valere sulla missione 6».

¹⁶ Cfr. delibera di Giunta regionale 10 maggio 2023, n. 643 «Missione 6 Salute - Componente 1 - Investimento 1.2: Casa come primo luogo di cura e telemedicina Sub- Investimento 1.2.1 - Assistenza domiciliare. Approvazione Piano Operativo della Regione Puglia».

¹⁷ Il Distretto, nell’ambito del processo di riorganizzazione, assume un ruolo centrale nel coordinamento di tutte le risorse della comunità: a partire dalla valutazione dei bisogni di salute della popolazione di riferimento, assume la responsabi-

mento standard di circa 100.000 abitanti, con variabilità secondo criteri di densità di popolazione e caratteristiche orografiche del territorio»¹⁸.

Al di sopra degli *standard*, anche se di una sola unità, le 121 Case di comunità a fronte delle 120 previste dal Ministero; le quali, in quanto luogo fisico al quale i cittadini possono accedere per bisogni di assistenza sanitaria e sociosanitaria, rappresentano il modello organizzativo di riferimento dell'assistenza di prossimità per la popolazione dei bacini demografici di riferimento¹⁹.

Entro gli *standard* le 40 Centrali operative territoriali²⁰, che andranno a interfacciarsi con le Case di comunità, così svolgendo una preziosa funzione di coordinamento della presa in carico della persona e altresì permettendo il raccordo tra i servizi e gli operatori coinvolti nei diversi *setting* assistenziali.

Degna di nota l'attenzione rivolta nei confronti degli Ospedali di comunità, ovvero quelle strutture sanitarie a ricovero breve destinate a pazienti che necessitano di interventi sanitari di media/bassa intensità clinica e per degenze di breve durata, le quali sono previste in numero di 38 a fronte delle 31 *ex d.m. n. 77/2022*²¹.

Per le altre articolazioni funzionali di cui all'allegato 2 del d.m. in esame (Infermiere di famiglia o di comunità, Unità di continuità assistenziale, Centrale operativa 116117, Assistenza domiciliare e Rete delle cure palliative), la Regione Puglia ha recepito tal quali gli *standard* individuati dal Ministero.

Di grande interesse le attività già intraprese e da intraprendere nel settore della telemedicina, ambito nel quale la Puglia riveste un ruolo tanto precursore quanto pilota rispetto a molte altre regioni italiane.

Già dal 2020, infatti, è attiva la Centrale operativa regionale di telemedicina delle cronicità e delle reti cliniche, istituita presso l'Agenzia strategica regionale²² e finalizzata all'erogazione di alcuni servizi specifici per le persone che necessitano di controlli sanitari a distanza, quali ad esempio la televisita o la videochiamata sanitaria, il controllo remoto dei

tà di esercitare le funzioni di committenza verso i servizi e gli erogatori nonché di valutazione, con specifico riferimento ai principi di appropriatezza, tempestività degli interventi, continuità delle cure e equità di accesso.

¹⁸ Art. 2, co. 1 dello schema di regolamento regionale «Definizione di modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale ai sensi del DM 77/2022», approvato con delibera di Giunta 14 dicembre 2022 n. 1868.

¹⁹ Delle 121 case di comunità pugliesi (per la cui realizzazione il PNRR assegna risorse per € 177.224.470,44) 56 saranno *hub* e 65 *spoke*; saranno ristrutturati 83 edifici preesistenti e costruiti 38 nuovi edifici.

²⁰ Delle 40 centrali operative territoriali pugliesi (per la cui realizzazione sono state appostate risorse PNRR per € 13.634.585,86 – suddivise tra risorse dedicate per € 6.923,00, risorse da interconnessione aziendale per € 2.842.858,33 e risorse da *device* per € 3.868.647,53 – nonché risorse derivanti da finanziamento regionale integrativo per € 81.622,00), 36 verranno collocate in strutture preesistenti e 4 in edifici da costruire appositamente.

²¹ Dei 38 ospedali di comunità pugliesi (per la cui realizzazione assegna risorse per € 78.766.431,31), 27 saranno allocati in edifici da riconvertire e 11 in immobili da ristrutturare.

²² V. delibera di Giunta regionale 16 luglio 2020, n. 1088 «DGR n. 1231/2016. Indirizzi operativi per la promozione e la diffusione della telemedicina nel servizio sanitario. Istituzione della Centrale Operativa Regionale per la Telemedicina delle cronicità e delle reti cliniche».

dispositivi in ambiti clinici specifici (oncologico, cardiologico, diabetologico, etc.), nonché il teleconsulto specialistico e i teleservizi sociosanitari territoriali.

L'Agenzia strategica, dopo aver avviato la sperimentazione della centrale su tre aziende pilota²³, ha poi esteso il progetto a tutti i 18 Centri di orientamento oncologico, alle 13 *Breast unit* regionali e, dagli inizi dello scorso anno, alle altre forme tumorali della Rete oncologica pugliese, nonché alle malattie rare e alle cronicità.

Ruolo, quello in parola, che ha trovato riconoscimento nell'individuazione della Puglia, avvenuta anch'essa l'anno scorso, quale regione che insieme alla Lombardia affiancherà le strutture centrali nell'implementazione delle piattaforme verticali nazionali²⁴, così ricreando il *tandem* nato all'interno del gruppo di lavoro sul fascicolo sanitario elettronico 2.0²⁵; obiettivo, quest'ultimo, la cui traduzione in termini normativi è oramai prossima²⁶.

Quanto ai tempi di attuazione del processo avviato mediante il d.m. n. 77/2022, l'amministrazione regionale si è auto-vincolata a un cronoprogramma, al momento rispettato, che prevede l'adozione degli atti all'uopo necessari tra il 30 giugno e il 31 dicembre di quest'anno²⁷.

A questo cronoprogramma ha fatto séguito il corrispondente piano operativo²⁸, il quale dà attuazione alle progettazioni delle missioni PNRR e contiene le specifiche sezioni dedicate agli oneri finanziari e alle modalità di erogazione dei contributi, ivi comprese l'assegnazione definitiva delle somme o la riduzione ovvero la revoca degli stessi contributi nel caso di inadempimento dei soggetti attuatori agli impegni assunti mediante il richiamato contratto istituzionale di sviluppo.

²³ Ossia il Centro di orientamento oncologico (COro) dell'ospedale San Paolo di Bari (sul Percorso diagnostico terapeutico assistenziale del tumore della mammella), il Distretto sociosanitario 14 della ASL Bari (sul Percorso diagnostico terapeutico assistenziale diabete/ipertensione) e il centro malattie rare della ASL Brindisi (sul Percorso diagnostico terapeutico assistenziale talassemia).

²⁴ Cfr. *Sanità digitale*, documento presentato dall'allora Ministro della Salute nella seduta della Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome del 2 marzo 2022. Si tratta del primo passo del processo di transizione della telemedicina dalla fase sperimentale a quella a regime, il quale culminerà con l'istituzione della piattaforma nazionale unica.

²⁵ All'interno del quale le due regioni erano già state assunte a riferimento, insieme a Emilia Romagna e Friuli Venezia Giulia.

²⁶ Nella seduta del 2 agosto 2023 la Conferenza Stato-Regioni ha espresso parere favorevole sullo schema di decreto legislativo che istituisce e rende operativo il nuovo fascicolo sanitario elettronico.

²⁷ Cfr. la richiamata delibera di Giunta n. 1868/2022, a termini della quale dovranno essere adottati, tra il 30 giugno e il 31 dicembre, il regolamento finalizzato a definire i requisiti strutturali, organizzativi e tecnologici in materia di accreditamento e, tra il 30 settembre e il 31 dicembre, il provvedimento unico di riorganizzazione dei distretti socio-sanitari; al 31 dicembre, invece, andrà aggiornata la rete delle cure palliative e della terapia del dolore per i pazienti adulti e pediatrici e dovranno essere adottati il provvedimento unico di riorganizzazione dell'assistenza territoriale e lo schema di regolamento dei requisiti di accreditamento per le cure domiciliari.

²⁸ V. delibera di Giunta regionale 10 maggio 2023, n. 643 «Missione 6 Salute - Componente 1 - Investimento 1.2: Casa come primo luogo di cura e telemedicina Sub- Investimento 1.2.1 - Assistenza domiciliare. Approvazione Piano Operativo della Regione Puglia».

6. Governance e performance aziendale: un collegamento necessario e non più rinviabile

Le reali possibilità di successo del modello appena esaminato presuppongono la capacità di “chiudere il cerchio”, creando un collegamento virtuoso tra *governance* e *performance* aziendale.

In base alle superiori considerazioni va da sé la basilare importanza dell’ottimale comunicazione dell’azione di *governance* rispetto al ciclo della *performance* aziendale. Pertanto, i risultati ci dimostrano quanto il sistema regolatorio possa mettere in luce i punti di forza e le criticità dei sistemi attuativi.

Questa considerazione è in linea anche rispetto a quanto emerso dalle fonti primarie esaminate che nel caso del settore pubblico, suggerisce quanto sia importante e necessario che i manager delle aziende adottino una prospettiva multidimensionale nell’ambito delle decisioni, capace di armonizzare le tensioni tra i differenti obiettivi, così come di integrare la forza dei sistemi di pianificazione, programmazione e controllo.

Alla luce della disamina dello studio condotto emerge quanto possa essere importante la comunicazione ottimale della azione di *governance* rispetto alla *performance* e alla tenuta complessiva del sistema, che trova applicazione in molteplici casi agli esempi riferibili al ciclo di Deming (*Do, Plan, Check, Act*) (Benvenuto, M., et al 2020); donde l’importanza della misurazione della *performance* nella prospettiva di individuare sistemi di regolamentazione simmetrici ed idonei a aggiornare gli attuali sistemi rendicontativi tarati esclusivamente sull’efficacia (check list, di informazioni, etc..) e sul risultato secondo l’alternativa fatto non fatto, e dunque secondo logiche di mero adempimento e non invece di tipo qualitativo al cui interno rientra anche la tempestività della risposta (“fatto bene e presto”). Dallo studio, inoltre, emerge la forte necessità di misurare gli impatti aziendali in termini sociali, ambientali ed economici dal punto di vista valoriale. Seppur l’attuale contesto normativo preveda l’obbligo di rendicontare, presso i ministeri affiancanti le azioni recepite, da parte degli Enti regionali, ne rinviene che a tutti i livelli aziendali la rendicontazione delle attività nel corso del tempo dovrebbe riferirsi in modo chiaro al motto galileiano “conta ciò che si può contare, misura ciò che è misurabile e rendi misurabile ciò che non lo è”.

Seguendo tale prospettiva di indagine, questo inciso di natura economico-aziendale non ha la presunzione di essere una tassonomia definitiva del concetto di *performance* aziendale nel settore pubblico, ma rappresenta una riflessione preliminare adattata al caso di specie sul quale poter innestare un dibattito anche in altri contesti regionali. Difatti, nello studio specifico della Regione Puglia in riferimento alla progettazione della sanità territoriale, si riscontra un sistema di azioni di natura multidimensionali su obiettivi strategici da conseguire nel medio e lungo periodo.

Il valore multidimensionale degli obiettivi e la sinergia prodotta dai singoli valori posti a sistema possono nel caso delle progettazioni sanitarie raggiungere un valore superiore rispetto alla semplice sommatoria dei valori degli stessi considerati in maniera autonoma.

In questo modo gli obiettivi, così come si evince nel caso della regione Puglia, diventano interdipendenti e acquisiscono maggiore efficacia, con probabilità superiore di far rilevare effetti positivi sulla gestione dell'ente regionale.

7. Considerazioni finali (ma non conclusive)

Giunti al termine di questo lavoro, ma non anche di più ampio percorso di indagine che con esso si è inteso soltanto avviare, alla domanda se la sanità territoriale sia una realtà o una illusione sembra potersi dare una risposta intermedia: non più mera illusione, ma non ancora effettiva realtà, trattandosi piuttosto di un processo in atto, non solo e non tanto perché da completare, ma anche e soprattutto perché dichiaratamente aperto a ulteriori definizioni e messe a punto sia da parte del Ministero sia da parte della Regione, in questo secondo caso entro il perimetro tracciato dalle indicazioni ministeriali²⁹.

Quel che è certo è che, se alla sanità territoriale si guardato fin ora come a un insieme i cui elementi hanno funzionato come semplici addendi, d'ora in avanti si rende necessario un cambio di paradigma che ne comporti la configurabilità in termini di sistema reticolare, interconnesso, integrato e modulare.

Un sistema che, lungi dal potersi concepire in termini di unicità o di unità, va piuttosto considerato come unitario, dopo aver preso atto delle comunanze e valorizzato le differenze che intercorrono tra le varie sue componenti, per fondarvi la garanzia della stessa sua esistenza e della sua capacità di tenuta³⁰.

L'ultima parola spetterà, ovviamente, alla prova dei fatti, in vista della quale è indispensabile che le disposizioni normative trovino idonea attuazione sul piano amministrativo, in cui perciò non sembra azzardato individuare il reale snodo dell'intero sistema della nuova sanità territoriale, il cammino verso la cui costruzione può dirsi così iniziato.

Nota bibliografica

Benvenuto, M., Viola, C. and Rosa, A., *Analisi prospettica per il design di un nuovo dominio di pianificazione, programmazione e controllo sociotecnico nel settore della salute*, MECOSAN, 2020, pp. 259-269.

Betti, M., *Il caleidoscopio dei SSR: caratteristiche e mutamento delle politiche sanitarie in quattro regioni del centro-nord*, Social Policies, 2022, 9(2), pp. 239-270.

²⁹ Cfr. delibera di Giunta regionale n. 1868/2022, cit.

³⁰ Un sistema che dovrà confrontarsi, oltre che le consuete problematiche di settore, anche con realtà in parte già sperimentate e in parte da esplorare e decrittare, prima tra tutte, ma non soltanto quella del nuovo codice dei contratti pubblici (d.lgs. n. 36/2023).

Betti, M., *È tutto oro quel che luccica? Il sistema sanitario toscano alla prova della riforma della sanità territoriale. Autonomie locali e servizi sociali*, 2023, 46(1), pp. 61-78.

Bobini, M., Cinelli, G., Del Vecchio, M., Longo, F., Meda, F., Oprea, N., Tozzi, V. e Zazzera, A., *Il PNRR e i sistemi sanitari regionali: modelli di governance e processi di change management*, in Rapporto OASI, Egea, 2022, pp. 348-379.

Longo, F., Guerra, F. and Zazzera, A., *La trasformazione dell'assistenza territoriale e gli spazi di autonomia locali: le variabili strategiche*. MECOSAN, 2023.

Vinci, S., D'Amico, E. and Biscotti, A.M., *I sistemi di management control nella sanità pubblica italiana: dalle strutture verticali ai processi orizzontali. I sistemi di management control nella sanità pubblica italiana: dalle strutture verticali ai processi orizzontali*, 2022, pp. 103-119.