



Area

Settore

20

1

# Regione Campania

## GIUNTA REGIONALE

SEDUTA DEL 08/05/2009

## PROCESSO VERBALE

Oggetto :

***Obiettivi di carattere prioritario e di rilievo nazionale a norma dell'art.1, comma 34 e 34 bis, della legge 662/96. Approvazione di specifiche progettualita' per l'utilizzo delle risorse vincolate per la realizzazione degli obiettivi del Piano Sanitario Nazionale per l'anno 2006.***

1)	Presidente	Antonio	BASSOLINO	<b>ASSENTE</b>
2)	Vice Presidente	Antonio	VALIANTE	<b>PRESIDENTE</b>
3)	Assessore	Ennio	CASCETTA	
4)	"	Andrea	COZZOLINO	<b>ASSENTE</b>
5)	"	Gabriella	CUNDARI	
6)	"	Mariano	D'ANTONIO	
7)	"	Alfonsina	DE FELICE	<b>ASSENTE</b>
8)	"	Oberdan	FORLENZA	
9)	"	Corrado	GABRIELE	<b>ASSENTE</b>
10)	"	Walter	GANAPINI	<b>ASSENTE</b>
11)	"	Nicola	MAZZOCCA	<b>ASSENTE</b>
12)	"	Mario Luigi	SANTANGELO	
13)	"	Claudio	VELARDI	
	Segretario	Maria	D'ELIA	

**Alla stregua dell'istruttoria compiuta dal Settore e delle risultanze e degli atti tutti richiamati nelle premesse che seguono, costituenti istruttoria a tutti gli effetti di legge, nonché dell'espressa dichiarazione di regolarità della stessa resa dal Dirigente del Settore a mezzo di sottoscrizione della presente**

**PREMESSO che:**

- il Piano Sanitario Nazionale 2006 – 2008, approvato con D.P.R. 7 aprile 2006, individua gli obiettivi da raggiungere per attuare la garanzia costituzionale del diritto alla salute e degli altri diritti, sociali e civili, in ambito sanitario e prevede che i suddetti obiettivi si intendono conseguibili nel rispetto dell'Intesa del 23 marzo 2005 ai sensi dell'articolo 1, comma 173 della legge 30 dicembre 2004, n. 311 e nei limiti ed in coerenza con le risorse programmate nei documenti di finanza pubblica per il concorso dello Stato al finanziamento del SSN.
- l'art. 1, comma 34 della legge 23 dicembre 1996, n. 662 prevede che il CIPE, su proposta del Ministro della Sanità, d'intesa con la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano, possa vincolare quote del Fondo Sanitario Nazionale alla realizzazione di specifici obiettivi di carattere prioritario e di rilievo nazionale indicati nel Piano Sanitario Nazionale, da assegnare alle Regioni per la predisposizione, ai sensi del comma 34 bis del medesimo articolo, di specifici progetti.
- con l'Accordo, sancito in Conferenza Stato-Regioni in data 29 marzo 2007 tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano in materia di obiettivi di carattere prioritario e di rilievo nazionale per l'attuazione del Piano Sanitario Nazionale 2006-2008, sono state definite, limitatamente all'anno 2006, nell'allegato A le seguenti linee progettuali per l'utilizzo, da parte delle Regioni e delle Province autonome di Trento e Bolzano, dei fondi di cui al summenzionato articolo 1, comma 34 della legge 23 dicembre 1996, n. 662 :
  - la garanzia dei LEA;
  - la riorganizzazione delle cure primarie;
  - la razionalizzazione della rete ospedaliera;
  - la prevenzione;
  - le liste di attesa;
  - la salute mentale;
  - umanizzazione dell'evento nascita

**CONSIDERATO che:**

- nella seduta del 29 marzo 2007, la Conferenza Stato-Regioni ha sancito, inoltre, l'Intesa ai sensi dell'art. 115, comma 1, a) del decreto legislativo 31 marzo 1998, n. 112, sulla proposta del Ministro della Salute di assegnazione alle Regioni delle risorse vincolate, ai sensi dell'art. 1, comma 34 della legge 23 dicembre 1996, n. 662, per l'anno 2006, alla realizzazione degli obiettivi individuati nel PSN 2006-2008, con cui è stato stanziato per la Regione Campania un importo pari a € 135.560.021,00;
- con D.G.R. n. 1746 del 5/10/2007 sono stati recepiti i contenuti dell'Accordo summenzionato ed inviata la stessa al Ministero della Salute per l'ammissione al finanziamento da parte della Conferenza Stato – Regioni rinviando a successivi provvedimenti l'approvazione di specifiche progettualità;
- che con nota del Ministero dell'Economia e delle Finanze si è avuta comunicazione dell'erogazione in favore della Regione Campania dell'importo relativo agli obiettivi di piano anno 2006 e che l'importo stanziato pari ad euro 135.560.021,00 è stato rettificato per la compensazione della mobilità sanitaria interregionale per cui l'importo complessivo accreditato presso la Tesoreria Provinciale dello Stato di Napoli risulta pari ad euro 133.894.701,00;
- con D.G.R. n. 2088 del 31/12/2008 sono stati iscritti, ai fini gestionali, le risorse di cui sopra sui seguenti capitoli di spesa:
  1. cap. 7072 (U.P.B. 4.15.38) per il Piano della prevenzione (ex art. 4, comma 1, lettera E Accordo Stato – Regioni del 23/03/05 – rep. 2271) per euro 23.873.922,00;
  2. cap. 7114 (U.P.B. 4.15.38) di nuova istituzione per gli Obiettivi prioritari e di rilievo nazionale anno 2006 (ex art. 1, comma 34 e 34 bis, L. 662/96) per euro 110.020.779,00;
- in conformità alle linee progettuali di cui all'Accordo Stato – Regioni del 29.03.07 e al Piano Sanitario Regionale, i competenti uffici regionali hanno provveduto alla predisposizione dei sottoelencati progetti che allegati al presente provvedimento, ne costituiscono parte integrante:
  - 1 Linea d'intervento 1 – La garanzia dei LEA: "Implementazione di modelli organizzativi e programmazione, rinnovo e sostituzione delle Tecnologie sanitarie per il miglioramento della qualità dell'assistenza negli istituti penitenziari della Campania" – All. A
  - 2 Linea d'intervento 1 – Razionalizzazione delle attività di prevenzione e cura dei danni da infezione perinatale – All. B
  - 3 Linea d'intervento 1 – Implementazione della rete delle malattie rare – All. C

- 4 Linea d'intervento 2 – La riorganizzazione delle cure primarie: “Rete delle cure domiciliari agli anziani fragili e persone affette da Alzheimer e/o patologie cronico – degenerative” – All. D
- 5 Linea d'intervento 2 – Sub - obiettivo “La riorganizzazione delle cure primarie”: “Rete di assistenza ai malati terminali e pazienti oncologici” – All. E
- 6 Governo regionale della rete di assistenza delle cure domiciliari (azione trasversale alle linee progettuali 2 e 6) – All. F
- 7 Linea d'intervento 3 – La razionalizzazione della rete ospedaliera: “la razionalizzazione dei percorsi in emergenza – urgenza per patologie complesse: riorganizzazione della risposta delle rete ospedaliera” – All. G
- 8 Linea d'intervento 4 – La Prevenzione
- 9 Linea d'intervento 5 – Le liste di attesa – All. H
- 10 Linea d'intervento 6 – La salute mentale: “Rete territoriale per la salute mentale” All. I
- 11 Linea d'intervento 7 – Umanizzazione dell'evento nascita: “Controllo del dolore durante il travaglio ed il parto vaginale” All. L

DATO ATTO che:

- per la linea d'intervento 4 relativa alla Prevenzione, la Giunta Regionale della Campania ha approvato con la Deliberazione n. 1133 del 20.08.2005, in attuazione dell'intesa Stato Regioni del 23/03/2005, art. 4 comma 1 lett. E, il Piano regionale della prevenzione per il triennio 2005/2007, il cui finanziamento pari ad euro 23.837.922,00 è stato vincolato sulle risorse per gli obiettivi di Piano Sanitario Nazionale per ciascun degli anni 2005,2006, 2007;

RITENUTO:

- di dover approvare il riparto delle risorse vincolate agli obiettivi del Piano Sanitario Nazionale 2006/2008 a valere sul FNS 2006, per complessivi euro 133.894.701,00 tra le sette linee progettuali così come di seguito specificato:

1	la garanzia dei LEA:	€ 13.438.693,74
2	la riorganizzazione delle cure primarie:	€ 33.622.039,79
3	la razionalizzazione delle rete ospedaliera:	€ 19.500.000,00
4	La Prevenzione:	€ 23.873.922,00
5	liste di attesa:	€ 15.304.183,76
6	la salute mentale:	€ 15.155.861,71
7	umanizzazione dell'evento nascita	€ 13.000.000,00

- di approvare, altresì i sopra elencati progetti allegati, da inoltrare al Ministero della Salute, incaricando il Settore Assistenza Sanitaria, Prevenzione, Igiene Sanitaria di provvedere agli adempimenti conseguenti;

Propone e la Giunta in conformità a voto unanime

DELIBERA

- di approvare il riparto delle risorse vincolate, pari a € 133.894.701,00 di cui all'allegato sub A dell'Intesa sancita in Conferenza Stato-Regioni in data 29.03.2007, assegnate alla Regione Campania per l'elaborazione di specifici progetti, ai sensi dell'art.1, comma 34 bis, della legge 23 dicembre 1996, n. 662, nell'ambito delle 7 linee prioritarie individuate dall' Accordo Stato - Regioni del 29 marzo 2007, secondo gli importi di seguito indicati:

-	la garanzia dei LEA:	€ 13.438.693,74
-	la riorganizzazione delle cure primarie:	€ 33.622.039,79
-	la razionalizzazione delle rete ospedaliera:	€ 19.500.000,00
-	La Prevenzione:	€ 23.873.922,00
-	liste di attesa:	€ 15.304.183,76
-	la salute mentale:	€ 15.155.861,71
-	umanizzazione dell'evento nascita	€ 13.000.000,00

- di approvare i seguenti progetti che i competenti uffici regionali hanno predisposto in conformità alle linee progettuali di cui all'Accordo Stato – Regioni del 29.03.07 e al Piano Sanitario Regionale e che allegati al presente provvedimento, ne costituiscono parte integrante e sostanziale:

- 1 Linea d'intervento 1 – La garanzia dei LEA: ”Implementazione di modelli organizzativi e programmazione, rinnovo e sostituzione delle Tecnologie sanitarie per il miglioramento della qualità dell'assistenza negli istituti penitenziari della Campania” – All. A
- 2 Linea d'intervento 1 – Razionalizzazione delle attività di prevenzione e cura dei danni da infezione perinatale – All. B
- 3 Linea d'intervento 1 – Implementazione della rete delle malattie rare – All. C
- 4 Linea d'intervento 2 – La riorganizzazione delle cure primarie: “Rete delle cure domiciliari agli anziani fragili e persone affette da Alzheimer e/o patologie cronico – degenerative” – All. D

- 5 Linea d'intervento 2 – La riorganizzazione delle cure primarie: “Rete di assistenza ai malati terminali e pazienti oncologici” – All. E
- 6 Governo regionale della rete di assistenza delle cure domiciliari (azione trasversale alle linee progettuali 2 e 6) – All. F
- 7 Linea d'intervento 3 – La razionalizzazione della rete ospedaliera: “la razionalizzazione dei percorsi in emergenza – urgenza per patologie complesse: riorganizzazione della risposta delle rete ospedaliera” – All. G
- 8 Linea d'intervento 4 – La Prevenzione
- 9 Linea d'intervento 5 – Le liste di attesa – All. H
- 10 Linea d'intervento 6 – La salute mentale: “Rete territoriale per la salute mentale” All. I
- 11 Linea d'intervento 7 – Umanizzazione dell'evento nascita: “Controllo del dolore durante il travaglio ed il parto vaginale” All. L

- di trasmettere, i progetti sopraelencati al Ministero della Salute incaricando il Settore Assistenza Sanitaria, Prevenzione, Igiene Sanitaria di provvedere all'ulteriore corso del presente provvedimento ed agli adempimenti conseguenti;
- di inviare la presente all'Area Generale di Coordinamento 19 Piano Sanitario Regionale, all'Area Generale di Coordinamento 20 Assistenza Sanitaria, al Settore Stampa Documentazione Informazione per la pubblicazione sul BURC.



## GIUNTA REGIONALE DELLA CAMPANIA

DELIBERAZIONE n°	858	del	08/05/2009	AREA 20	SETTORE 1	SERVIZIO 1
------------------	-----	-----	------------	------------	--------------	---------------

**OGGETTO :**

**Obiettivi di carattere prioritario e di rilievo nazionale a norma dell'art.1, comma 34 e 34 bis, della legge 662/96. Approvazione di specifiche progettualita' per l'utilizzo delle risorse vincolate per la realizzazione degli obiettivi del Piano Sanitario Nazionale per l'anno 2006.**

QUADRO A	CODICE	COGNOME	MATRICOLA	FIRMA
PRESIDENTE ∩ ASSESSORE ∩		<i>Assessore Santangelo Mario Luigi</i>	_____	_____
DIRIGENTE SETTORE		<i>Dr. Gambacorta Antonio</i>	_____	_____
IL COORDINATORE AREA		<i>Dr. Gambacorta Antonio</i>	_____	_____

VISTO IL DIRIGENTE SETTORE ATTIVITA' ASSISTENZA GIUNTA	COGNOME	FIRMA	
DATA ADOZIONE	<b>08/05/2009</b>	INVIATO PER L'ESECUZIONE IN DATA	<b>12/05/2009</b>

ALLE SEGUENTI AREE E SETTORI GENERALI DI COORDINAMENTO:

\_\_\_\_\_

*Dichiarazione di conformità della copia cartacea:*

Il presente documento, ai sensi del T.U. dpr 445/2000 e successive modificazioni è copia conforme cartacea dei dati custoditi in banca dati della Regione Campania.

Firma

\_\_\_\_\_

REFERENTE: dott. Antonio Gambacorta  
A.G.C. Assistenza Sanitaria  
Settore Assistenza Sanitaria, Prevenzione, Igiene Sanitaria  
Centro Direzionale, Isola C/3  
NAPOLI  
Tel. 0817969426  
e.mail: a.gambacorta@regione.campania.it  
Durata del progetto: annuale

## **Linea di intervento n. 1 : La garanzia dei Lea**

**Titolo del progetto: Implementazione di modelli organizzativi e programmazione, rinnovo e sostituzione delle Tecnologie sanitarie per il miglioramento della qualità dell'assistenza negli istituti penitenziari della Campania; attivazione di progetti terapeutico-riabilitativi individuali a favore di internati con misura di sicurezza non ancora scaduta o già prorogata.**

### *Sintesi dei contenuti del progetto*

## **ANALISI DEL CONTESTO**

Il Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 1.04 2008, in attuazione del Decreto Legislativo 22 giugno 1999, n. 230, disciplina le modalità e i criteri per il trasferimento al Servizio Sanitario Nazionale delle funzioni sanitarie, dei rapporti di lavoro, delle risorse finanziarie e delle attrezzature e beni strumentali in materia di sanità penitenziaria.

A decorrere dalla data di entrata in vigore del decreto, sono state trasferite al Servizio Sanitario Nazionale tutte le funzioni sanitarie svolte dal Dipartimento dell'amministrazione penitenziaria e dal Dipartimento della giustizia minorile del Ministero della giustizia, comprese quelle concernenti il rimborso alle comunità terapeutiche sia per i tossicodipendenti e per i minori affetti da disturbi psichici delle spese sostenute per il mantenimento, la cura e l'assistenza medica dei detenuti di cui all'articolo 96, commi 6 e 6-bis, del testo unico di cui al decreto del Presidente della Repubblica 9 ottobre 1990, n. 309, e successive modificazioni, nonché per il collocamento, disposto dall'autorità giudiziaria, nelle comunità terapeutiche per minorenni e per giovani adulti di cui all'articolo 24 del decreto legislativo 28 luglio 1989, n. 272. Le Regioni dovranno quindi assicurare l'espletamento delle funzioni trasferite attraverso le Aziende sanitarie locali comprese nel proprio territorio e nel cui ambito di competenza sono ubicati gli istituti e servizi penitenziari e i servizi minorili di riferimento.

La materia si è da subito palesata di notevole complessità soprattutto per quanto attiene al trasferimento dei rapporti di lavoro, sia per la peculiarità del servizio reso all'interno degli istituti penitenziari, sia per le modalità e procedure adottate dall'Amministrazione Penitenziaria per il reclutamento del proprio personale sanitario non di ruolo, al quale si applica la normativa speciale di cui alla legge 9 ottobre 1970 n. 740. Con l'attribuzione della responsabilità della tutela della salute in ambito penitenziario ad una Istituzione diversa da quella che eroga le funzioni custodiali si è offerta l'occasione per *ripensare* l'attuale modello organizzativo e gestionale della Sanità Penitenziaria che ha le proprie radici nella legge 740 del 1970 ed è antecedente di otto anni l'istituzione del Sistema Sanitario Nazionale avvenuta nel 1978.

A seguire, un ulteriore aspetto che ha generato enormi difficoltà è apparso essere quello relativo al trasferimento dei beni strumentali e delle attrezzature, nonché dei locali adibiti all'esercizio delle funzioni sanitarie; dalla prima ricognizione effettuata negli istituti penitenziari è emerso un allarmante dato relativo alla vetustà delle apparecchiature elettromedicali esistenti che in molte occasioni si sono rivelate non a norma sia dal punto di vista della sicurezza che dei requisiti e degli standard di efficienza.

Di converso, è emersa da subito l'esigenza di elaborare e strutturare un sistema di offerta di prestazioni all'interno degli istituti penitenziari che tenga conto degli assetti organizzativi penitenziari da un lato e che sia coerente, dall'altro, con il sistema di offerta di servizi sanitari vigente per la collettività nel suo complesso.

Il problema relativo all'utilizzo delle Tecnologie Sanitarie si è posto da subito come cruciale per le obiezioni giustamente poste dalle Direzioni Generali delle Aziende Sanitarie Locali, destinatarie del trasferimento e conseguentemente divenute titolari dei relativi obblighi giuridici in materia di sicurezza sul lavoro, all'utilizzo da parte del proprio personale di apparecchiature non a norma; d'altro canto, non possono sottacersi i rischi conseguenti al trasferimento in strutture esterne al carcere di detenuti anche di elevato spessore criminale per eseguire esami ed accertamenti di diagnostica strumentale e di laboratorio che potrebbero facilmente essere eseguiti all'interno della struttura, senza rischi per la sicurezza della collettività e senza inutile dispendio di risorse umane e finanziarie.

Nel contesto così delineato, vanno specificamente anche evidenziate alcune criticità relative agli Ospedali Psichiatrici Giudiziari (OPG), premettendo che la Regione Campania è l'unica ad ospitarne sul proprio territorio due, Aversa e Napoli, con una popolazione ristretta nettamente superiore a quella di ogni altra regione sede di OPG.

A differenza delle altre strutture penitenziarie il DPCM 01.04.2008 richiede per gli OPG una azione coordinata volta a mutarne il profilo di attività (espandendo la attività sanitaria, perimetrando quella di sicurezza, regionalizzando, attrezzando le carceri per le esigenze dei detenuti con disturbi mentali, predisponendo soluzioni alternative sul territorio etc...), riducendone la necessità del ricorso all'OPG stesso, in modo da prevederne in un periodo medio-lungo il suo superamento.

Il punto di arrivo finale di questo processo deve essere una completa ristrutturazione della offerta dei servizi da parte dei DSM che metta la Magistratura in condizione di effettuare la misura di sicurezza in contesti sanitari ordinari con garanzie di equità di trattamento rispetto alla popolazione psichiatrica generale.

Il disegno alla base delle disposizioni nazionali evidenzia le numerose difficoltà che è prevedibile incontrare in un percorso così lungo ed impegnativo e, pragmaticamente, impone una particolarissima attenzione al precoce, graduale e continuo spostamento del focus della gestione della misura di sicurezza verso strutture e programmi alternativi, realizzando azioni finalizzate alla riduzione della dimensione degli OPG.

Solo nel momento in cui queste fasi del complessivo percorso verranno completate (tempo prevedibile 2-3 anni) si potrà ragionevolmente effettuare una valutazione sulle modalità reali di definitivo superamento dell'OPG tramite la completa regionalizzazione delle cure.

## AZIONE 1

Al fine di ovviare alle criticità sopra evidenziate, le AASSLL coinvolte nel processo di trasferimento in atto devono preliminarmente predisporre un proprio modello organizzativo affinché si possa pervenire alla redazione del "Piano dell'offerta di servizi sanitari penitenziari".

Il modello organizzativo dovrà definire le modalità organizzative e di funzionamento del servizio sanitario presso ciascun istituto di pena, prevedendo eventualmente modelli differenziati in rapporto alla tipologia dell'istituto, ma integrati nella rete dei servizi sanitari regionali per garantire continuità assistenziale anche in termini di equità e qualità.

Propedeutiche alla redazione del modello organizzativo saranno:

- l'acquisizione di conoscenze epidemiologiche sistematiche sulle patologie prevalenti;
- l'acquisizione di conoscenze in ordine alle condizioni ed ai fattori di rischio specifici che sono causa o concausa delle manifestazioni patologiche.

Il modello organizzativo auspicabile prevede, come unità organizzativa aziendale, un **Servizio Aziendale di Medicina Penitenziaria**, collocato nell'ambito dei Distretti delle AASSLL sedi di Istituti penitenziari. Le ASL competenti territorialmente prevedranno tale Servizio nel loro Atto Aziendale.

Il personale sanitario il cui rapporto di lavoro, in virtù di quanto previsto dal DPCM 01.04.2008 è stato trasferito dall'Amministrazione Penitenziaria e dall'Amministrazione della Giustizia Minorile al SSR, è giuridicamente assegnato ai distretti delle AASSLL di pertinenza territoriale dell'Istituto di Pena di riferi-

mento, nell'ambito dei Servizi Aziendali di Medicina Penitenziaria, fatto salvo quanto previsto dall'art. 3 comma 5 dello stesso DPCM.

All'interno degli Istituti Penitenziari della Regione sono istituiti i **Presidi Sanitari Penitenziari**; ai predetti Presidi sono assegnati gli spazi ed i locali di cui all'art. 4 del D.P.C.M 01.04.2008. Tali Presidi garantiscono le prestazioni sanitarie di base:

1. Medicina di base;
2. Continuità assistenziale;
3. Prestazioni specialistiche.

In ogni Istituto Penitenziario, è individuata la funzione di **Medico Responsabile di Presidio** tra i medici di cui all'art. 1 della legge n. 740 del 1970 operanti nell'Istituto di Pena di riferimento. Questi svolge, direttamente o in coordinamento con i medici di cui all'art. 1 e all'art. 51 della stessa legge, e uniformandosi alle indicazioni dettate dalla Direzione Aziendale, le funzioni di cui al DPCM. 01.04.2008, allegato A, nonché i compiti previsti nella legge 740/70. Il Medico Responsabile di Presidio, di concerto con il Referente Aziendale, ha inoltre il compito di coordinare le attività sanitarie all'interno dell'Istituto Penitenziario, di favorire l'integrazione delle stesse verso una *presa in carico multiprofessionale* della salute del singolo detenuto o internato, di sorvegliare sul livello complessivo di salubrità dell'Istituto. Il Responsabile di Presidio si relaziona con la Direzione dell'Istituto Penitenziario per tutto quanto riguarda la necessaria collaborazione, a livello locale, con le aree della Sicurezza e del Trattamento. Il Responsabile di Presidio fa quindi riferimento tramite il Referente Aziendale al Servizio Aziendale e partecipa al Gruppo di Lavoro Aziendale per la Tutela della Salute in Carcere.

### **Organizzazione e integrazione delle funzioni a livello aziendale e interaziendale.**

I Direttori Generali delle ASL sede di Istituti Penitenziari affidano al **Referente Aziendale per la Medicina Penitenziaria**, già in precedenza individuato, il coordinamento a livello aziendale delle funzioni sanitarie, di base e specialistiche erogate dalle articolazioni organizzative aziendali (Dipartimenti, Servizi, etc), nei confronti dei detenuti e degli internati. Il Referente fa parte della Commissione istituita dall'Azienda per l'esercizio, all'interno degli Istituti di Pena, delle funzioni ispettive di cui all'art. 11 della legge 354/75 e s.m. e i.. Favorisce il percorso integrato delle azioni dei singoli servizi aziendali, prevenendo eventuali risorse aggiuntive; può infine promuovere iniziative locali.

In ciascuna ASL sede di Istituto Penitenziario, viene istituito il **Gruppo di Lavoro Aziendale per la Tutela della Salute in Carcere**. Esso è composto da ciascun Medico Referente di Presidio, dagli altri medici ex art. 1, legge 740/1970 operanti nell'Istituto di Pena, dai Referenti Aziendali di area tematica, ed eventualmente integrato dai medici ex art. 51, legge 740/1970 operanti nel Presidio Sanitario Penitenziario, dai medici specialisti di riferimento, dal personale infermieristico, tecnico e dagli psicologi di ruolo. Il Gruppo di Lavoro Aziendale per la Tutela della Salute in Carcere è coordinato dal Referente Aziendale per il Servizio Aziendale di Sanità Penitenziaria.

Al Gruppo di Lavoro è affidato il compito di predisporre il **"Piano dell'offerta dei servizi sanitari penitenziari"** che dovrà essere adottato con atto aziendale e dovrà:

- esplicitare il sistema dell'offerta e la sua accessibilità;
- identificare e selezionare i processi e le procedure interne ed esterne suscettibili di miglioramento, anche alla luce dei vigenti Livelli Essenziali di Assistenza;
- valutare l'assetto organizzativo sia clinico che gestionale ed economico finanziario e verificarne la coerenza operativa in termini di efficacia ed efficienza;
- identificare i bisogni formativi di tipo tecnico-professionale e organizzativo degli operatori dei servizi coinvolti e prevedere l'attivazione di processi formativi coerenti;
- verificare l'iter e le modalità della comunicazione aziendale ai vari livelli del macro e micro-sistema ed apportare modifiche volte al miglioramento dell'efficienza e quindi dell'efficacia relazionale globale;
- analizzare il grado di soddisfazione dei clienti interni (l'Amministrazione Penitenziaria) ed esterni in rapporto ai servizi ed alle prestazioni ricevute e ricercare gli interventi realizzabili, anche in termini di formazione e di indirizzo cognitivo, per il miglioramento del rapporto tra destinatari del servizio, Azienda ed Amministrazione;
- migliorare l'appropriatezza delle prestazioni erogate;

- definire le caratteristiche dei diversi regimi di erogazione delle prestazioni (intra ed extra murarie);
- esplicitare le regole a tutela dell'equità e della trasparenza.

## AZIONE 2

La gestione delle Tecnologie Sanitarie all'interno delle strutture penitenziarie rappresenta un processo con valenza strategica, di supporto primario per l'Azienda, caratterizzato da aspetti di particolare rilevanza e delicatezza, in particolare per quanto riguarda:

- la programmazione e la rilevazione dei bisogni di tecnologie;
- la valutazione di appropriatezza di utilizzo delle tecnologie, in coerenza con i bisogni sanitari cui esse sono destinate;
- l'economicità e l'efficienza di gestione del parco apparecchiature sanitarie durante il loro intero ciclo di vita (acquisto, installazione, gestione della manutenzione, gestione dei costi indotti in termini di materiali di consumo, corretto utilizzo delle tecnologie all'interno dei cicli produttivi);
- il mantenimento dei livelli di sicurezza e di qualità delle Tecnologie Sanitarie;
- il supporto alle strutture sanitarie nella formazione degli operatori per l'uso delle apparecchiature sanitarie.

Un corretto svolgimento del processo di gestione delle TS, tale da assicurarne l'efficacia e l'efficienza in tutti i settori attraverso i quali si snoda, anche in una prospettiva di *technology assessment*, ha un impatto diretto, rilevante, potenzialmente molto superiore rispetto a quanto mediamente osservato a livello aziendale, sul funzionamento complessivo dei servizi sanitari penitenziari, sia in termini qualitativi che economici.

È per tale ragione che l'azione 2 del presente progetto attiene alla realizzazione del "Piano straordinario di adeguamento e rinnovo delle Tecnologie Sanitarie negli istituti penitenziari"

L'obiettivo generale è quello di assicurare una gestione del parco delle apparecchiature biomedicali che ne favorisca un uso appropriato, sicuro ed economico all'interno della struttura penitenziaria, garantendo le seguenti funzioni:

- 8 adeguata programmazione delle attività di potenziamento, rinnovo-sostituzione e manutenzione delle apparecchiature biomedicali, nel rispetto del *budget* assegnato;
- 9 acquisizione delle apparecchiature, nel rispetto della programmazione, in conformità a requisiti di qualità e di sicurezza del prodotto;
- 10 controlli di accettazione e collaudo, con particolare attenzione alla rispondenza normativa e funzionale della tecnologia in esame e alla corretta e appropriata installazione;
- 11 codifica delle nuove apparecchiature biomedicali, collaborando alla registrazione inventariale, al fine di assicurarne l'identificazione e la tracciabilità nel tempo;
- 12 mantenimento dei livelli di prestazioni e sicurezza mediante la rilevazione del fabbisogno formativo del personale utilizzatore, l'effettuazione delle prove periodiche di funzionalità e di sicurezza e la corretta esecuzione della manutenzione preventiva e correttiva;
- 13 aggiornamento costante dell'inventario aziendale in base alle informazioni rilevate in occasione di interventi tecnici, verifiche di sicurezza, controlli vari, ecc.;
- 14 dismissione delle apparecchiature in base a criteri di opportunità, obsolescenza tecnologica, affidabilità di funzionamento, appropriatezza dell'utilizzo, convenienza economica;
- 15 costante monitoraggio dei costi, al fine di un'efficace ed efficiente programmazione e gestione del parco macchine.

## RISULTATI ATTESI ED INDICATORI DI RISULTATO

Durante e alla fine di questo progetto i risultati attesi sono i seguenti:

- coinvolgimento motivante degli operatori delle UO che partecipano al progetto;
- miglioramento dell'appropriatezza delle attività svolte e delle prestazioni erogate verificabile con la raccolta campionaria di dati e l'utilizzo di indicatori specifici da utilizzare periodicamente;
- miglioramento della qualità tecnico-professionale delle prestazioni erogate, grazie all'utilizzo di strumenti operativi adeguati (linee guida, protocolli, standard, etc.) ed al potenziamento,

rinnovo-sostituzione e manutenzione delle apparecchiature biomedicali, nel rispetto del budget assegnato;

- incremento della produttività quali/quantitativa valutato periodicamente attraverso l'utilizzo di indicatori specifici;
- miglioramento strategico culturale, attraverso l'applicazione di tecniche/strumenti manageriali efficaci ed efficienti da parte dei responsabili delle UO, collegate a un sistema premiante;
- incremento dell'attività di formazione specifica;
- miglioramento della qualità dei servizi erogati incentrati su percorsi terapeutici che garantiscano la tempestività degli interventi, la continuità assistenziale, l'appropriatezza e la qualità delle prestazioni, la verifica dei risultati, anche attraverso apposite linee guida.

### **AZIONE 3**

Gli interventi richiesti sull'OPG prevedono il trasferimento delle funzioni, delle risorse e del personale, ma al tempo stesso devono contenere una progettualità diversa da quella attuale, in termini organizzativi interni, tecnico-professionali ed organizzativi esterni alla struttura in collegamento con i DSM nazionali. Siffatte progettualità, sebbene già avviate in Regione Campania con esperienze avanzate e di rilievo nazionale, risultano fortemente condizionate negativamente dai vincoli imposti dal piano di rientro. Infatti, se anche gli investimenti necessari alla AA.SS.LL. per la dimissione degli internati di propria competenza territoriale siano adeguati a soddisfare nel lungo periodo tali vincoli, gli stessi impongono spesso in fase iniziale il reperimento di risorse aggiuntive che, nell'attuale fase di trasferimento delle competenze dalla Giustizia, rischia di non essere prontamente realizzabile.

L'obiettivo che qui si intende raggiungere è la riduzione della dimensione degli OPG, sostenendo il precoce, graduale e continuo spostamento del focus della gestione della misura di sicurezza verso strutture e programmi alternativi, attraverso le seguenti azioni:

- a) attivazione, con progetti terapeutico-riabilitativi individuali a favore di internati con misura di sicurezza non ancora scaduta o prorogata per motivi diversi dall'indisponibilità di progetti alternativi all'OPG, di esperienze analoghe a quelle già consolidate nelle tossicodipendenze di "custodia attenuata". Per ogni progetto terapeutico-riabilitativo individuale di "custodia attenuata" della durata prevista di 12 mesi, le ASL sede di OPG usufruiranno, attraverso i propri DSM, di uno specifico finanziamento di € 6000 (seimila).
- b) avvio, per gli internati con misura di sicurezza già prorogata in ragione dell'indisponibilità di alternative all'OPG ("misura di sicurezza condizionata"), di progetti terapeutico-riabilitativi individuali di dimissione che prevedano la presa in carico da parte dei Dipartimenti di Salute Mentale della Campania con programmi territoriali o territoriali-residenziali. Per ogni progetto terapeutico-riabilitativo individuale di dimissione della durata prevista di 12 mesi, le ASL competenti territorialmente per il singolo internato (cioè quelle di residenza alla data del ricovero, ex art. 6, comma 4, Legge 328/2000) usufruiranno, attraverso i propri DSM, di uno specifico finanziamento di € 30000 (trentamila). Nel caso di internati con "misura di sicurezza condizionata" prorogata più di una volta dal Magistrato di Sorveglianza, in mancanza di progetto di dimissione del DSM competente territorialmente, il finanziamento potrà essere assegnato, su richiesta, al DSM sede di OPG.

I finanziamenti per le predette azioni saranno erogati per il 20% all'atto della richiesta e per l'80% all'avvio del progetto individuale; successivamente, nel caso di progetti che terminano anticipatamente, le risorse assegnate restano vincolate alle specifica tipologia di azione (a,b).

### **RISULTATI ATTESI ED INDICATORI DI RISULTATO**

I dati epidemiologici disponibili documentano come attualmente circa il 70% della popolazione internata in OPG che risulta socialmente pericolosa, e pertanto è oggetto di applicazione della misura di sicurezza, lo è esclusivamente in relazione all'indisponibilità di una adeguata presa in carico territoriale o territoriale-residenziale da parte del DSM competente; spesso tale condizione è determinata dalla mancanza di risorse dirette o indirette da destinare a quel cittadino.

Pertanto, durante e alla fine di questo progetto, i risultati attesi sono i seguenti:

### **1. a breve-medio termine (3-6 mesi):**

- 70% dell'azione: avvio, per gli internati con misura di sicurezza già prorogata in ragione dell'indisponibilità di alternative all'OPG (“misura di sicurezza condizionata”), di progetti terapeutico riabilitativi individuali di dimissione che prevedano la presa in carico da parte dei Dipartimenti di Salute Mentale della Campania con programmi territoriali o territoriali-residenziali (indicatore: concessione da parte del Magistrato di Sorveglianza della Licenza Finale di Esperimento);
- 30% dell'azione: attivazione, con progetti individualizzati a favore di internati con misura di sicurezza non ancora scaduta o prorogata per motivi diversi dall'indisponibilità di progetti alternativi all'OPG, di percorsi interni all'OPG caratterizzati da “custodia attenuata” e dal coinvolgimento dei DSM di competenza (indicatore: relazione dell'equipe dell'OPG di avvio del progetto terapeutico-riabilitativo individuale “a custodia attenuata”).

### **2. A medio-lungo termine (18-24 mesi):**

- riduzione del 50% della popolazione internata in OPG e di competenza dei DSM della Regione Campania, con aumento della presa in carico territoriale;
- rafforzamento della componente terapeutico-riabilitativa delle attività interne agli OPG regionali, con sua prevalenza sulle attività di custodia.

## **MONITORAGGIO E VALUTAZIONE DELLE AZIONI**

Le attività di valutazione saranno condotte dall'Osservatorio Regionale per la Sanità Penitenziaria e si inseriscono in un percorso di preparazione all'accreditamento istituzionale dei Presidi Sanitari Penitenziari. Esse garantiscono la qualità acquisita attraverso una valutazione continua e permanente dei servizi e delle prestazioni rese ai clienti interni ed esterni e attraverso un rilevamento delle percezioni dei clienti esterni.

Prodotti del monitoraggio e della supervisione:

- rapporti periodici, almeno trimestrali

Prodotti delle valutazioni:

- ogni valutazione produrrà rapporti specifici

## **PIANO ECONOMICO FINANZIARIO**

L'intero progetto si avvale di un finanziamento complessivo di Euro 10.438.693,74 così suddiviso:

- **€ 500.000,00 per il finanziamento delle attività di cui all'Azione 1;**
- **€ 7.022.693,74 per il finanziamento delle attività di cui all'Azione 2;**
- **€ 2.916.000,00 per il finanziamento delle attività di cui all'Azione 3.**