

Comitato Veneto

“Stop Ospedali Psichiatri Giudiziari”

COMUNICATO STAMPA

Spett. le Redazione

Il prossimo 28 Maggio si terrà a Padova alle ore 20;30, presso la Sala Anziani di Palazzo Moroni, la presentazione del Comitato **stopopg Veneto** in un iniziativa pubblica alla quale abbiamo invitato anche la Regione Veneto.

Il Comitato, che si batte per la chiusura degli **ospedali psichiatri giudiziari**, ha già' avuto un primo importante incontro e confronto con i funzionari regionali delegati dall' Assessore alla Sanità Luca Coletto.

In questa occasione ci è stato comunicato che la Regione monitora ormai da qualche anno, in collaborazione con i Dipartimenti di salute mentale , la situazione degli internati provenienti dalla nostra regione. (i dati più aggiornati in nostro possesso attestano che attualmente sarebbero 64 uomini e 7 donne). Secondo questo monitoraggio, gli internati provenienti dal Veneto sarebbero tutti già in carico ai servizi, ma soltanto per alcune di essi vi sarebbe l'attivazione progetti personalizzato di cura e riabilitazione in grado di consentirne le dimissioni allo scadere(spesso già avvenuto) della misura di sicurezza.

La maggior parte di loro invece, sarebbe stata giudicata dagli stessi Servizi di competenza **non dimissibile** per ragioni che vanno da pregressi fallimenti di dimissioni già attuate, diagnosi e disabilita multiple, cronicità grave etc..

Abbiamo ricevuto notizie della realizzazione a breve, come previsto dal dpcm del 2008, di una “struttura intermedia di accoglienza per l’inserimento dei pazienti psichiatrici attualmente internati in opg e “dimissibili” a valenza sperimentale, che avrà sede nel veronese (ULSS 21) e dovrebbe essere la prima delle due previste entro il prossimo anno.

Ma la notizia più preoccupante è che , con la costituzione di una commissione regionale per lo studio delle modalità di attuazione della legge 9/2012, si stia già progettando **una struttura ad alta sorveglianza a Venezia - Giudecca che dovrebbe prevedere due sezioni da 20 posti letto ciascuna.**

Come Comitato **stopopg**, Veneto, abbiamo espresso forte preoccupazione per questa decisione perché pensiamo che, in questa fase di passaggio, la Regione possa e debba impegnarsi innanzitutto per privilegiare la presa in carico degli internati da parte dei Dipartimenti di Salute Mentale così da permettere l'effettiva costruzione di percorsi alternativi agli OPG .

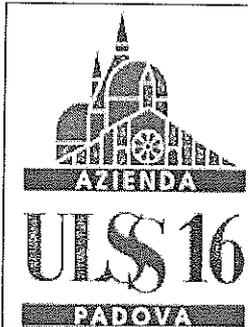
Temiamo infatti che le nuove strutture previste dalla legge 9, (a sostituzione degli attuali 6 Opg presenti sul territorio nazionale e che l'ultima bozza di decreto prevede tra l'altro che possano essere realizzate e gestite anche dal privato sociale e imprenditoriale) **riproducano e moltiplichino in miniatura quegli stessi manicomi giudiziari che la nuova legge dichiara inaccettabili e indegni di uno stato civile** , continuando ad avvallare le equazioni sofferenza mentale/ pericolosità e cura/custodia di cui, da oltre trent'anni, la legge 180 ha scardinato perché totalmente infondate sul piano scientifico.

Il comitato StopOPG che a livello nazionale continua la propria battaglia per cambiare la legge sull'imputabilità del "folle reo" e la chiusura definitiva degli ospedali psichiatrici giudiziari, si adopererà perché la Regione Veneto solleciti i servizi di salute mentale a rivedere il verdetto di "indimissibilità", mettendo a punto progetti territoriali e di rete che possano restituire il pieno diritto di cittadinanza e la revoca dei cosiddetti "ergastoli bianchi" a cui troppo spesso queste persone, autrici per di più di reati minori, finiscono per essere condannati.

Il comitato **stopopg Veneto** invita tutti i cittadini e le associazioni che si battono per la tutela dei diritti, ad appoggiare questa battaglia di civiltà e a farsene partecipi aderendo al comitato e all'iniziativa del 28 Maggio .

Per informazioni ulteriori cfr. www.stopopg.it - Comitato veneto **stopopg** rif. 338.8603921 e/o 335.7885890.

Venezia, 24 aprile 2012



ULSS 16 di Padova
Distretto Socio-Sanitario n. 2
Sanità Penitenziaria

Piano Annuale 2012
di Applicazione delle Linee di Indirizzo
della D.G.R. n. 2337 del 29.12.2011

INDICE

1. LA SANITA' PENITENZIARIA NEGLI ISTITUTI DI PENA DI PADOVA.....	pag. 3
Le premesse.....	pag. 3
Il carico assistenziale.....	pag. 3
La dotazione organica e strumentale.....	pag. 3
2. I BISOGNI ASSISTENZIALI.....	pag. 5
3. GLI OBIETTIVI DEL PIANO ANNUALE.....	pag. 7
Le premesse.....	pag. 7
Gli obiettivi generali.....	pag. 7
Gli obiettivi per le cure primarie.....	pag. 8
Gli obiettivi per il servizio di continuità assistenziale.....	pag. 10
Gli obiettivi per l'assistenza specialistica interna.....	pag. 12
Gli obiettivi per l'organizzazione degli invii alle strutture sanitarie esterne.....	pag. 14

1. LA SANITA' PENITENZIARIA NEGLI ISTITUTI PENITENZIARI DI PADOVA

Le Premesse

Il presente documento viene redatto in ottemperanza alla D.G.R. n. 2337 del 29.12.2011 che detta le *Linee di Indirizzo sull'Organizzazione della Sanità Penitenziaria*.

Il carico assistenziale

La DGR n. 2337 del 29.12.2011 riconosce alla Casa di Reclusione e alla Casa Circondariale di Padova un **carico assistenziale** rispettivamente **alto e medio** in base alla presenza media di detenuti nell'anno 2010.

La popolazione detenuta degli Istituti Penitenziari di Padova presenta bisogni socio-sanitari estremamente complessi, variabili e mutevoli nel tempo tali da necessitare di una rete di assistenza composta da:

- **cure primarie**, comprensiva anche di prestazioni legate all'emergenza-urgenza;
- **assistenza specialistica**;

entrambe in forte integrazione fra loro e con i servizi sanitari esterni, sia territoriali che ospedalieri.

La dotazione organica e strumentale

Attualmente la dotazione organica per l'**assistenza medica di base** negli Istituti Penitenziari di Padova è composta da:

	Medici ex incaricati	Medici di Guardia	Infermieri
Casa di Reclusione	2 (3 h/die per 6 gg/sett)	8 (24 h/die)	8 (44 h/die)
Casa Circondariale	1 (3 h/die per 6 gg/sett)	5 (18 h/die)	5 (18 h/die)

La DGR n. 2337 del 29.12.2011 stabilisce la seguente dotazione organica:

	Medici ex incaricati	Medici di Guardia	Infermieri
Casa di Reclusione	24 h/sett	24 h/die	54-87 h/die
Casa Circondariale	18 h/sett	24 h/die	30-42 h/die

La dotazione organica per l'**assistenza specialistica** è composta da:

	Cardiologo (2 volte/mese)	Chirurgo (4 volte/mese)	Dermatologo (1 volta/mese)	Infettivologo (1 volta/mese)	Oculista (2 volte/mese)	Ortopedico (1 volta/mese)	Otorino (1 volta/mese)	Psichiatra	Radiologo/ Ecografista (2 volte/mese)	Odontoiatra (4 volte/mese)
Casa di Reclusione	1	1	1	1	1	1	1	1(°)	1	2
Casa Circondariale	=	=	=	1	=	=	=	1(*)	=	1

(°) 190 h/mese; (*) 40 h/mese

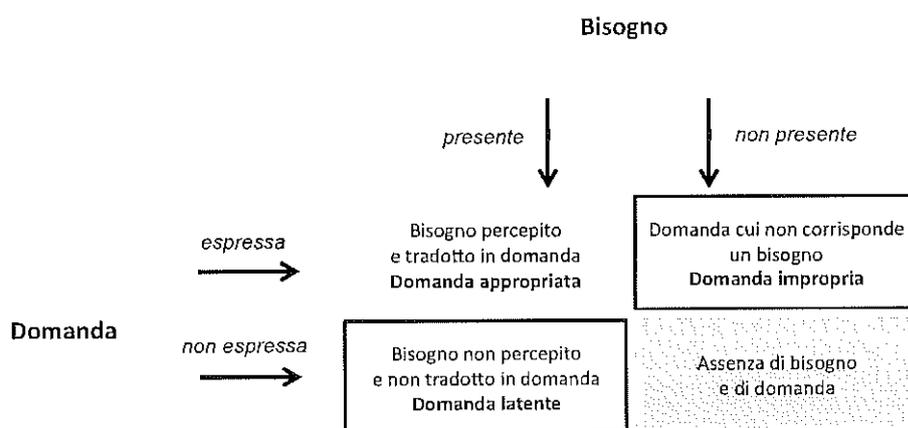
Attualmente la **dotazione strumentale** presso gli Istituti Penitenziari di Padova è costituita da:

	Riunito Odontoiatrico	Tavolo Radiologico	Ortopanto	Ecografo cardiologico	Elettrocardiografo	Ambulatorio Oculistico Completo
Casa di Reclusione	1	1	1	1	1	1
Casa Circondariale	1	=	=	=	=	=

2. I BISOGNI ASSISTENZIALI PRIORITARI DELLA SANITA' PENITENZIARIA

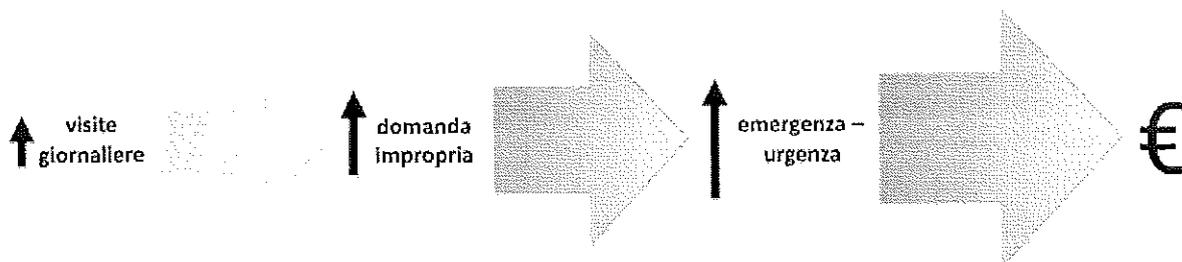
Allo stato attuale presso i due Istituti Penitenziari di Padova le risposte sanitarie sono quasi sempre conseguenza di un bisogno espresso da parte degli utenti (**medicina di attesa**).

La popolazione carceraria è costituita da una parte da una elevata percentuale di soggetti in buone e discrete condizioni di salute, che presenta degli importanti fattori di rischio per lo sviluppo di patologie sia acute che croniche (con una domanda non espressa), e dall'altra da una certa quota di popolazione che esprime in maniera intensa una domanda (sovente con un bisogno assente). In altre parole, attualmente nella popolazione detenuta è presente in misura elevata sia una domanda latente che una impropria.



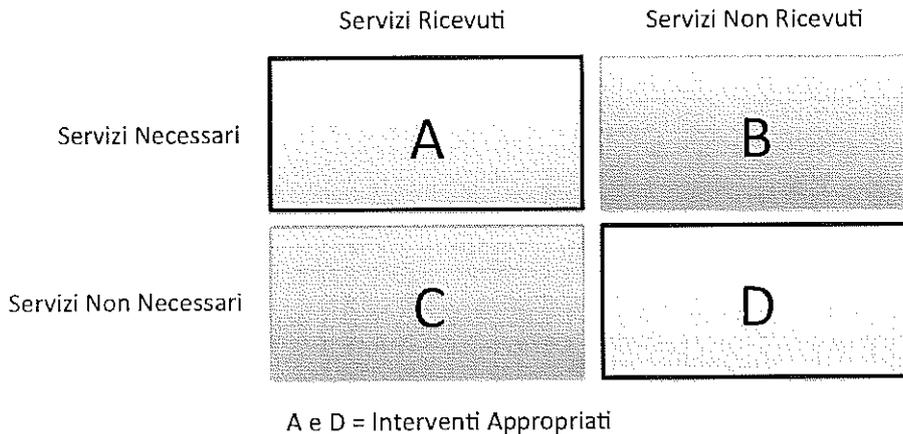
Tale sistema produce:

- una enorme richiesta di visite giornaliere;
- una forte domanda impropria di visite specialistiche, di invii in Pronto Soccorso e di ricoveri;
- numerose emergenze-urgenze.



Alla luce delle condizioni attuali i bisogni prevalenti per la Sanità Penitenziaria sono:

- sul piano dell'**efficacia**:
 - **ridurre la domanda espressa;**
 - **aumentare l'appropriatezza degli interventi;**
- sul piano dell'**efficienza**:
 - **ridurre il costo delle prestazioni specialistiche esterne, dei ricoveri e degli invii in pronto soccorso;**
 - **ridurre il costo della spesa farmaceutica.**



Un altro obiettivo prioritario per la Sanità Penitenziaria è il **miglioramento dell'appropriatezza prescrittiva (sia farmacologica che di invio agli specialisti esterni e al pronto soccorso)** che può essere raggiunto attraverso:

- una **pianificazione dei bisogni**, prendendo in considerazione le caratteristiche epidemiologiche della popolazione assistita e definendo a priori le priorità e le modalità d'intervento (ad es. individuando le più frequenti patologie croniche e programmando gli interventi);
- l'adozione di una **medicina di iniziativa**, sottoponendo periodicamente a visita di controllo tutti i soggetti che sono oggetto della pianificazione (ad es. organizzando un management delle patologie croniche secondo quelle che sono le indicazioni *evidence based*);
- l'impiego di una **medicina di opportunità**, valutando il rischio dello sviluppo di una eventuale patologia per chiunque richieda una prestazione sanitaria secondo i bisogni rilevati e/o supposti (ad es. attivando periodicamente delle attività di promozione della salute, di prevenzione primaria o secondaria).

L'applicazione di un modello di **medicina d'iniziativa e di opportunità** permetterebbe pertanto di organizzare un sistema di cura basato sulle seguenti tipologie di intervento:

Tipologia dell'intervento	Servizi erogati	Personale sanitario coinvolto	Frequenza dell'intervento
Standard care	Medicina di iniziativa e opportunità	Medico cure primarie; Infermiere	Intervento periodico
Advanced care	Medicina di "team" per la presa in carico e gestione globale dell'utente (medico cure primarie, medico specialista, infermiere)	Medico cure primarie; Medico specialista; Infermiere	Intervento occasionale
Intensive care	Cure d'emergenza-urgenza e specialistiche	Medico di continuità assistenziale; Medico specialista; Infermiere; Medici Specialisti Esterni	Intervento occasionale

Tale modello può essere in grado di garantire sia un aumento dell'efficacia che dell'efficienza del sistema poiché può essere capace di permettere di riconoscere i reali bisogni ed orientare l'offerta di diagnosi e cura in termini di appropriatezza.

3. GLI OBIETTIVI DEL PIANO ANNUALE

Le Premesse

Le attività e le mansioni del personale sanitario che seguono fanno riferimento alle *Linee di Indirizzo Regionali sull'Organizzazione della Sanità Penitenziaria* emanate dal DGR n. 2337 del 29.12.2011.

Nel piano che segue vengono presentate le azioni che sono state giudicate come prioritarie per il raggiungimento degli obiettivi necessari per la definizione della nuova struttura organizzativa.

Gli obiettivi generali

In base alle premesse appare opportuno per il nuovo contesto organizzativo individuare una **articolazione di obiettivi** che si basa:

1. per le **cure primarie** sull'adozione di una **medicina di iniziativa e di opportunità** in grado di facilitare la realizzazione di programmi di promozione della salute, di prevenzione e di visite di controllo periodiche (anche non richieste), in modo da ridurre i bisogni acuti e ottimizzare la gestione della cronicità;
2. per il **servizio di continuità assistenziale** sull'aderenza ad **interventi evidence based** e **protocolli/linee guida** in modo da incrementare l'efficienza, la tempestività e l'appropriatezza (con riduzione delle complicazioni, delle menomazioni e delle morti) dell'erogazione delle prestazioni indifferibili (emergenze-urgenze);
3. per l'**assistenza specialistica interna** sulla realizzazione di una presa in carico centrata sul paziente e sulla soluzione dei problemi (**problem - centered care**) attraverso l'individuazione di percorsi di cura definiti;
4. per **tutti i sanitari** sulla **razionalizzazione del consumo di farmaci** e l'**informatizzazione** dei diari/cartelle cliniche, della registrazione delle prestazioni e degli eventi clinici.

Sul piano generale si possono individuare per le singole aree di competenza i seguenti obiettivi:

<i>Obiettivi</i>	<i>Cure Primarie</i>	<i>Continuità Assistenziale</i>	<i>Specialistica</i>
Incremento delle attività di promozione della salute e di prevenzione	X		
Incremento della presa in carico degli utenti con patologie croniche	X		
Miglioramento dell'efficienza, tempestività e dell'appropriatezza dell'erogazione delle prestazioni indifferibili (emergenze-urgenza)		X	
Riduzione delle prestazioni diagnostiche e specialistiche esterne	X	X	X
Riduzione degli accessi in Pronto Soccorso		X	
Razionalizzazione della spesa farmaceutica	X	X	X
Informatizzazione delle prestazioni e delle attività cliniche	X	X	X

Gli obiettivi per le cure primarie

L'organizzazione delle cure primarie (standard care e advanced care)

I medici ex incaricati, ora definibili **medici di sanità penitenziaria (MSP)**, dovranno erogare le cure primarie ai detenuti secondo i livelli di *standard care* e coordinare le attività di *advanced care* per la presa in carico e la gestione dell'utente.

Il MSP per garantire le cure primarie metterà a disposizione degli utenti a lui assegnati (per la casa di reclusione circa 400 utenti per MSP, per la casa circondariale circa 250 utenti per MSP) - in stretta analogia con le attività svolte dal medico di medicina generale (MMG), un orario giornaliero per l'attività ambulatoriale (che potrà avvenire per appuntamento sia in Infermeria che ai "piani"), dal lunedì al venerdì per un minimo di 10 h settimanali. I MSP dedicheranno le rimanenti 8 h settimanali del loro monte ore alle attività indirette (attività di coordinamento, di certificazione, medico-legale nei confronti degli Agenti di Polizia Penitenziaria, ecc.). In questo modo nella casa di reclusione circa 160 detenuti a settimana (su circa 800) potranno essere visitati dai MSP, mentre nella casa circondariale circa 80 detenuti (su circa 250).

Nello specifico si propone per i MSP:

- **l'assunzione di responsabilità** per quanto riguarda i propri assistiti:
 - del governo del processo assistenziale;
 - della continuità assistenziale;
 - del perseguimento degli obiettivi di salute con il miglior impiego possibile di risorse;
- **la messa a disposizione della propria agenda di attività ambulatoriale** all'infermiere coordinatore (responsabile della tenuta dell'agenda) in modo che quest'ultimo possa gestire le richieste di visite ambulatoriali. Queste possono essere richieste direttamente dall'utente (e soddisfatte secondo un ordine cronologico di prenotazione), oppure dal medico di guardia o specialista (che nella richiesta di visita esprime, oltre che la motivazione, anche le priorità). Al di fuori delle ore ambulatoriali le attività sanitarie saranno garantite, in analogia al servizio di continuità assistenziale esterno, dai medici di guardia.

Gli obiettivi per i Medici di Sanità Penitenziaria

Gli obiettivi di efficacia organizzativa:

1. **garantire le attività ambulatoriali concordate;**
2. **assicurare la ricettazione motivata** delle visite specialistiche esterne, dei ricoveri e degli invii in pronto soccorso;
3. **informatizzare i processi clinici.**

Gli obiettivi di efficacia e efficienza clinica:

1. **ridurre il numero delle prestazioni diagnostiche e specialistiche esterne inappropriate;**
2. **ridurre il numero delle ospedalizzazioni inappropriate;**
3. **razionalizzare la spesa farmaceutica.**

Obiettivo	Tempi per il Raggiungimento degli Obiettivi	Indicatori di Processo	Valutazione di Processo	Indicatori di Esito
Obiettivi di efficacia organizzativa				
garantire le attività ambulatoriali concordate	3 mesi	n. di visite per settimana	verifica mensile dell'aderenza all'obiettivo	<u>successo:</u> min. 80 visite per settimana; <u>successo parziale:</u> min. 60 visite per settimana; <u>insuccesso:</u> meno di 60 visite per settimana

motivare la prescrizione di visite specialiste esterne e ricoveri	3 mesi	n. di prescrizioni motivate	verifica mensile dell'aderenza all'obiettivo	<u>successo</u> : prescrizione motivata del 100% delle richieste; <u>successo parziale</u> : prescrizione motivata del 95% delle richieste; <u>insuccesso</u> : prescrizione motivata di meno del 95% delle richieste
informatizzare la registrazione delle prestazioni e degli eventi clinici	3 mesi	n. di prestazioni e eventi clinici registrati	verifica mensile dell'aderenza all'obiettivo	<u>successo</u> : registrazione informatizzata del 100% delle prestazioni e degli eventi clinici; <u>successo parziale</u> : registrazione informatizzata del 95% delle prestazioni e degli eventi clinici; <u>insuccesso</u> : registrazione informatizzata di meno del 95% delle prestazioni e degli eventi clinici;
Obiettivi di efficacia e efficienza clinica				
ridurre gli invii esterni inappropriati per prestazioni diagnostiche e specialistiche	1 anno	n. di prestazioni diagnostiche e specialistiche esterne inappropriate	valutazione dell'appropriatezza prescrittiva ¹	<u>successo</u> : max. 15 invii inappropriati; <u>successo parziale</u> : max. 20 invii inappropriati; <u>insuccesso</u> : più di 20 invii inappropriati
ridurre le ospedalizzazioni inappropriate	1 anno	n. di ospedalizzazioni inappropriate	valutazione dell'appropriatezza prescrittiva	<u>successo</u> : max. 10 invii inappropriati; <u>successo parziale</u> : max. 15 invii inappropriati; <u>insuccesso</u> : più 15 invii inappropriati
razionalizzare la spesa farmaceutica	1 anno	percentuale del consumo di farmaci in fascia C;	valutazione dell'appropriatezza prescrittiva	<u>successo</u> : max. il 10% del consumo inappropriato; <u>successo parziale</u> : max. il 20% del consumo inappropriato; <u>insuccesso</u> : più del 20% di consumo inappropriato;
		percentuale del consumo di confezioni di farmaco "griffato";	verifica dell'aderenza all'obiettivo (possibilità di utilizzo del farmaco equivalente)	<u>successo</u> : max. il 25% del consumo di confezioni rispetto al farmaco equivalente; <u>successo parziale</u> : max. il 50% del consumo di confezioni rispetto al farmaco equivalente; <u>insuccesso</u> : più del 50% del consumo di confezioni rispetto al farmaco equivalente;

¹ L'appropriatezza prescrittiva sarà valutata sulla correttezza della richiesta diagnostica/terapeutica sotto il profilo scientifico, con riferimento all'efficacia prevista sulla base delle evidenze scientifiche dimostrate rispetto alle specifiche caratteristiche del soggetto destinatario, nonché sotto il profilo dentologico e formale, nel pieno rispetto delle scelte dell'utente.

	percentuale del consumo di confezioni di farmaco (per formulazione farmaceutica) presente nei depositi;	verifica dell'aderenza all'obiettivo	<u>successo:</u> max. il 25% delle confezioni consumate il mese precedente; <u>successo parziale:</u> max. il 30% delle confezioni consumate il mese precedente; <u>insuccesso:</u> più del 30% delle confezioni consumate il mese precedente;
	n. di farmaci con stessa formulazione farmaceutica presente nei depositi;	verifica dell'aderenza all'obiettivo	<u>successo:</u> max. 2 farmaci con stessa formulazione farmaceutica; <u>successo parziale:</u> max. 3 farmaci con stessa formulazione farmaceutica; <u>insuccesso:</u> più di 3 farmaci con stessa formulazione farmaceutica

Gli obiettivi per il servizio di continuità assistenziale

L'organizzazione del servizio di continuità assistenziale

I compiti dei medici di continuità assistenziale (medici di guardia) sono quelli di garantire:

- le **prestazioni indifferibili** (emergenza-urgenza);
- la **continuità delle cure**;
- l'**integrazione dei percorsi assistenziali** tra le diverse componenti del sistema;
- la **prima visita per i nuovi giunti**.

Nello specifico si propone per i medici di continuità assistenziale:

- la **puntuale comunicazione dei loro turni mensili** entro il 20 del mese precedente;
- la **dotazione dei ricettari del SSN** per l'erogazione delle prestazioni indifferibili, di emergenza-urgenza e di continuità assistenziale.

Gli obiettivi di efficacia organizzativa:

1. **comunicare con anticipo i turni mensili**;
2. **assicurare la ricettazione motivata** delle visite specialistiche esterne, dei ricoveri e degli invii in Pronto Soccorso;
3. **informatizzare i processi clinici**.

Gli obiettivi di efficacia e efficienza clinica:

1. **ridurre il numero degli invii con codice bianco in pronto soccorso**;
2. **ridurre il numero delle prestazioni inappropriate diagnostiche specialistiche esterne**;
3. **ridurre il numero delle ospedalizzazioni inappropriate**;
4. **razionalizzare la spesa farmaceutica**.

Gli obiettivi per i medici di continuità assistenziale

<i>Obiettivo</i>	<i>Tempi per il Raggiungimento degli Obiettivi</i>	<i>Indicatori di Processo</i>	<i>Valutazione di Processo</i>	<i>Indicatori di Esito</i>
Obiettivi di efficacia organizzativa				
comunicare i turni mensili entro il 20	1 mese	=	verifica mensile dell'aderenza	<u>successo:</u> comunicazione dei turni entro il

del mese precedente			all'obiettivo	20 del mese precedente; <u>successo parziale</u> : comunicazione dei turni non entro il 20 del mese precedente; <u>insuccesso</u> : non comunicazione dei turni
motivare la prescrizione di visite specialiste esterne e ricoveri	3 mesi	n. di prescrizioni motivate	verifica mensile dell'aderenza all'obiettivo	<u>successo</u> : prescrizione motivata del 100% delle richieste; <u>successo parziale</u> : prescrizione motivata del 95% delle richieste; <u>insuccesso</u> : prescrizione motivata di meno del 95% delle richieste
informatizzare la registrazione delle prestazioni e degli eventi clinici	3 mesi	n. di prestazioni e eventi clinici registrati	verifica mensile dell'aderenza all'obiettivo	<u>successo</u> : registrazione informatizzata del 100% delle prestazioni e degli eventi clinici; <u>successo parziale</u> : registrazione informatizzata del 95% delle prestazioni e degli eventi clinici; <u>insuccesso</u> : registrazione informatizzata di meno del 95% delle prestazioni e degli eventi clinici;
Obiettivi di efficacia e efficienza clinica ridurre gli invii con codice bianco in pronto soccorso	1 anno	n. di invii in pronto soccorso	valutazione dell'appropriatezza prescrittiva	<u>successo</u> : max. 15 invii inappropriati; <u>successo parziale</u> : max. 20 invii inappropriati; <u>insuccesso</u> : più di 20 invii inappropriati
ridurre gli invii esterni inappropriati per prestazioni diagnostiche e specialistiche	1 anno	n. di prestazioni diagnostiche e specialistiche esterne inappropriate	valutazione dell'appropriatezza prescrittiva	<u>successo</u> : max. 15 invii inappropriati; <u>successo parziale</u> : max. 20 invii inappropriati; <u>insuccesso</u> : più di 20 invii inappropriati
ridurre le ospedalizzazioni inappropriate	1 anno	n. di ospedalizzazioni inappropriate	valutazione dell'appropriatezza prescrittiva	<u>successo</u> : max. 10 invii inappropriati; <u>successo parziale</u> : max. 15 invii inappropriati; <u>insuccesso</u> : più 15 invii inappropriati
razionalizzare la spesa farmaceutica	1 anno	percentuale del consumo di farmaci in fascia C; percentuale del consumo di confezioni di farmaco "griffato";	valutazione dell'appropriatezza prescrittiva verifica dell'aderenza all'obiettivo (possibilità di utilizzo del	<u>successo</u> : max. il 10% del consumo inappropriato; <u>successo parziale</u> : max. il 20% del consumo inappropriato; <u>insuccesso</u> : più del 20% di consumo inappropriato; <u>successo</u> : max. il 25% del consumo di confezioni rispetto al farmaco equivalente; <u>successo parziale</u> :

		farmaco equivalente)	max. il 50% del consumo di confezioni rispetto al farmaco equivalente; <u>insuccesso:</u> più del 50% del consumo di confezioni rispetto al farmaco equivalente;
	percentuale del consumo di confezioni di farmaco (per formulazione farmaceutica) presente nei depositi;	verifica dell'aderenza all'obiettivo	<u>successo:</u> max. il 25% delle confezioni consumate il mese precedente; <u>successo parziale:</u> max. il 30% delle confezioni consumate il mese precedente; <u>insuccesso:</u> più del 30% delle confezioni consumate il mese precedente;
	n. di farmaci con stessa formulazione farmaceutica presente nei depositi;	verifica dell'aderenza all'obiettivo	<u>successo:</u> max. 2 farmaci con stessa formulazione farmaceutica; <u>successo parziale:</u> max. 3 farmaci con stessa formulazione farmaceutica; <u>insuccesso:</u> più di 3 farmaci con stessa formulazione farmaceutica

Gli obiettivi per l'assistenza specialistica interna

L'organizzazione della specialistica interna

I compiti dei medici specialisti interni sono quelli di garantire:

- l'**attivazione di percorsi clinico assistenziali definiti** alla soluzione dei problemi;
- la realizzazione di **interventi di *advanced ed intensive care*** - in integrazione con il sistema di cure primarie e di continuità assistenziale;
- le **attività di collegamento** con gli operatori dei servizi sanitari ospedalieri e del territorio per la continuità delle cure.

Nello specifico si propone per i medici specialisti:

- la **puntuale comunicazione dei loro turni mensili** entro il 20 del mese precedente;
- la **messa a disposizione della propria agenda di attività ambulatoriale** all'infermiere coordinatore (responsabile della tenuta dell'agenda) in modo che quest'ultimo possa gestire le richieste di visite specialistiche. Queste possono essere richieste dal MSP, dal medico di guardia o altro specialista (che nella richiesta di visita esprime, oltre che la motivazione, anche le priorità).
- **dotazione di ricettari del SSN** per l'erogazione delle prestazioni di loro competenza.

Gli obiettivi per i Medici Specialisti Interni

Gli obiettivi di efficacia organizzativa:

1. **comunicare con anticipo i turni mensili;**
2. **assicurare la ricettazione motivata** delle visite specialistiche esterne, dei ricoveri e degli invii in pronto soccorso;
3. **informatizzare i processi clinici.**

Gli obiettivi di efficacia e efficienza clinica:

4. ridurre il numero degli invii con codice bianco in pronto soccorso;
5. ridurre il numero delle prestazioni inappropriate diagnostiche specialistiche esterne;
6. ridurre il numero delle ospedalizzazioni inappropriate;
7. razionalizzare la spesa farmaceutica.

Gli obiettivi per i medici specialisti interni

<i>Obiettivo</i>	<i>Tempi per il Raggiungimento degli Obiettivi</i>	<i>Indicatori di Processo</i>	<i>Valutazione di Processo</i>	<i>Indicatori di Esito</i>
Obiettivi di efficacia organizzativa				
comunicare i turni mensili entro il 20 del mese precedente	1 mese	=	verifica mensile dell'aderenza all'obiettivo	<u>successo</u> : comunicazione dei turni entro il 20 del mese precedente; <u>successo parziale</u> : comunicazione dei turni non entro il 20 del mese precedente; <u>insuccesso</u> : non comunicazione dei turni
motivare la prescrizione di visite specialiste esterne e ricoveri	3 mesi	n. di prescrizioni motivate	verifica mensile dell'aderenza all'obiettivo	<u>successo</u> : prescrizione motivata del 100% delle richieste; <u>successo parziale</u> : prescrizione motivata del 95% delle richieste; <u>insuccesso</u> : prescrizione motivata di meno del 95% delle richieste
informatizzare la registrazione delle prestazioni e degli eventi clinici	3 mesi	n. di prestazioni e eventi clinici registrati	verifica mensile dell'aderenza all'obiettivo	<u>successo</u> : registrazione informatizzata del 100% delle prestazioni e degli eventi clinici; <u>successo parziale</u> : registrazione informatizzata del 95% delle prestazioni e degli eventi clinici; <u>insuccesso</u> : registrazione informatizzata di meno del 95% delle prestazioni e degli eventi clinici;
Obiettivi di efficacia e efficienza clinica				
ridurre gli invii con codice bianco in pronto soccorso	1 anno	n. di invii in pronto soccorso	valutazione dell'appropriatezza prescrittiva	<u>successo</u> : max. 15 invii inappropriati; <u>successo parziale</u> : max. 20 invii inappropriati; <u>insuccesso</u> : più di 20 invii inappropriati
ridurre gli invii esterni inappropriati per prestazioni diagnostiche e specialistiche	1 anno	n. di prestazioni diagnostiche e specialistiche esterne inappropriate	valutazione dell'appropriatezza prescrittiva	<u>successo</u> : max. 15 invii inappropriati; <u>successo parziale</u> : max. 20 invii inappropriati; <u>insuccesso</u> : più di 20 invii inappropriati
ridurre le ospedalizzazioni inappropriate	1 anno	n. di ospedalizzazioni inappropriate	valutazione dell'appropriatezza prescrittiva	<u>successo</u> : max. 10 invii inappropriati; <u>successo parziale</u> : max. 15 invii inappropriati; <u>insuccesso</u> : più di 15 invii inappropriati

razionalizzare la spesa farmaceutica	1 anno	percentuale del consumo di farmaci in fascia C;	valutazione dell'appropriatezza prescrittiva	<u>successo:</u> max. il 10% del consumo inappropriato; <u>successo parziale:</u> max. il 20% del consumo inappropriato; <u>insuccesso:</u> più del 20% di consumo inappropriato;
		percentuale del consumo di confezioni di farmaco "griffato";	verifica dell'aderenza all'obiettivo (possibilità di utilizzo del farmaco equivalente)	<u>successo:</u> max. il 25% del consumo di confezioni rispetto al farmaco equivalente; <u>successo parziale:</u> max. il 50% del consumo di confezioni rispetto al farmaco equivalente; <u>insuccesso:</u> più del 50% del consumo di confezioni rispetto al farmaco equivalente;
		percentuale del consumo di confezioni di farmaco (per formulazione farmaceutica) presente nei depositi;	verifica dell'aderenza all'obiettivo	<u>successo:</u> max. il 25% delle confezioni consumate il mese precedente; <u>successo parziale:</u> max. il 30% delle confezioni consumate il mese precedente; <u>insuccesso:</u> più del 30% delle confezioni consumate il mese precedente;
		n. di farmaci con stessa formulazione farmaceutica presente nei depositi;	verifica dell'aderenza all'obiettivo	<u>successo:</u> max. 2 farmaci con stessa formulazione farmaceutica; <u>successo parziale:</u> max. 3 farmaci con stessa formulazione farmaceutica; <u>insuccesso:</u> più di 3 farmaci con stessa formulazione farmaceutica

Gli obiettivi per l'organizzazione degli invii alle strutture sanitarie esterne

In considerazione dell'alto numero di detenuti prenotati giornalmente per gli invii esterni si propone di:

- **concordare con la direzione dell'Istituto Penitenziario un numero minimo di traduzioni giornaliere garantite** (si auspicano almeno due accessi minimi per la casa circondariale e quattro per la casa di reclusione; a questi sono esclusi gli invii in emergenza);
- **di prenotare giornalmente secondo le priorità dettate dal medico inviante un numero di invii pari al numero minimo garantito di traduzioni giornaliere + uno;**
- **prevedere delle procedure concordate di selezione degli invii con il Pronto Soccorso;**
- **assegnare al MSP (in sua assenza al medico di guardia in servizio) il compito, in caso di nuove necessità sopraggiunte e di eventuali urgenze, di rivedere le priorità degli invii.**

Per quanta riguarda le difficoltà di prenotazione delle prestazioni esterne e della programmazione delle attività da parte degli Infermieri queste saranno notevolmente ridotte con l'introduzione dei processi di informatizzazione.