



REGIONE CAMPANIA
AZIENDA SANITARIA LOCALE CASERTA
Via Unità Italiana, 28
81100 CASERTA

Determinazione Dirigenziale

Competenza/Funzione:

<input checked="" type="checkbox"/>	Propria
<input type="checkbox"/>	Delegata

Provvedimento con Eseguitività:

<input type="checkbox"/>	Ordinaria	
<input checked="" type="checkbox"/>	Immediata	Motivazione: NESSUNA

OGGETTO

Implementazione della metodologia del Case Management (CM) per la presa in carico dei pazienti nei servizi afferenti all'area della sanità penitenziaria ex deliberazione n. 440/2018.

PREMESSO

- con D.P.C.M del 01/04/2008 e con D.G.R.C. n° 1551 del 26/09/2008 attuativi dei D.lgs. n° 230/99 e s.m. e i. erano definiti criteri e modalità per il trasferimento delle funzioni sanitarie dei rapporti di lavoro, delle risorse finanziarie e delle attrezzature e beni strumentali dal Ministero di Grazia e Giustizia al SSN/AASSLL Regione Campania e che la tutela della salute in ambito penitenziario, trasferita ad una Istituzione diversa da quella che eroga le funzioni di custodia, ha progressivamente reso necessario l'attuazione di un modello organizzativo e gestionale della Sanità Penitenziaria che si è pienamente realizzato.
- Che vanno recepite le relative indicazioni a partire da quelle dell'Osservatorio permanente sulla sanità penitenziaria di cui alla DGR n. 96 del 21 marzo 2011 fino alle recenti indicazioni recate dal Decreto Commissariale n. 99/2016 e dalla DGRC n. 716/2016.
- Che la complessità quali-quantitativa della rete di Istituti Penitenziari e delle strutture residenziali sanitarie per l'esecuzione delle misure di sicurezza detentive OPG e CCC (REMS) insistenti nel territorio di competenza della Asl di Caserta fa sì che le connesse attività sanitarie devono realizzarsi all'interno e all'esterno delle strutture, in collegamento con altri servizi sanitari, territoriali e ospedalieri, anche extra-aziendali, e con altre Amministrazioni e Autorità, con prevalente riferimento al Ministero della Giustizia (Dipartimento dell'Amministrazione penitenziaria e Dipartimento della Giustizia Minorile e di Comunità) e all'Autorità Giudiziaria (Procure e Tribunali, per adulti e minorenni).

CONSIDERATO

- che l'adeguamento organizzativo di tutti i servizi gestionalmente afferenti alla UOC Tutela della Salute in Carcere, esistenti o da implementare, deve adeguarsi a quanto disposto con Deliberazione del D.G. n. 440 del 05.04.2018, che prevede che le modalità lavorative siano basate sul case management superando l'attuale organizzazione ancora in buona parte incentrata sul preesistente modello di medicina penitenziaria pre-riforma".

PRESO ATTO

- del documento "CASE MANAGMENT E TUTELA DELLA SALUTE IN CARCERE", Allegato e parte integrante e sostanziale del presente atto, definito di concerto tra i Responsabili e referenti di i servizi afferenti alla UOC Tutela della Salute in Carcere;

CONSIDERATO ALTRESÌ

- che il predetto documento, prevede uno sviluppo della modalità operativa dei servizi che, estendendo ed integrando gli interventi di promozione della salute, di prevenzione della malattia, di trattamenti diagnostici e di presa in carico terapeutica multidisciplinare, consente un significativo miglioramento dell'efficacia e dell'efficienza dell'assistenza sanitaria, basato sulla logica di coordinamento delle risorse ed organizzazioni del sistema sanitario;
- che detto sistema si configura quale modello assistenziale capace di produrre un linguaggio condiviso per meglio identificare le fasi e gestire l'organizzazione di un determinato processo assistenziale di presa in carico multidisciplinare del singolo paziente;
- che l'implementazione della metodologia in tutti i servizi – determinando l'identificazione delle persone con bisogni sanitari non occasionali e che richiedono interventi a medio o lungo termine, e comunque di tutti quanti necessitano di prestazioni per almeno 3 mesi - consente di superare la logica dei servizi basati su prestazioni predefinite e di determinare una migliore rilevazione degli effettivi bisogni di salute che può consentire una riorganizzazione delle risorse e delle attività maggiormente appropriata, efficiente ed efficace;

PRECISATO

- che, al fine di prevenire errori interpretativi ed operativi, la presa in carico con la metodologia di cui al presente atto non si applica meccanicamente alle persone detenute per le quali viene rilevato un rischio suicidario, che, per tale condizione, restano interessate esclusivamente dagli interventi attuativi dei Piani di prevenzione definiti in conformità alla DRGC n. 134/2018 (Recepimento Accordi Conferenza Unificata 27 luglio 2017 (Rep. n. 81) e 26 ottobre 2017 (Rep. n. 129) - approvazione "Piano regionale per la prevenzione delle condotte suicidarie nel sistema penitenziario per adulti" e "Piano regionale per la prevenzione del rischio autolesivo e suicidario nei servizi residenziali minorili del Dipartimento della Giustizia Minorile e di Comunità");
- che solo nei casi in cui si rilevano contemporaneamente entrambe le condizioni di bisogno (1 - bisogno sanitario non occasionali e a medio o lungo termine – e comunque per tutte le condizioni individuali che richiedono prestazioni per almeno 3 mesi; 2 – rischio suicidario) le dovute attività sono assicurate parallelamente;

RITENUTO pertanto di poter approvare l'allegato documento e darne attuazione immediata in tutti i servizi afferenti alla UOC Tutela della Salute in Carcere;

VISTO

il D.P.C.M del 01.04.2008

la D.G.R.C. n° 1551 del 26/09/2008

Il D.lgs n° 230/99

La DGRC n. 96 del 21 marzo 2011

Il Decreto Commissariale Regione Campania n. 99/2016

la DGRC n. 716/2016.

la Deliberazione del D.G. ASL CE n. 440 del 05.04.2018

DETERMINA

Per le motivazioni espresse in narrativa e alla stregua dell'istruttoria compiuta, di prendere atto dei presupposti citati in premessa e per l'effetto:

- **approvare** il documento "CASE MANAGEMENT E TUTELA DELLA SALUTE IN CARCERE", Allegato e parte integrante e sostanziale del presente atto, e disporre l'immediata applicazione a cura dei Responsabili e Referenti di tutti i Servizi afferenti alla UOC Tutela della Salute in Carcere, anche in qualità di obiettivo annuale, da valutare in funzione della produzione della reportistica nello stesso documento specificata
- **notificare** copia della presente determinazione ai Dirigenti e Referenti di tutti i servizi afferenti alla UOC Tutela della salute in carcere;
- **disporre** che il presente documento sia pubblicato ai sensi dell'art.32, comma 1, L.18/06/2009, n.69, comprensivo di Allegato,, sull'Albo Pretorio on-line aziendale.
- **trasmettere** notifica della pubblicazione di tale atto a

COLLEGIO SINDACALE
DIREZIONE AMMINISTRATIVA
DIREZIONE GENERALE
DIREZIONE SANITARIA

IL DIRIGENTE/DIRETTORE

SANITÀ PENITENZIARIA

CASE MANAGEMENT E TUTELA DELLA SALUTE IN CARCERE

1. Case Management e Care Manager

Il Case Management (CM) si estende ed integra interventi di promozione della salute, di prevenzione della malattia, di trattamenti diagnostici e di presa in carico terapeutica multidisciplinare.

Il CM è un sistema di miglioramento dell'efficacia e dell'efficienza dell'assistenza sanitaria, basato sulla logica di coordinamento delle risorse ed organizzazioni del sistema sanitario.

Detto sistema si configura quale **modello assistenziale** capace di produrre un linguaggio condiviso per meglio identificare le fasi e gestire l'organizzazione di un determinato processo assistenziale di presa in carico multidisciplinare del singolo paziente.

Il **Care Manager**, in particolare, si inserisce nel contesto della metodologia del **Case Management**: prevede la presa in carico olistica del paziente attraverso percorsi assistenziali più o meno complessi, a seconda dei casi, per agevolare il percorso di cura e riabilitazione nell'ottica del pieno reinserimento nel proprio contesto di appartenenza.

Il C.M., considerato da alcuni come l'evoluzione del modello di Primary Nursing, è un sistema che, attraverso il **governo dell'intero processo**, permette all'infermiere o, comunque, ad un professionista del comparto, identificato quale Care Manager (PCM) di coordinare varie professionalità e risorse, garantendo un'assistenza personalizzata e favorendo la massima autonomia residua possibile all'utente.

Il CM è sviluppato al meglio se la gestione dei pazienti è assegnata all'infermiere piuttosto che ad altre figure sanitarie, in quanto può fornire la maggior parte dei servizi rispetto agli altri operatori sanitari fungendo, pertanto, anche da raccordo tra le varie professionalità, tenuto conto, altresì, della maggiore prossimità col paziente. Resta inteso che, a seconda della preminenza del bisogno sanitario del paziente, può essere identificato anche altra professionalità quale CM.

In questo contesto, dunque, il **PCM** assume la gestione del caso e diventa la figura di riferimento per il paziente, i familiari e/o caregiver e altri operatori sanitari e sociali, con la responsabilità a suo carico di:

- presentare e spiegare il processo e le fasi che lo compongono;
- garantire e coordinare l'applicazione del processo;
- individuare e contribuire a superare le eventuali criticità.

Lo sviluppo del CM si basa su tre punti fondamentali:

1. integrazione assistenziale, intesa come coerenza fra ciò che è stato progettato con ciò che viene realizzato;
2. coordinamento dell'assistenza, inteso come modalità con cui il progetto assistenziale è seguito da tutti soggetti coinvolti;
3. continuità assistenziale, intesa come l'estensione del progetto assistenziale in tutti gli ambiti di svolgimento per il tempo necessario;

A completamento del ruolo del medico di riferimento, il PCM, nella gestione dei casi, assume un ruolo attivo di facilitatore e di coordinatore dell'assistenza, delle cure e della corretta circolazione delle informazioni socio-sanitarie del singolo assistito.

Il PCM ha il ruolo di coordinare un team interdisciplinare facilitando la comunicazione fra i vari membri e le diverse discipline coinvolte nella cura dei pazienti, sia internamente, (per esempio, medicina, riabilitazione, servizi sociali) sia esternamente, (per esempio, organizzazione assistenziale e medici specialisti).

In collaborazione con i medici e gli altri membri del team il PCM assicura che i pazienti non ricevano cure inadeguate. Inoltre è responsabile del controllo delle risorse necessarie e della valutazione dell'assistenza offerta, mediante periodiche riunioni con il team e informando costantemente il medico di riferimento.

La suddetta modalità operativa, attuativa di quanto disposto con Deliberazione del D.G. n. 440 del 05.04.2018, laddove viene espressamente previsto *“l'adeguamento organizzativo di tutti i servizi della UOC Tutela della Salute in Carcere, esistenti o da implementare, con modalità di lavoro basato sul case management (...) superando l'attuale organizzazione ancora incentrata sul preesistente modello di medicina penitenziaria pre-riforma”*.

2) Tutela della Salute in Carcere

La tutela della salute in ambito penitenziario trasferita ad una Istituzione diversa da quella che eroga le funzioni di custodia ha progressivamente reso necessario ripensare il modello organizzativo e gestionale della Sanità Penitenziaria che si è pienamente realizzato, dal punto di vista normativo, con l'approvazione del D.P.C.M. 01.04.2008.

Conseguenzialmente, il modello regionale di sanità penitenziaria deve essere armonizzato con la realtà nazionale nel rispetto dei principi ispiratori esplicitati nel PSR 2011-2013 e delle politiche organizzative e di intervento ivi rappresentate. Al contempo deve recepire progressivamente le pertinenti indicazioni a partire da quelle dell'Osservatorio permanente sulla sanità penitenziaria di cui alla DGR n. 96 del 21 marzo 2011 fino alle recenti indicazioni recate dal Decreto Commissariale n. 99/2016 e dalla DGRC n. 716/2016.

Per quanto specificamente riferibile al processo di superamento degli ospedali psichiatrici giudiziari e all'implementazione delle strutture e dei servizi che ne hanno sostituito e modificato le funzioni, si richiamano, per quanto pertinente con l'organizzazione aziendale e con riferimento all'ambito regionale, i Decreti del Commissario ad Acta per il rientro dal deficit sanitario della Campania n. 62/2012 e n. 104/2014.

Articolazioni organizzative e servizi della U.O.C. Tutela della Salute in Carcere:

La complessità quali-quantitativa della rete di Istituti Penitenziari e delle strutture residenziali sanitarie per l'esecuzione delle misure di sicurezza detentive OPG e CCC (REMS) fa sì che le connesse attività sanitarie di competenza devono realizzarsi all'interno e all'esterno delle strutture, in collegamento con altri servizi sanitari, territoriali e ospedalieri, anche extra-aziendali, e con altre Amministrazioni e Autorità, con prevalente riferimento al Ministero della Giustizia (Dipartimento dell'Amministrazione penitenziaria e Dipartimento della Giustizia Minorile e di Comunità) e all'Autorità Giudiziaria (Procure e Tribunali, per adulti e minorenni).

Pertanto la U.O.C. Tutela della Salute in Carcere comprende i servizi di seguito descritti, evidenziando per ciascuno l'unità organizzativo-gestionale interna di afferenza:

- **Servizio di Medicina Penitenziaria – I.P. di Santa Maria Capua Vetere** (afferente gestionalmente alla UOS Presidio penitenziario di Santa Maria Capua Vetere): assicura le funzioni di

sanità penitenziaria presso l'Istituto Penitenziario di Santa Maria Capua Vetere; opera in raccordo funzionale con il Distretto Sanitario territorialmente competente e la Direzione Penitenziaria dell'Istituto.

- **Servizio di Salute Mentale in Carcere (SSMC) e Articolazione di Salute Mentale Penitenziaria (ATSM) presente presso la C.C. di S. Maria C. V** (afferente gestionalmente alla UOS Residenza Esecuzione Misure di Sicurezza di Calvi Risorta): il Servizio di Salute Mentale in Carcere: assicura le prestazioni per la tutela della salute mentale a tutte le persone detenute negli Istituti penitenziari del territorio aziendale (al momento, Aversa, Arienzo, Carinola e S. maria Capua vetere). Per la gestione dei pazienti che richiedono temporaneamente interventi di maggiore intensità assistenziali erogabili in ambito intrapenitenziario, si avvale di una sezione detentiva sanitaria specializzate, l'Articolazione di Salute Mentale Penitenziaria (ATSM). Questa Sezione presente presso la casa Circondariale di Santa Maria Capua Vetere (ex-Accordo Conferenza Unificata del 13.10.2011), ha come finalità l'accoglienza dei detenuti ristretti negli istituti Penitenziari del territorio dell'Asl di Caserta, di sesso maschile, con rilevanti bisogni di tutela della salute mentale, compresi i detenuti ai quali sono applicati gli art. 111 e 112, comma 2 del DPR 230/2000 e l'articolo 148 del c.p.; tale articolazione è dotata di 20 posti letto. Assicura anche i pertinenti bisogni delle persone di competenza delle AASSLL Napoli 2 Nord e Napoli 3 Sud, in forza di definiti e specifici Accordi.

- **Servizio di Medicina Penitenziaria – I.P. di Carinola** (afferente gestionalmente alla UOS Presidio penitenziario di Carinola): assicura le funzioni di sanità penitenziaria presso l'Istituto Penitenziario di Carinola; opera in raccordo funzionale con il Distretto Sanitario territorialmente competente e la Direzione Penitenziaria dell'Istituto.

- **Servizio di Medicina Penitenziaria – I.P. di Arienzo** (afferente gestionalmente all'incarico professionale di alta specializzazione Presidio penitenziario di Arienzo): assicura le funzioni di sanità penitenziaria presso l'Istituto Penitenziario di Arienzo; opera in raccordo funzionale con il Distretto Sanitario territorialmente competente e la Direzione Penitenziaria dell'Istituto.

- **Servizio di Medicina Penitenziaria – I.P. di Aversa** (afferente gestionalmente all'incarico professionale di alta specializzazione Presidio penitenziario di Aversa); assicura le funzioni di sanità penitenziaria presso l'Istituto Penitenziario di Aversa; opera in raccordo funzionale con il Distretto Sanitario territorialmente competente e la Direzione Penitenziaria dell'Istituto.

- **Servizio R.E.M.S. - Residenza Esecuzione Misure di Sicurezza Calvi Risorta** (afferente gestionalmente alla UOS Residenza Esecuzione Misure di Sicurezza di Calvi Risorta): assicura le

attività delle Strutture residenziali per l'esecuzione delle misure di sicurezza OPG/CCC (REMS) – REMS definitiva di Calvi Risorta e, fino al completamento della programmata dismissal, REMS provvisorie di Mondragone e Vairano P. – e del Servizio di salute mentale in carcere, comprensivo dell'Articolazione per la Tutela della Salute Mentale in Carcere (istituita presso la Casa Circondariale di S. Maria Capua Vetere ex Decreto Min. Giustizia 02.09.2014), competente per le attività della specifica area a favore di tutti i detenuti presenti negli Istituti Penitenziari (I.P.) del territorio aziendale.

- **Servizio per le Dipendenze Patologiche in carcere** (afferente gestionalmente alla UOSD Dipendenze Patologiche in carcere, aggregato alla UOC Tutela della Salute in Carcere): assicura le attività della specifica area a favore di tutti i detenuti presenti negli Istituti penitenziari del territorio aziendale e quelle della istituenda Sezione Sanitaria Specializzata per le Dipendenze Patologiche presso la C.C. di S. Maria Capua Vetere (ex DGRC 716/2016), con modalità analoghe a quelle già previste per le Articolazioni della UOC Tutela della Salute in Carcere. Opera in raccordo funzionale con il Dipartimento Dipendenze, secondo forme, modalità e procedure definite in specifico protocollo operativo. Funzionalmente, il suddetto Servizio oltre ad assolvere a tutte le attività proprie e consequenziali alla presa in carico dei detenuti affetti da dipendenze patologiche, assicura, previo adeguato percorso clinico diagnostico, il rilascio delle certificazioni di cui al D.M. n. 186/1990 e s.m.i. e/o l'attivazione delle procedure finalizzate al suddetto rilascio. Inoltre, in raccordo con il Servizio per la tutela della salute mentale in Carcere, provvede alla presa in carico congiunta dei detenuti affetti da co-morbilità e partecipa alla stesura e attuazione di programmi riabilitativi, ivi compreso il consequenziale coinvolgimento, laddove richiesto, dell'A.G. precedente. Detiene il rapporto coi difensori dei detenuti affetti da dipendenze patologiche per il rilascio, attraverso i servizi aziendali e nel pieno rispetto delle procedure, delle succitate certificazioni e/o relazioni cliniche diagnostiche.

- **Servizio “Minori, sottoposti a provvedimenti penali, con problematiche psichiatriche e/o con dipendenze patologiche, collocati presso Comunità terapeutiche”** (afferente gestionalmente all'omonimo incarico professionale di alta specializzazione): assicura l'immediato raccordo con il Centro per la Giustizia Minorile per la prima valutazione e identificazione della Comunità ove accogliere il minore, su disposizione dell'A.G.. Assicura, altresì, nel pieno rispetto di quanto contemplato dalla DGRC 621/12 e dal documento licenziato in sede di Osservatorio Permanente sulla sanità penitenziaria nella seduta del 22.06.2018, l'immediata attivazione dell'équipe multidisciplinare per la tempestiva e corretta presa in carico territoriale del minore. Monitora, in raccordo con i Servizi Territoriali, il percorso comunitario; provvede alla rendicontazione della spesa e trasmette,

annualmente e in caso di necessità, i dati all'Osservatorio Permanente per la Sanità Penitenziaria presso la Regione Campania.

3) Care Manager nella Tutela della salute in Carcere

In tutti i servizi sopra evidenziati, si prevede la piena applicazione del modello CM con l'individuazione di un PCM, responsabile del coordinamento di una équipe multidisciplinare e multiprofessionale per ogni percorso di cura di un paziente.

Detta équipe, in accordo con il responsabile della struttura, provvederà a predisporre adeguato Progetto Terapeutico Riabilitativo Individualizzato (P.T.R.I.) esplicitando i vincoli e le risorse per il conseguimento degli obiettivi che si intendono raggiungere nonché le varie fasi di attuazione del progetto terapeutico stesso.

Per ciascun paziente, il PCM provvederà, direttamente e preliminarmente, ad acquisire le necessarie informazioni anamnestiche; ad elaborare e supervisionare un piano assistenziale comprensivo di esami diagnostici, trattamenti terapeutici, riabilitativi e sociali con l'ausilio delle diverse figure dell'équipe e del medico di riferimento. I diversi piani assistenziali, elaborati dal care manager, verranno seguiti dal personale tutto, quotidianamente in turno, in ossequio a quanto stilato nella strutturazione del P.T.R.I. e condiviso in sede di riunione con frequenza almeno quindicinale.

Tutte le attività effettuate dal PCM saranno integralmente riportate in un "*Diario di bordo*" – separato e indipendente dalla Cartella o Diario Clinico - per la piena condivisione delle attività svolte e per consentire a tutti i professionisti che hanno in carico la persona, di conservare la "*memoria storica*" degli interventi effettuati e/o da effettuare.

Ambiti di Applicazione e modalità operative.

La suindicata modalità operativa di gestione e presa in carico del paziente portatore di un bisogno sanitario non occasionali e a medio o lungo termine – e comunque per tutti quanti richiedono prestazioni per almeno 3 mesi - sarà operativa in tutti i Servizi afferenti alla UOC Tutela della Salute in Carcere

L'**attivazione** della suddetta operatività potrà avvenire da parte di qualunque operatore della UOC Tutela della Salute in Carcere che rilevi un bisogno sanitario nella popolazione di pertinenza che possa indicare una presa in carico con la metodologia del CM.

La **segnalazione del caso**, utilizzando la modulistica allegata, sarà inviata – preferenzialmente per email o comunque con modalità tracciabili - direttamente al responsabile del servizio o ad un referente formalmente identificato da quest'ultimo.

All'atto della acquisizione della prima segnalazione, un operatore del servizio, individuato dal Responsabile/Referente del Servizio, indipendentemente dalla specifica professionalità (laddove non esplicitamente richiesta o probabilmente identificabile sulla base della tipologia di iniziale prestazione da erogare) provvederà ad acquisire, celermente, tutte le informazioni necessarie per meglio comprendere e inquadrare la domanda di aiuto.

La **trattazione del caso nella programmata riunione di équipe del servizio**, ovvero in riunione specificate programma dal Responsabile del Servizio, fa seguito alla prima valutazione da parte di un operatore del servizio di riferimento, che provvederà a “*presentare*” la richiesta di aiuto al fine di pervenire alla valutazione dell'équipe sulla necessità e appropriatezza dell'arruolamento del paziente in un percorso di CM per la specifica espressione di bisogno evidenziato.

Nell'ambito della riunione del servizio, qualora si confermi la necessità e/o opportunità di un arruolamento del paziente nel programma di CM, l'équipe del servizio, formula una ipotesi di lavoro identificando una presa in carico a medio-lungo termine e individuando il PCM.

L'esito di quanto sopra, si concretizzerà nella strutturazione di un adeguato PTRI, formalmente approvato e condiviso in sede di riunione di servizio, con chiara esplicitazione degli obiettivi; delle modalità operative; dei tempi e modi di erogazione delle singole prestazioni richieste; della modalità di monitoraggio periodico del progetto individualizzato, anche attraverso periodici incontri preventivati nel PTRI strutturato. Il PCM avrà il compito, quindi, di dare piena operatività a quanto stabilito nel PTRI con facoltà di attivare specifiche micro-équipe professionali per il raggiungimento degli obiettivi prefissati.

Il PCM avrà, inoltre, il compito di permettere la piena circolazione tra i curanti delle informazioni sanitarie relative al paziente in tutte le fasi di realizzazione del PTRI, ivi compresa la fase di conclusione o dimissione, con consequenziale collegamento coi servizi territoriali di appartenenza del paziente.

Il PCM provvederà, ancora, ad integrare e aggiornare il PTRI strutturato, condividendo il tutto nelle periodiche riunioni di servizio, definendo adeguatamente le risorse professionali, con prioritario ricorso al lavoro senza turnazione predefinita, così come contemplato dalla Determina Dirigenziale

n. 1686/2018, nonché prevedendo specifiche risorse economiche, previa autorizzazione della Direzione della UOC o della UOS competente.

La riunione periodica di équipe del servizio.

Ogni servizio programma, formalizza e realizza una riunione tra tutti gli operatori con periodicità fissa almeno quindicinale (riunione periodica di équipe del servizio), elemento fondamentale dell'intera operatività del Servizio, diverso dalle eventuali altre e aggiuntive occasioni di incontro tra gli operatori.

Alla riunione possono essere invitati a partecipare, in funzione della presenza di concomitanti competenze, in termini di attività di collaborazione e collegamento per i singoli casi da trattare, anche operatori di articolazioni dell'Amministrazione Penitenziaria, sia interni che esterni alla struttura che ospita il paziente (per es., Giuridico-Pedagogico, Esecuzione penale esterna) o di altre Amministrazioni, Autorità ed Enti.

La riunione è coordinata dal Responsabile del Servizio, o da suo delegato, che provvede ad assicurarne una convocazione, comprensiva di o.d.g., che espliciti i casi individuali da trattare. Ogni riunione prevede la formalizzazione di un sintetico documento di riepilogo, inviato a tutti i partecipanti, comprensivo degli esiti e delle concordate indicazioni operative.

Sono trasferite al Responsabile del Servizio, ai fini della trattazione nelle riunioni secondo la metodologia del CM, anche tutte le segnalazioni presentate nell'ambito dei GOT/GOTA da parte dell'Amministrazione Penitenziaria nei casi per i quali si rilevino bisogni esclusivamente o prevalentemente sanitari.

Monitoraggio.

Tenuto conto della innovatività della metodologia operativa di che trattasi nonché dell'impatto della stessa sull'attuale assetto organizzativo, si prevede un adeguato monitoraggio delle attività finalizzato al supporto, alla valorizzazione e al sostegno delle risorse umane impiegate, anche attraverso il ricorso a interventi programmati e pre-definiti di supervisione dell'attività e di formazione continua, da affidare anche ad esperti esterni, con chiara e riconosciuta competenza nel campo della clinica istituzionale e delle dinamiche gruppali.

L'effettivo monitoraggio delle attività di che trattasi, si avvarrà dell'ausilio del sistema informativo SMOP i cui esiti fungeranno da indicatori dell'efficienza dei Servizi e da strumento di valutazione

degli obiettivi del servizio, prefissati. A tal fine, si prevede che ogni servizio, con frequenza almeno semestrale, provvederà a presentare alla Direzione della UOC Tutela della salute in carcere, una dettagliata reportistica sulla effettiva presa in carico dei pazienti arruolati con indicazione delle criticità e delle possibili azioni organizzative correttive da apportare per il miglioramento dei servizi e della presa in carico stessa.

Aggiornamenti e ulteriori specificazioni operative per i singoli Servizi.

I singoli Servizi, attraverso i Responsabili o Referenti e con il coinvolgimento delle professionalità agli stessi assegnate o comunque operative, potranno definire formalmente ulteriori specificazioni operative, in relazione alle proprie particolarità ed esigenze, ferma restando la loro piena coerenza con i principi, le finalità e le principali definizioni del presente documento.

Sulla base delle stesse particolarità ed esigenze, avranno cura altresì di proporre alla UOC Tutela della salute in carcere ogni aggiornamento della metodologia e delle sue declinazioni operative.

Si precisa – al fine di prevenire errori interpretativi ed operativi – che la presa in carico con la metodologia di cui al presente documento non si applica meccanicisticamente alle persone detenute per le quali viene rilevato un rischio suicidario, che, per tale condizione, restano interessate esclusivamente dagli interventi attuativi dei Piani di prevenzione definiti in conformità alla DRGC n. 134/2018 (Recepimento Accordi Conferenza Unificata 27 luglio 2017 (Rep. n. 81) e 26 ottobre 2017 (Rep. n. 129) - approvazione "Piano regionale per la prevenzione delle condotte suicidarie nel sistema penitenziario per adulti" e "Piano regionale per la prevenzione del rischio autolesivo e suicidario nei servizi residenziali minorili del Dipartimento della Giustizia Minorile e di Comunità"). Solo nei casi in cui si rilevano contemporaneamente entrambe le condizioni di bisogno (1 - bisogno sanitario non occasionali e a medio o lungo termine – e comunque per tutti quanti richiedono prestazioni per almeno 3 mesi; 2 – rischio suicidario) le dovute attività sono assicurate parallelamente, assicurando forme di coordinamento e condivisione che devono assicurare sempre la differenziazione tra le due tipologie di intervento.