

Relazione sui dati sanitari 2

La programmazione strategica della Regione Puglia in materia di politiche sanitarie trova le sue linee di indirizzo esplicitate nella l.r. 3 agosto 2006, n. 25 e nel Piano di Salute regionale (LR 23/2008).

Successivamente è intervenuto il Piano di rientro e di riqualificazione del Sistema Sanitario Regionale 2010-2012, approvato a seguito di sottoscrizione in data 29/11/2010 dell'Accordo tra il Ministro della Salute, il Ministro dell'Economia e delle Finanze ed il Presidente della Regione Puglia, in ragione sostanzialmente dal mancato rispetto del Patto interno di Stabilità per gli anni 2006 e 2008.

La legge 296 del 27 dicembre 2006 (legge finanziaria per l'anno 2007) art. 1, comma 796 lett. b), precisa che il piano di rientro dal disavanzo, compreso nell'accordo, deve contenere sia le misure di riequilibrio del profilo erogativo dei LEA, per renderlo conforme a quello desumibile dal vigente Piano Sanitario Nazionale e dal vigente DPCM di fissazione dei LEA, sia le misure necessarie all'azzeramento del disavanzo entro l'arco temporale di vigenza del piano, sia gli obblighi e le procedure previste dall'art. 8 dell'Intesa 23/03/2005.

Evidentemente, il sovrapporsi dei vincoli imposti dal Piano di Rientro, in un contesto di definanziamento dei sistemi sanitari regionali e di tagli lineari alla spesa, ha condizionato pesantemente l'attuazione delle politiche sanitarie regionali, in particolare in relazione al personale sanitario.

Nel triennio 2010-2012, a seguito del blocco totale del turn-over derivante dall'applicazione delle leggi regionali n. 12/2010 e n. 2 del 09.02.2011 e art. 9 comma 28 della Legge 30.07.2010 n.122, si è avuta una diminuzione di unità di personale pari a n. 3571 complessive, ovvero **circa l'8,5% della forza lavoro con cessazioni pari a circa il 4% annuo**, come analiticamente descritto nella tabella:

	31.12.2009	31.12.2010	31.12.2011	31.12.2012	Differenza 2010-2012
Unità di Personale a Tempo indeterminato	38.074	38.750	38.051	36.852	-1.222
Unità di Personale a Tempo determinato	3.929	2.938	1.884	1.700	-2.229
Altro Personale	281	277	186	161	-120
Totale	42.284	41.965	40.121	38.713	-3.571

Peraltro, va ricordato che questi interventi hanno gravato su una dotazione di personale che era già stata soggetta tra il 2000 e il 2002 a due interventi di blocco del turn over su iniziativa del precedente Governo regionale.

Tuttavia, si è voluto interpretare il Piano di Rientro come opportunità per la razionalizzazione del sistema di offerta sanitaria e per la riqualificazione del sistema, senza derogare dai principi enunciati dal Piano di Salute.

La Regione Puglia ha scelto di elaborare il Piano Regionale della Salute 2006-2008 coinvolgendo la comunità pugliese nella definizione di obiettivi e strategie di intervento per migliorare la qualità dei servizi sanitari ad essi offerti.

La novità più importante del Piano era rappresentata dalla metodologia impiegata per la sua costruzione: si è, infatti, potuto contare non solo sul contributo di funzionari ed esperti, ma anche sulla considerazione delle esigenze e delle aspettative di tutti gli interessati sin dalla fase di impostazione iniziale. Come programmato, il processo partecipativo per la redazione del Piano Regionale di Salute si è sviluppato su diverse dimensioni: ai contributi di singoli cittadini e nuclei familiari, si è affiancata una costruttiva collaborazione con le associazioni di promozione sociale e una diffusa interazione con le strutture e gli operatori sanitari. Complessivamente, grazie agli strumenti realizzati dall'Assessorato alla Partecipazione attiva, sono stati organizzati circa 70 incontri pubblici su tutto il territorio regionale a cui hanno partecipato più di 2000 persone; sono pervenuti 803 contributi dalla cittadinanza attiva e sono stati rilevati 15.881 accessi al web nel periodo che va da Giugno a Novembre 2007. Una delle esperienze più rilevanti è stata senza dubbio quella del Forum sulla salute delle donne.

Tutti i territori sono stati coinvolti nella programmazione, sia prima dell'adozione del Piano, che successivamente, attraverso i PAL aziendali.

Nel Piano, erano enunciati i criteri e i principi che sono stati alla base di tutta l'azione di governo:

- Riqualificazione dell'assistenza ospedaliera, attraverso la razionalizzazione e gli investimenti tecnologici
- Definizione del modello Hub & spoke e delle reti di patologia
- I percorsi di integrazione ospedale territorio e la presa in carico dei pazienti fragili
- Potenziamento dell'assistenza territoriale, con la realizzazione di nuove strutture e la definizione dei modelli dell'ospedale di comunità e delle case della salute, che oggi vengono ricompresi nei Presidi Territoriali di Assistenza
- Potenziamento dell'informatizzazione

Il taglio dei posti letto è stato condotto secondo criteri di razionalizzazione ed ha ricevuto l'apprezzamento dei Ministeri e non ha determinato un depauperamento dei servizi ai cittadini, né una fuga verso altre regioni ma, al contrario, ha prodotto un'ottimizzazione della rete, in modo da rispondere in maniera sempre più adeguata ai bisogni di salute dei cittadini pugliesi.

Nonostante le esigenze imposte dal contenimento dei costi è stato dato grande impulso alle politiche di promozione attiva della salute, si è coniugato l'obiettivo del risparmio con quelli del miglioramento dei livelli di appropriatezza, dell'incremento di efficienza tecnico-economica mediante un aumento di produttività, di riduzione della spesa connessa alla mobilità passiva e di qualificazione complessiva dell'offerta specialistica riducendo l'inefficienza organizzativa e la carenza tecnologica e migliorando l'accessibilità delle prestazioni specialistiche sul territorio pugliese.

La rete ospedaliera su cui si è intervenuti nell'ambito del Piano di Rientro e nello spirito del Piano di Salute 2008-2010 della Regione Puglia nel 2010 constava di 102 stabilimenti ospedalieri, uno ogni 2,5 comuni.

19 ospedali pubblici, sui 68 pubblici presenti (quindi il 28% delle strutture pubbliche, il 19% del totale) disponevano di meno di 70 pl ed erogavano circa il 3% dei ricoveri regionali. Il 50% dei ricoveri veniva effettuato in 12 ospedali, il restante 50% in 90.

Nei fatti, l'intera offerta assistenziale è stata per anni concentrata esclusivamente negli ospedali, percepiti come unico luogo per l'erogazione delle cure. Nel 2002, il tasso di ospedalizzazione dei ricoveri (standardizzato per età) era pari a 230, e si è mantenuto sopra 215 fino al 2010, ben al di sopra delle indicazioni nazionali.

Ancora più significativo il tasso di ospedalizzazione per DRG ad alto rischio di inappropriately, del 50% superiore a quello che si è registrato nel 2011.

Questi dati dicono che una rete ospedaliera pletorica, in assenza di opzioni assistenziali alternative, ha raccolto negli anni l'intero bisogno di salute delle comunità, congestionandosi con prestazioni inappropriate, e ha drenato la gran parte delle risorse, frammentandole in un sistema disperso senza possibilità di graduare e concentrare gli interventi in funzione dei bisogni.

Per contrastare tali fenomeni, il processo di riordino della rete ospedaliera è intervenuto sul miglioramento dell'appropriatezza organizzativa (trasformazione dei ricoveri in setting assistenziali più appropriati a minore consumo di risorse) e sulla riarticolazione dell'offerta ospedaliera (dotazione posti letto, distribuzione per disciplina, articolazione unità operative), integrando la stessa secondo l'ottica del continuum dei Livelli Essenziali di Assistenza.

In particolare, i criteri utilizzati per l'attuazione del programma di riordino della rete ospedaliera, possono essere sinteticamente rappresentati come di seguito:

- **disattivazione di stabilimenti ospedalieri con un numero di posti letto inferiore ad una soglia** da determinarsi nell'ambito del piano di riordino della rete, ovvero di ospedali con meno di tre unità operative per acuti, (come da modelli HSP12);
- **accorpamenti e disattivazioni di singole UU.OO.** all'interno di ospedali che non sono destinati alle operazioni di chiusura riconversione di ospedali disattivati in strutture sanitarie territoriali.
- **riconversione di ospedali disattivati in strutture sanitarie territoriali**

Gli obiettivi di riduzione dei posti letto sono stati interamente raggiunti, rimodulando le disattivazioni dell'offerta ospedaliera della post-acuzie in modo da non diminuire lo standard per 1000 abitanti.

In sintesi, in tutte le aziende sanitarie sono stati ridotti i posti letto per acuti in maniera proporzionale ai fabbisogni valutati sul territorio, tenendo conto dei dati di mobilità passiva intraregionale con il duplice scopo di riequilibrare le funzioni all'interno delle singole province e garantire l'autosufficienza a livello provinciale e/o comunque di bacino, attraverso l'individuazione di centri di riferimento.

In questo senso, sulla base delle indicazioni dei pareri ministeriali si è provato a definire un riequilibrio della dotazione di posti letto per disciplina in funzione del bacino di utenza, vincolando tuttavia la rimodulazione in funzione del profilo epidemiologico delle popolazioni, delle dinamiche di utilizzo e consumo di prestazioni, della rete territoriale di offerta di servizi, nelle more del

completamento del potenziamento dell'assistenza territoriale e delle ulteriori iniziative di razionalizzazione dell'erogazione dell'assistenza sanitaria complessiva.

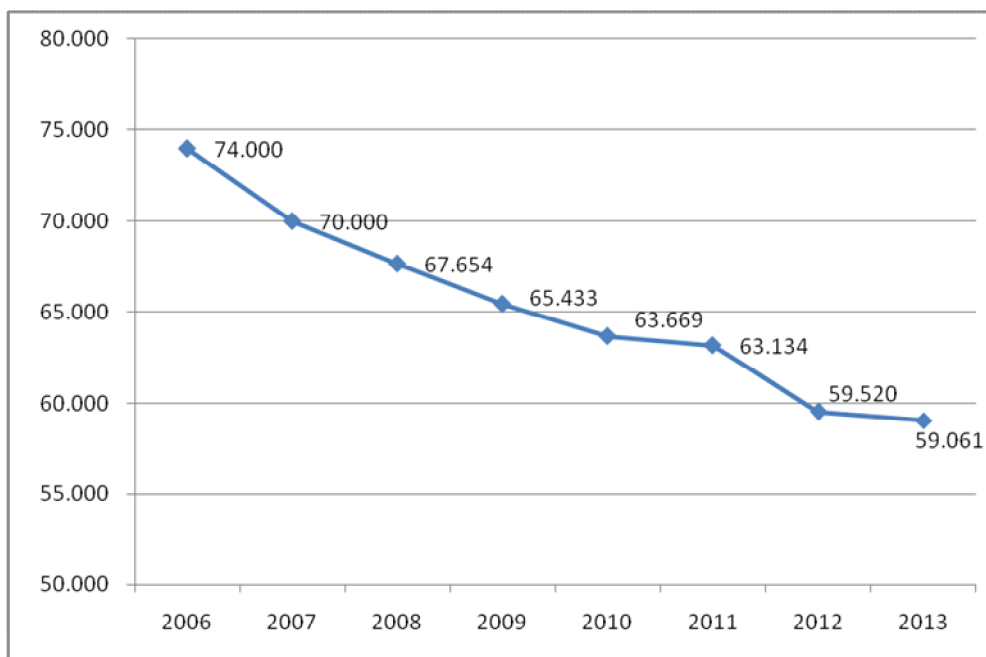
Popolazione al 1.1.2012			Popolazione al 1.1.2010		
4050072			4084035		
POSTI LETTO TOTALI					
	DGR 3006-3007 del 2012 (4)	Δ su 2009	PL previsti PdR	Δ su 2009	PL di partenza HSP 2009
PL Totali	13.626	-2207	13.622	-2211	15.833
PL x 1000 ab (1)	3,36		3,34		3,88

ACU					
ACUZIE					
	DGR 3006-3007 del 2012 (4)	Δ su 2009	PL previsti PdR	Δ su 2009	PL di partenza HSP 2009
PL Totali	11.983	-2140	12.099	-2024	14.123
PL x 1000 ab (1)	2,96		2,99		3,46

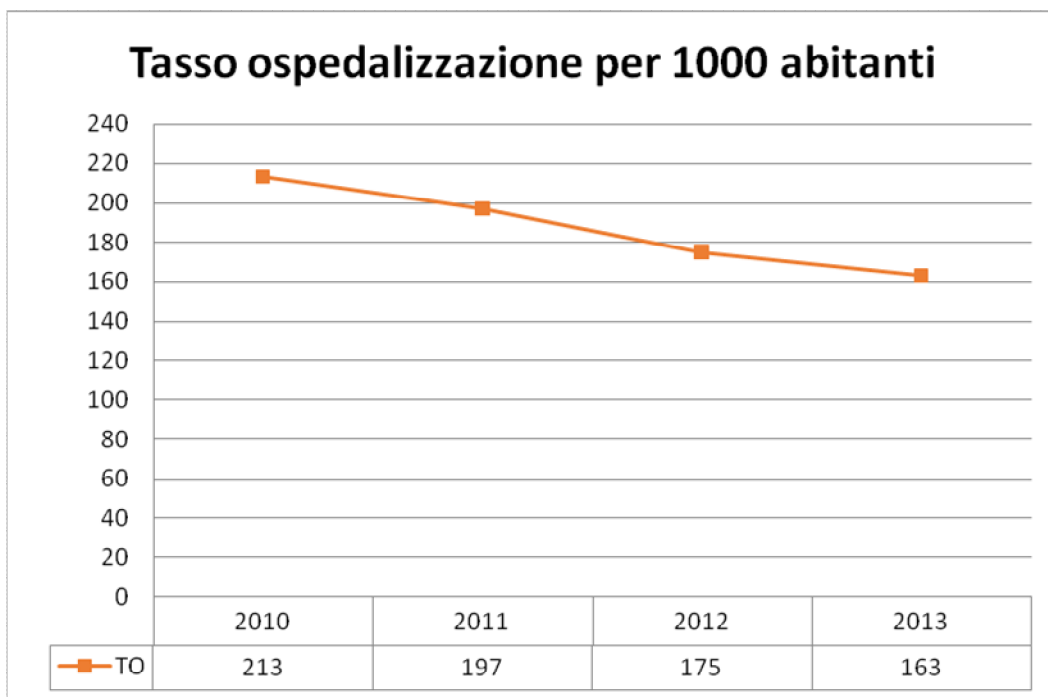
LPDA					
RIABILITAZIONE - LUNGOGENZA					
	DGR 3006-3007 del 2012	Δ su 2009	PL previsti PdR	Δ su 2009	PL di partenza HSP 2009
PL Totali	1.643	-67	1.523	-187	1.710
PL x 1000 ab (1)	0,41		0,38		0,42

Nonostante i tagli dei posti letto, nonostante le carenze di personale, nonostante il prosciugarsi delle risorse, il sistema mostra oggi un miglioramento di tutti i principali indicatori di performance:

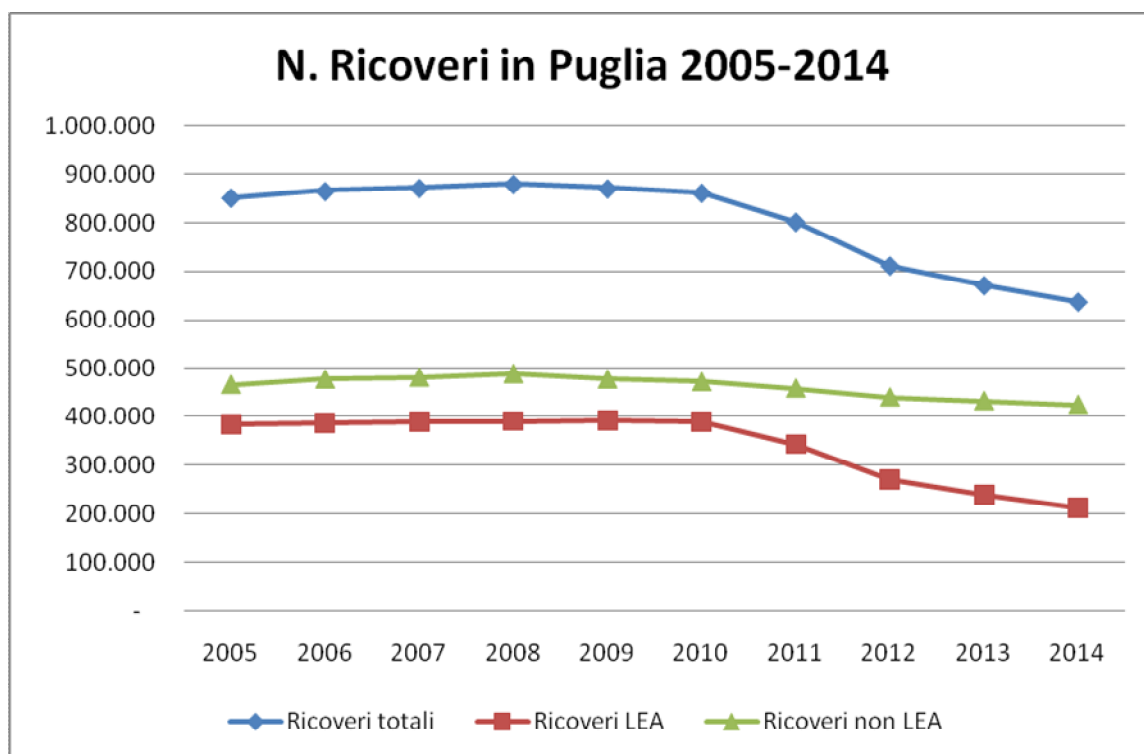
La mobilità passiva dal 2006 al 2013 si è ridotta del 20% (passando da circa 74.000 ricoveri a meno di 60.000)



Il tasso di ospedalizzazione in regione è sceso nel 2011 per la prima volta sotto 200 (193 per 1000 abitanti) e nel 2012 per la prima volta sotto 180 per 1000 abitanti (172) per attestarsi a 163 nel 2013, approssimando finalmente lo standard ministeriale che nel frattempo era stato riposizionato a 160 per 1000 abitanti.



Ciò che si evidenzia con chiarezza è che la quota di ricoveri che è diminuita appartiene alla categoria dei potenzialmente inappropriati (cosiddetti ricoveri LEA): Il tasso di ospedalizzazione per tali ricoveri passa da 38,5 nel 2010 a 26,3 nel 2013, un dato ancora elevato (lo standard ministeriale è 23) ma indubbiamente in miglioramento.



Si osserva che il maggior decremento sia registrato per i DRG per cui è stato attivato, nel 2011, il regime di Day Service, che garantisce il trasferimento delle prestazioni in regime ambulatoriale, attraverso una presa in carico globale dei pazienti e dei loro problemi clinici:

DESCRIZIONE	ANNO 2012				ANNO 2011		
	RICOVERI TOTALI				RICOVERI TOTALI		
	ORD	DH	TOT.	Δ SUL TOTALE RICOVERI 2011	ORD	DH	TOT.
Decompressione del tunnel carpale	657	1.286	1.943	-136%	1.537	3.044	4.581
Interventi sul cristallino con o senza vitrectomia	2.188	14.005	16.193	-103%	4.620	28.207	32.827
Ipertensione	2.269	6.445	8.714	-131%	3.345	16.771	20.116
Diabete, età > 35 anni	1.637	3.126	4.763	-114%	1.968	8.248	10.216
TOTALI	551.435	159.475	710.910	-13%	588.617	212.535	801.152

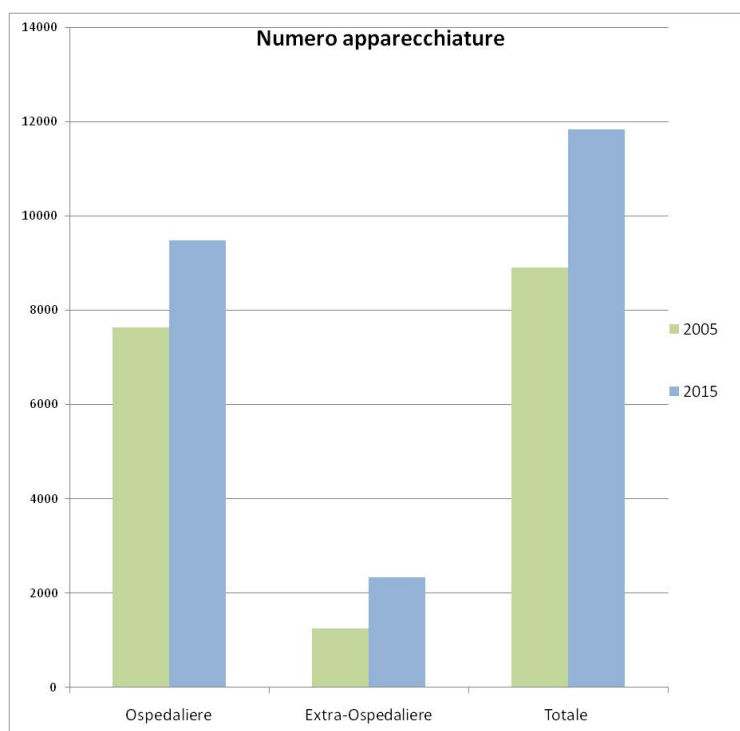
Fonti: SDO e Specialistica Ambulatoriale Interna e Privata Accreditata - Anni 2010-2012

RISULTATI REALI ANNO 2012			RISULTATI REALI ANNO 2010		
SETTING	Nr. Ricoveri / Prestazioni	% su tot. Complessivo	SETTING	Nr. Ricoveri / Prestazioni	% su tot. Complessivo
Ordinari > 1g.	477.997	49,0%	Ordinari > 1g.	544.312	46,2%
Ordinari 0-1 g.	73.438	7,5%	Ordinari 0-1 g.	82.801	7,0%
DH/DS	159.475	16,3%	DH/DS	233.936	19,9%
Day Service	31.561	3,2%	Day Service		0,0%
TOT. RICOVERI	710.910	72,9%	TOT. RICOVERI	861.049	88,3%
TOT. COMPLESSIVO	975.384	100,0%	TOT. COMPLESSIVO	1.177.786	120,8%

1 GG. di ricovero per gli ord. contando 1 g. per i diurni e nr. di accessi per i DH/DS

Uno dato significativo che indica il miglioramento delle capacità del sistema di rispondere correttamente ai bisogni dei cittadini è l'incremento della percentuale di pazienti di età superiore a 65 anni con frattura del femore operati entro 48 ore, che sale dal 17% del 2005 al 40% nel 2014. L'efficientamento del sistema passa attraverso una politica di investimenti mirati per la qualificazione delle dotazioni strumentali sia degli ospedali che dei territori.

121 milioni di euro sono stati destinati all'implementazione del parco delle grandi macchine.



APPARECCHIATURE TECNICO BIOMEDICHE DI DIAGNOSI E CURA							
CODICE	DENOMINAZIONE	Strutture ospedaliere		Strutture extra-ospedaliere		Totale	
		2005	2015	2005	2015	2005	2015
ADG	SISTEMI PER ANGIOGRAFIA DIGITALE		41		2	0	43
AIC	ANALIZZATORI AUTOMATICI PER IMMUNOCHEMICA	322	419	266	497	588	916
ALI	ACCELERATORI LINEARI	13	20	0		13	20
AME	ANALIZZATORI MULTIPARAMETRICI PER CHIMICA CLINICA	344	403	267	591	611	994
ANS	APPARECCHI PER ANESTESIA	467	466	8	9	475	475
CIP	CAMERE IPERBARICHE	3	6	2		5	6
ECT	ECOTOMOGRAFI	602	917	76	239	678	1156
EMD	APPARECCHIATURE PER EMODIALISI	1134	1347	8	44	1142	1391
GCC	GAMMA CAMERE COMPUTERIZZATE	30	25	27	6	57	31
GCD	CONTAGLOBULI AUTOMATICO DIFFERENZIALE	221	200	201	280	422	480
GRD	GRUPPI RADIOLOGICI	351	273	114	114	465	387
GTT	SISTEMI TAC/GAMMA CAMERA		3			0	3
LSC	SISTEMI DI ILLUMINAZIONE A LAMPADA SCIALITICA	696	904	51	73	747	977
MAG	MAMMOGRAFI		70		47	0	117
MON	MONITOR MULTIPARAMETRICI	1834	2369	109	175	1943	2544
ORG	ORTOPANTOMOGRAFI		41		62	0	103
PET	TOMOGRAFIA AD EMISSIONE DI POSITRONI		2			0	2
PRD	PORTATILI PER RADIOSCOPIA	162	198	9	4	171	202
RXD	APPARECCHIATURE PER RADIOLOGIA DENTALE PANORAMICA		23		35	0	58
SSP	SISTEMI TAC/PET		5			0	5
TAC	TOMOGRAFI ASSIALI COMPUTERIZZATI (TAC)	81	91	17	43	98	134
TOP	TAVOLI OPERATORI	421	469	16	15	437	484
TRM	TOMOGRAFI A RISONANZA MAGNETICA	36	49	12	33	48	82
TTE	TAVOLI TELECOMANDATI	157	145	42	61	199	206
VPO	VENTILATORI POLMONARI PER USO OSPEDALIERO	764	995	34	14	798	1009
	Totale	7638	9481	1259	2344	8897	11825

fonte dati: Modelli HSP 14 e STS 14 Nuovo Sistema Informativo Sanitario (NSIS)

Un'ulteriore conferma proviene dall'indicatore Qualità dell'assistenza della Griglia degli Adempimenti LEA 2013 che riguarda la frequenza di utilizzo del ricovero ordinario per specifiche patologie croniche trattabili a livello extra-ospedaliero: il tasso, che era pari 710 nel 2010 risulta nel 2013 pari a 524 ben al di sotto dello standard di 570.

Qualità dell'assistenza	2010	2011	2012	2013	Standard	Fonte
somma ponderata di tassi specifici di ricovero in regime ordinario per alcune condizioni/patologie: asma pediatrico, complicanze del diabete, scompenso cardiaco, infezioni delle vie urinarie, polmonite batterica nell'anziano, BPCO (indice pesato per fasce d'età)	709,95	631,28	568,19	524,09	<= 570	Griglia LEA

Questo dato, insieme ai precedenti, dimostra che gli investimenti per il potenziamento della rete territoriale si sono tradotti in servizi per i cittadini.

Sul piano degli investimenti vanno citati i seguenti atti:

- a) definito il Piano strategico dei grandi investimenti ospedalieri in Puglia (2012) per il nuovo Accordo di Programma per l'edilizia sanitaria
- b) sottoscritto l'Accordo di Programma "Benessere e Salute" per 300 milioni di euro di Fondo Sviluppo e Coesione (FSC 2007-2013) per i primi due nuovi ospedali e per numerosi altri interventi di edilizia ospedaliera e di interventi sociosanitari territoriali
- c) avviate le progettazioni tecnico-gestionali dei nuovi ospedali di Taranto e di Monopoli-Fasano
- d) predisposta la nuova programmazione 2014-2020 per dare continuità al piano degli investimenti sociali e sanitari (circa 650 milioni di euro).
- e) Finanziata con circa 10 Meuro la nuova rete dei Centri Risveglio in Puglia (3 Centri – Triggiano, Ceglie Messapica, Canosa)
- f) finanziato con 13 Meuro il potenziamento della Rete raccolta sangue e la dotazione di autoemoteche in tutte le ASL pugliesi

Il risultato si coglie nel miglioramento di tutti gli indicatori sull'assistenza residenziale: anche quando l'obiettivo non è raggiunto, si registra un importantissimo rafforzamento, come ad esempio sui PL in RSA che vedono un aumento di 2.753 unità tra il 2010 e il 2013 (da 1.468 a 4.221) destinati ad incrementare ulteriormente con il Regolamento 14/2015, che definisce 27 nuovi Presidi Territoriali di Assistenza e incrementa di 750 i pl destinati alle degenze territoriali, tra cui i pl di RSA R1; sono stati quasi triplicati i posti letto in Hospice (da 58 a 150).

Regione Puglia							
Livelli di assistenza	2010*	2011*	2012*	2013****	**Atto progr.	Valori di rif.	Fonte
Assistenza residenziale e semiresidenziale							
N. PL in RSA (N. PL in RSA per 1.000 ab. Anziani)	1.468 (2,0)	3.488 (4,6)	3.870 (5,0)	4.221 (5,4)		≥ 10	Griglia LEA
N. PL residenziali e semiresidenziali per riab., disabili fisici e psichici (N. PL res. e semires. per riab. disabili fisici e psichici per 1.000 ab.)	3.263 (0,8)	3.258 (0,8)	3.654 (0,9)	3.721 (0,9)		≥ 0,6	
N. Posti letto Hospice (sul totale deceduti per tumore per 100)	58 (0,6)	96 (1,0)	114 (1,1)	150 (1,5)		≥ 1	
N. PL residenziali per pazienti di Salute Mentale (N. PL residenziali per pazienti di Salute Mentale per 10.000 ab.)	1.261 (3,1)	1.457 (3,6)	1.855 (4,6)	1.929 (4,8)		3,6	Mon. Sistema Valore mediano Italia

L'uscita dal cono d'ombra del Piano di Rientro ha consentito al Governo regionale di promuovere azioni importanti in termini di ricostruzione di modelli organizzativi, di reingegnerizzazione del sistema, di cambiamento per disegnare un sistema di cure intorno al profilo di salute dei cittadini e ai loro bisogni.

E il senso del rilancio è bene espresso dalle numerose cerimonie inaugurali che hanno segnato gli ultimi due anni, di strutture sanitarie e sociosanitarie già funzionanti e operative sul territorio: solo per fare un esempio, citiamo il nuovo Ospedale della Murgia di Altamura, la prima Unità Operativa di Radioterapia Metabolica pubblica della Regione Puglia presso l'ospedale Dimiccoli di Barletta, che completa le attività del polo oncologico della ASL BT, insieme ai servizi di Oncologia medica, di Radioterapia e di Medicina Nucleare già operativi, e una nuova e più moderna Ematologia; il primo centro MIOT (Myocardial Iron Overload in Talassemia) di Risonanza Magnetica, presso il SS. Annunziata di Taranto, per la diagnosi e la cura dell'Anemia Mediterranea; il Servizio di Fibrosi cistica a Cerignola; l'ala di degenza della U.O. Chirurgia generale e del Servizio Dialisi della U.O. Nefrologia del "Fazzi" di Lecce; il nuovo Padiglione del Secondo Settore della Rianimazione del Policlinico di Bari e la nuova sede della Centrale Operativa del 118 di Bari la Breast Unit dell'Ospedale di Barletta; del Ser.T di San Cesario di Lecce, dell'U.O. Rianimazione dell'Ospedale "Sacro Cuore" di Gallipoli e della "Casa della Salute" di Ugento; i Poliambulatori inaugurati nel territorio foggiano (Ascoli Satriano, Carapelle, Stornara e Cerignola); le Case della Salute di Ceglie Messapica, Sannicola di Lecce e Trani; consultori di San Severo; la ristrutturazione del Pronto

Soccorso del Policlinico e dell'ospedale di Trani; il nuovo reparto di Oncologia Medica dell'IRCCS di Castellana Grotte; l'Elisoccorso dell'Ospedale di Barletta; la nuova sede del Distretto di Adelfia.

Alcuni degli interventi effettuati per la riorganizzazione dei servizi territoriali negli ultimi anni:

Rete consultoriale:

- Dal monitoraggio sull'offerta attiva nei confronti delle donne, degli adolescenti e delle famiglie, è emerso che, nel biennio 2013-2014, sono state realizzate in tutte le ASL le attività progettuali di sostegno alla gravidanza voluta (Percorso Nascita).
- In tutti i Consultori è curata la presa in carico delle IVG, attraverso consolidate procedure di integrazione territorio-ospedale, e la distribuzione gratuita di contraccettivi come da DGR 483/2008; anche lo screening cervico-uterino è effettuato in offerta attiva in ogni Consultorio.
- Uno specifico Progetto Regionale ha permesso l'attivazione di Servizi di Mediazione Interculturale presso i Consultori Familiari che sono stati individuati, in ciascuna ASL, quali sedi strategiche e di raccordo per rispondere alle esigenze dell'intera rete consultoriale territoriale.
- Significativo anche il ruolo assegnato alle equipe integrate – violenza e maltrattamento, adozione e affido (in cui le figure dello psicologo e spesso anche dell'assistente sociale appartengono all'area consultoriale), che hanno il governo dell'intero iter adottivo .
- Per quanto riguarda gli adolescenti, tra le attività progettuali realizzate in offerta attiva dai Consultori, si segnalano la Prevenzione delle Malattie Sessualmente Trasmissibili e gli interventi per l'Educazione alla legalità - stop al bullismo.

Salute Mentale

Nel biennio 2014-2015, il Governo regionale ha licenziato atti di programmazione finalizzati ad ampliare il ventaglio di opportunità riabilitative offerte ai pazienti, attraverso una riqualificazione della spesa psichiatrica, come, tra l'altro, più volte richiesto dalle Associazioni degli utenti e dei familiari.

Con la DGR n.45 del 27-01-2015 sono stati individuati i criteri e le modalità per la realizzazione delle **Residenze Assistite (pure denominate Case Supportate)**, che coniugano il ricorso al sostegno di tipo domiciliare e il sostegno abitativo, nelle sue diverse forme, onde favorire l'inclusione ed i processi di emancipazione e responsabilizzazione degli utenti, con un approccio fortemente orientato al "recovery".

Detta offerta è pratica consolidata in diverse regioni del nord e del centro Italia e sperimentata, negli ultimi anni, anche in alcune ASL del territorio regionale.

Con la DGR n.2800 del 30 dicembre 2014 è stato approvato lo schema di Regolamento che persegue l'obiettivo di **potenziare l'assistenza riabilitativa psichiatrica domiciliare e territoriale**, attraverso il miglioramento dell'integrazione tra Servizio pubblico e Privato accreditato.

Per quanto riguarda il superamento degli OPG:

Con le DGR n. 1841 del 2 settembre 2014 e n.350 del 27 febbraio 2015, è stato definito il Programma Puglia, che vincola oltre il 70% dei finanziamenti in conto capitale (€7.868.000) al potenziamento dei servizi psichiatrici territoriali. La rimanente quota di circa 4 milioni di euro è stata destinata alla realizzazione di due Residenze per l'Esecuzione delle Misure di Sicurezza Detentive (REMS), per complessivi 38 posti letto (18 a Carovigno e 20 a Spinazzola);

All'interno del Istituto di Pena di Lecce, con la DGR n.215 del 26 febbraio 2014, è stata approvata la realizzazione di una Sezione, dotata di n. 20 posti letto, per:

detenuti in osservazione psichiatrica;
condannati a pena diminuita per parziale infermità mentale;
detenuti con infermità mentale sopravvenuta.

Un capitolo a parte merita **l'imponente sforzo di informatizzazione del sistema sanitario** che si è prodotto dal 2005 ad oggi, che ha il senso di migliorare l'accessibilità ai servizi, la trasparenza del sistema di offerta e le capacità di governo dei processi.

Queste azioni hanno facilitato l'implementazione degli strumenti di sorveglianza epidemiologica: tra le varie azioni di potenziamento del monitoraggio dello stato di salute, va sottolineato il **Registro Tumori Puglia**, unico in Italia a garantire copertura dell'intero territorio regionale.

Di seguito si riportano i principali interventi di informatizzazione, a cura del Servizio Sistemi Informativi e Investimenti della Regione Puglia.

Temi	Situazione 2005	Situazione 2015
Portale e Servizi online per gli assistiti	<ul style="list-style-type: none"> • Ogni Azienda ed Ente del SSR disponeva del proprio portale senza alcuna connessione e visione sinergica • Nessun servizio online ai cittadini 	<ul style="list-style-type: none"> • Un solo portale regionale della sanità (in fase di totale ammodernamento) per tutte le Aziende e per tutti gli Enti del SSR • Standardizzazione e uniformità dei contenuti informativi • Servizi online: <ul style="list-style-type: none"> ○ Scelta e revoca del medico di base ○ Visura delle esenzioni ○ Diario delle vaccinazioni ○ Disdetta prenotazioni ○ Prenotazione prestazioni ○ Pagamento ticket ○ Referto online (IRCCS oncologico) ○ Tempi medi di attesa e pazienti in visita nelle strutture di Pronto Soccorso • 3.600.000 utenti nell'ultimo anno

Temi	Situazione 2005	Situazione 2015
<p>Informatizzazione dei processi di lavori e dell'assistenza sanitaria</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Gestione informatizzata consolidata a livello regionale solo dell'assistenza ospedaliera (schede di dimissione ospedaliera), delle ricette specialistiche e farmaceutiche e del servizio 118 • Totale assenza di informatizzazione nel settore dell'assistenza territoriale sanitaria e sociosanitaria (domiciliare, residenziale, salute mentale, riabilitativa, ecc.) 	<ul style="list-style-type: none"> • Avvio in esercizio del nuovo sistema informativo regionale denominato Edotto (anno 2012), del nuovo sistema informativo del 118 (anno 2014), del sistema informativo della salute mentale (anno 2013) e della evoluzione del sistema informativo delle dipendenze patologiche • Informatizzazione di tutti i settori dell'assistenza sanitaria: <ul style="list-style-type: none"> ○ Accettazione d'urgenza ○ Piani Assistenziali Individuali (domiciliari e residenziali) ○ Hospice ○ Dispositivi medici ○ Assistenza riabilitativa ○ Assistenza protesica ○ Salute Mentale ○ Dipendenze Patologiche ○ 118 • 18.400 utenti del sistema Edotto tra operatori sanitari, sociosanitari e amministrativi del SSR • Febbraio 2015: stanziato 20.000.000 di euro per la realizzazione del sistema informativo regionale della diagnostica per immagini

Temi	Situazione 2005	Situazione 2015
Rete telematica della medicina generale	<ul style="list-style-type: none"> Nessuna rete disponibile 	<ul style="list-style-type: none"> Con la messa in esercizio nel 2011 del Sistema Informativo Sanitario Territoriale (SIST Puglia) sono stati collegati in rete i 4000 medici di medicina generale e pediatri di libera scelta che per mezzo di un collegamento sicuro possono scambiare e condividere informazioni con gli altri attori del SSR. Allo stesso sistema sono collegati gli altri medici prescrittori, le oltre 1000 farmacie convenzionate, i sistemi di prenotazione di tutte le Aziende pubbliche della regione Puglia. Con il SIST è stata realizzata anche l'infrastruttura per la del fascicolo sanitario elettronico degli assistiti pugliesi.
infrastrutture di "sistema" sanitario a livello regionale	<ul style="list-style-type: none"> Nessuna infrastruttura sovra-aziendale. Scarso/limitato governo delle reti aziendali 	<ul style="list-style-type: none"> Collegamento tramite Rete Unitaria della Pubblica Amministrazione Regionale (RUPAR) di tutte le Aziende e di tutti fli Enti Pubblici del SSR Collegamento in fibra ottica dedicata dei principali nodi del SSR Realizzazione di un Centro servizi regionale di sanità elettronica presso InnovaPuglia per la condivisione ed ottimizzazione delle risorse di elaborazione.

