

REGIONE PIEMONTE BU11S1 18/03/2011

Direzione Risorse Umane e Patrimonio

Settore Reclutamento, Mobilità, Gestione dell'Organico

**Conferimento dell'incarico di Vice direttore della Direzione DB2000 "Sanità", ai sensi dell'art. 20 della l.r. 23/08: pubblicazione preventiva, ai sensi della DGR n. 19-1707 dell'11.03.11 e dei provvedimenti organizzativi approvati con DGR n. 10-9336 dell'1.8.08 e smi, del curriculum della dr.ssa Daniela NIZZA (copia del curriculum allegata).**

Allegato

## Curriculum vitae di Daniela Nizza

### DATI ANAGRAFICI

### TITOLI DI STUDIO ED ESPERIENZE PROFESSIONALI

Laurea in Lettere

- In servizio presso l'Amministrazione Regionale dal 1974, ha rivestito posizione direttiva dal 1980.
- Dal 14 aprile 1993 riveste qualifica dirigenziale a seguito della vincita di concorso pubblico per titoli ed esami per Dirigenti Regionali.
- Il 2 giugno 1993 è stata nominata Responsabile del Servizio Personale Sanitario Convenzionato.
- Dal 4 ottobre 1996 ha rivestito, fino all'entrata in vigore della L.R. 51/97, la carica di Vicario del Responsabile del Settore Personale Sanitario.
- Dal 2 gennaio 1998 al 31 dicembre 2008 ha ricoperto il ruolo di Dirigente del Settore Assistenza Ospedaliera e Territoriale.
- Dal 4 febbraio 2008 al 31 dicembre 2008 ha ricoperto il ruolo di Responsabile ad interim del Settore "Programmazione Sanitaria" e del Settore "Emergenza Sanitaria".
- Dal 4 febbraio 2008 ricopre il ruolo di Vicario della Direzione Sanità.
- Dal 16 marzo 2009 è Responsabile del Settore a maggior rilevanza organizzativa Struttura Complessa Assistenza Sanitaria Territoriale ed è confermata nel ruolo di Vicario della Direzione Sanità.
- Dal 5 agosto 2010, a seguito della cessazione dall'incarico del Direttore Regionale della Direzione Sanità, oltre a svolgere il ruolo di Vicario della Direzione Sanità, ha anche assunto la responsabilità dei Settori Politiche delle risorse umane dipendenti e convenzionate con il SSR e Assistenza Specialistica e Ospedaliera, privi di figura dirigenziale di riferimento.
- Dal 11 gennaio 2011 è Responsabile ad interim del Settore a maggior rilevanza organizzativa Struttura Complessa Assistenza Specialistica e Ospedaliera.
- Lingue conosciute: francese e inglese.

Con la responsabilità attuale del Settore a maggior rilevanza organizzativa Struttura Complessa "Assistenza Sanitaria Territoriale" e, con la responsabilità ad interim del Settore a maggior rilevanza organizzativa Struttura Complessa "Assistenza Specialistica e Ospedaliera" la sottoscritta ritiene di avere acquisito una vasta e significativa esperienza nella direzione di strutture complesse assumendo, in più occasioni, importanti decisioni di notevole responsabilità operativa, stante la particolare e delicata tipologia della materia.

In particolare, grazie alla pluriennale attività dedicata alla negoziazione come rappresentante della Regione Piemonte nel gruppo Nazionale deputato alla contrattazione e stipula dei diversi Accordi Collettivi Nazionali disciplinanti i rapporti con i Medici di Medicina Generale, i Medici di Guardia Medica, i Medici di Emergenza Sanitaria Territoriale 118, i Pediatri di Libera Scelta e gli Specialisti Ambulatoriali, la stessa ha sviluppato l'esperienza e la capacità di rapportarsi con la parte Pubblica e con la parte Sindacale, anche in sede locale, coordinando la contrattazione e la gestione degli Accordi Regionali relativi ai Medici convenzionati.

Il vigente Accordo Integrativo Regionale per la Medicina Generale prevede all'art. 29 la costituzione di un Tavolo permanente di confronto, monitoraggio e valutazione. Tale Tavolo vede la sottoscritta coinvolta direttamente per lo svolgimento di compiti di indirizzo e coordinamento e per la definizione di qualificanti Accordi integrativi con valenza tecnica di approfondimento e, contemporaneamente, con valenza contrattuale prioritariamente in relazione a quattro aree definite (obiettivi della negoziazione regionale, appropriatezza prescrittiva e burocratica, cure domiciliari, liste d'attesa).

Su nomina, nel tempo riconfermata, dell'Assessore alla Sanità, ricopre dal 1996 gli incarichi di Presidente del Comitato Consultivo Regionale per la Medicina Generale e di Presidente del Comitato Consultivo Regionale per la Pediatria di Libera scelta.

Tale impegno, di tipo non solo negoziale, ma anche relazionale, ha consentito inoltre di pervenire ad importanti azioni per la definizione di obiettivi e strategie per il miglioramento dell'assistenza territoriale.

La sottoscritta ha, inoltre, costituito e coordinato l'Osservatorio Regionale per l'Appropriatezza ai fini di individuare e analizzare i punti critici dell'assistenza sanitaria territoriale a livello aziendale, valutare gli specifici bisogni di assistenza e realizzare progetti di razionalizzazione.

Attraverso progetti e azioni mirate, si è realizzata una riqualificazione dell'assistenza specialistica ambulatoriale convenzionata interna al S.S.N.

Infatti, alla luce delle indicazioni nazionali e della programmazione regionale, anche attraverso l'attività degli specialisti ambulatoriali convenzionati, è stata potenziata e rafforzata a livello regionale, l'assistenza sanitaria territoriale focalizzando il ruolo del distretto aziendale come momento di organizzazione, integrazione e coordinamento delle attività delle diverse figure professionali sanitarie a rapporto convenzionale con il SSN, per il raggiungimento degli obiettivi di salute.

La sottoscritta ha avviato, definito e continuamente monitorato il progetto relativo al Budget di Distretto, così come previsto dall'art. 86 della Legge Finanziaria 2001 che si propone di governare il consumo sanitario degli assistiti e di rafforzare le capacità delle Aziende Sanitarie di attuare meccanismi di positivo coinvolgimento degli stessi.

Grazie a questo progetto la Regione Piemonte è all'avanguardia nel panorama nazionale.

Sempre ai fini di una maggiore riqualificazione dell'assistenza territoriale, la sottoscritta è stata ideatrice di alcuni progetti che hanno avuto un notevole interesse da parte di molte altre Regioni che hanno richiesto il nostro modello al fine di poterlo adottare.

Tra questi si citano in particolare:

❖ Ideazione, elaborazione e definizione delle linee guida per la riduzione dei tempi d'attesa e la corretta gestione delle liste, obiettivi prioritari per la Regione Piemonte al fine di soddisfare il reale bisogno sanitario della popolazione

Il documento rappresenta uno strumento operativo per le Aziende Sanitarie ai fini di un rimodellamento organizzativo e culturale nella gestione delle liste d'attesa per i ricoveri e le prestazioni specialistiche, non più basate su generiche attese da parte di cittadini, ma improntate secondo criteri di priorità clinica.

In attuazione della deliberazione suindicata sono state gestite, in modo continuativo e sistematico, tutte le problematiche relative alla gestione delle liste d'attesa oltre al puntuale monitoraggio delle stesse, in particolare per l'attività di ricovero, sia per i flussi regionali che ministeriali.

❖ Progetto di inserimento del Medico di Medicina Generale in Pronto soccorso con l'obiettivo di:

- ridurre gli accessi impropri in DEA e razionalizzare i flussi di pazienti privilegiando quelli con codice di priorità elevato.
- dare una risposta valida e tempestiva ai bisogni di salute dei pazienti con codice bianco.
- ridurre i costi per le Aziende legate a prestazioni improprie o demandabili.
- effettuare un'opera diretta di educazione sanitaria sull'utenza.

Tale progetto ha conseguito ottimi risultati in termini di decongestionamento delle strutture DEA riducendo gli accessi impropri con un notevole risparmio in termini economici per prestazioni differibili non più eseguite in urgenza e conseguente soddisfazione percepita dagli utenti, dovuta al miglioramento qualitativo delle prestazioni erogate.

❖ Istituzione della Guardia Medica Pediatrica con l'obiettivo di garantire una continuità assistenziale nelle ore non coperte dai Pediatri di Libera Scelta.

❖ Organizzazione dei servizi odontoprotesici con l'obiettivo di:

- offrire un maggiore, più qualificato ed efficiente servizio, per tutti i cittadini indipendentemente dal reddito, che hanno la necessità di prestazioni odontoprotesiche mobili e possono così recarsi nei poliambulatori polispecialistici extradegenziali delle Aziende ai fini di una corretta riabilitazione odontoiatrica.

Questo progetto pilota è stato ultimamente ridefinito per una nuova riorganizzazione dei servizi odontoprotesici aziendali a seguito di una attenta analisi delle risorse utilizzate e dei risultati conseguiti negli anni passati.

❖ Progetto di inserimento del medico di Medicina Generale nelle strutture RSA con l'obiettivo di:

- garantire una presenza medica continua e strutturata per i pazienti ricoverati in tali strutture.

Nel rispetto del quadro normativo nazionale, la sottoscritta ha inoltre definito linee e modalità per la gestione dell'assistenza sanitaria in forma indiretta in Italia e all'estero.

Al riguardo è Presidente della Commissione per l'applicazione di deroghe di cui all'art. 1 del D.M. 13.05.1993 per l'assistenza sanitaria degli italiani all'estero.

Nell'ambito dell'attività più specificatamente ospedaliera, l'impegno e l'esperienza conseguita dalla sottoscritta, in materia di vigilanza e controllo, ha consentito di fornire un nuovo impulso ed un importante sostegno alle Commissioni di Vigilanza delle AA.SS.LL. nell'ambito dell'attività di vigilanza da loro svolte presso le Case di Cura private, consentendo il ripristino di una sistematicità di tale funzione.

Il costante impegno profuso in particolare per la gestione ed il controllo dell'attività dell'ospedalità privata, e, conseguentemente, l'assunzione di importanti scelte decisionali e di rilevanti responsabilità, hanno contribuito, oltre che ad agevolare la corretta applicazione delle disposizioni di cui alla legge regionale 5/87, anche a consentire omogeneità e trasparenza di comportamenti.

Tale impegno ha trovato concretezza nel Protocollo operativo di Vigilanza adottato con D.G.R. n. 58-14492 del 28.12.2004 che risponde all'esigenza di offrire una rilettura integrata dell'attuale normativa sanitaria in materia di Case di Cura private, accreditate e non (L.R. 5/87, D.C.R. n. 616/2000 e s.m.i., Accordi di Categoria, ecc.), finalizzato alla definizione di modalità omogenee di comportamento da parte delle stesse Commissioni.

Il lavoro ha inteso offrire una rilettura integrata dell'attuale normativa sanitaria in materia di Case di Cura private, accreditate e non, con le variazioni che sono nate obbligatoriamente dal dover applicare quanto di nuovo e di diverso è stato previsto nel tempo dalle normative specifiche, anche di diverso settore.

Assume la rilevanza di "valore aggiunto" l'Allegato 3 della sopra indicata deliberazione, relativo all'Elenco Regionale dei Medici Assistenti sprovvisti di specializzazione.

Infatti, uno dei più rilevanti aspetti innovativi a cui si è giunti è stata l'introduzione dell'obbligatorietà, in assenza di un obbligo normativo, a carico delle Case di Cura private, all'assunzione, a far data dal 1 gennaio 2005, di solo personale medico con specialità, elevando la qualità dei servizi resi.

E' stato redatto, dopo lunghe analisi ed approfondimenti, il Disegno di Legge di riforma della L. R. 5/87, disciplinante i rapporti con i soggetti privati erogatori di prestazioni sanitarie in attuazione dei principi di cui agli articoli 8, 8-bis, 8-ter, 8-quater e 8-quinquies del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502. Tale documento, predisposto da apposito gruppo di lavoro regionale, coordinato dalla sottoscritta, è già stato presentato alle Associazioni di categoria delle Case di Cura private ARIS e AIOP per raccogliere le eventuali osservazioni necessarie per consentire la completa definizione dei lavori.

Ulteriori importanti iniziative sono state avviate con le Aziende Sanitarie per il monitoraggio, la valutazione ed il controllo delle attività di ricovero delle strutture pubbliche e private.

In particolare le verifiche effettuate dalla Commissione si sono indirizzate, oltre che a studi specifici necessari per alcune casistiche di ricoveri, ai controlli post-tariffazione di secondo livello, applicati alle strutture pubbliche.

E' stata avviata inoltre una procedura di controllo di terzo livello, rivolta a tutte le strutture eroganti prestazioni per il S.S.N., comprese le Case di Cura provvisoriamente/definitivamente accreditate.

In questo caso il controllo è indirizzato alla verifica dell'attività di corretta codifica delle SDO con riferimento ai contenuti e alla documentazione della cartella clinica, al fine di verificarne la completezza, la congruenza e l'accuratezza delle informazioni registrate.

Il monitoraggio, la valutazione e il controllo dell'attività di ricovero delle strutture pubbliche ed equiparate è stato effettuato principalmente attraverso i seguenti percorsi:

- calcolo ed analisi degli indicatori di attività specifici per l'attività di ricovero ed elaborazione dei report necessari per lo svolgimento dei compiti di monitoraggio della Direzione;
- rilevazione ed analisi dei dati relativi alle liste di attese per reparto di tutte le strutture di ricovero del Piemonte e di un gruppo di principali interventi chirurgici;
- partecipazione al Tavolo regionale preposto alla definizione del Piano Regionale Attuativo per il contenimento delle liste di attesa, secondo le indicazioni fornite in data 28.3.2006 in sede di Conferenza Stato-Regioni, e per la predisposizione delle modalità tecnico-organizzative del Sovracup dell'area metropolitana;
- analisi e valutazione della qualità di compilazione delle SDO anche attraverso il gruppo di lavoro, di cui la sottoscritta è componente, denominato "Nucleo tecnico per la valutazione e il monitoraggio delle attività di ricovero delle strutture pubbliche ed equiparate" in particolare per quanto riguarda i ricoveri brevi e di D.H.

Di particolare impegno è risultata l'attività connessa al monitoraggio della codifica delle SDO da parte delle strutture pubbliche e private. Oltre ai controlli post-tariffazione di secondo livello, applicati alle strutture pubbliche effettuati a partire dall'anno 2000, dalla fine dell'anno 2004 è stata avviata la procedura di controllo di terzo livello, che è regolata con D.G.R. n. 41-2372 del 13.03.2006 "Attività di controllo sulla corretta compilazione della Scheda di Dimissione Ospedaliera e individuazione delle modalità attuative del disposto del comma 2 dell'art. 88 della Legge n. 388 del 23.12.2000. Modificazioni alla D.G.R. n. 33-13816 del 02.11.2004", e con specifico protocollo operativo adottato con D.D. n. 66 del 21.04.2006. Tale attività è rivolta a tutte le strutture che erogano prestazioni per il S.S.N.

In questo caso l'attività di verifica è indirizzata verso un campionamento mirato delle cartelle cliniche, conseguente a studi effettuati dal succitato Gruppo "Nucleo tecnico di supporto per la valutazione ed il monitoraggio dell'attività di ricovero", al fine di permettere il raggiungimento degli obiettivi stabiliti dalla Giunta Regionale con D.G.R. n. 41-2372/06 in materia di corretta codifica e corretta tenuta della documentazione clinica, così sintetizzabili:

- controllo delle informazioni basilari rivolto alla completezza/accuratezza dei dati anagrafici/amministrativi registrati nella Scheda di dimissione ospedaliera;
- verifica della corretta selezione delle diagnosi principali e secondarie, delle procedure e degli interventi rispetto ai contenuti della cartella clinica;
- verifica della completezza e della qualità della documentazione clinica;
- verifica della corretta applicazione dei provvedimenti nazionali/regionali in materia con particolare riguardo alle linee guida regionali adottate con D.G.R. n. 49-2866 del 15.05.2006;

Al fine di agevolare le comunicazioni tra i nostri Uffici regionali e le Strutture ospedaliere pubbliche e private, è stato attivato un sito regionale dedicato alle Schede di dimissione ospedaliera con tutti gli aggiornamenti apportati a livello regionale in materia di corretta codifica.

E' stato inoltre predisposto e adottato con provvedimento di Giunta il documento relativo alla trasformazione delle attività sanitarie effettuate oggi in regime di day surgery in attività effettuabili in regime ambulatoriale.

In relazione alle diverse esigenze dell'Assessorato sono prodotte elaborazioni inerenti l'attività di ricovero. Sono stati predisposti inoltre report e analisi sui diversi

aspetti dell'attività di degenza anche in relazione all'esigenza di adempiere agli obblighi informativi derivanti dai diversi Accordi Stato-Regioni e dalle disposizioni ministeriali.

In questo ambito si può collocare la variegata attività di analisi necessaria alle elaborazioni relative alle proposte di PSSR o ad altri interventi su specifiche materie inerenti la programmazione regionale.

Si segnala anche l'attività di controllo effettuata sulle modificazioni proposte dalle AA.SS.RR. in relazione all'istituzione, soppressione o modificazione delle attività di ricovero. Tale attività è stata effettuata anche in coerenza alle indicazioni della D.G.R. n. 51057 del 27.09.2005, documento attuativo dell'Accordo Stato Regioni del 23.03.2005 relativamente alla razionalizzazione della rete ospedaliera.

La sottoscritta è stata ideatrice del progetto per il contenimento delle liste d'attesa che rappresenta uno strumento operativo e culturale per le Aziende sanitarie utile per la gestione delle liste d'attesa, non più basate su generiche attese da parte dei cittadini, ma improntate secondo criteri di priorità clinica.

In continuità di questo progetto, la stessa ha partecipato alle attività relative alla redazione del Piano Attuativo Regionale per la gestione delle liste d'attesa, secondo le indicazioni fornite in sede di Conferenza Stato-Regioni e all'attuazione, anche attraverso la predisposizione delle modalità tecnico-organizzative, del progetto Sovracup. Nell'ambito di tale lavoro sono stati definiti ulteriori criteri per l'erogazione delle prestazioni e individuate le prestazioni oggetto di monitoraggio da parte dell'Amministrazione Regionale.

In attuazione della D.G.R. n. 43-2860 del 15/05/2006 e della D.G.R. n. 57-3323 del 3.07.2006 che prevedono l'istituzione di gruppi di lavoro definiti per attività e su progetti riconducibili a specifici ambiti assistenziali finalizzati allo sviluppo di linee di coordinamento necessarie a garantire la realizzazione di obiettivi di sistema con prevalente connotazione strategica, la sottoscritta è stata nominata tra i componenti dei gruppi, individuati per competenza ed esperienze tecniche ed organizzative, in alcuni casi con funzione di coordinatrice.

Tra questi si segnalano quelli riconducibili ai macro livelli assistenziali di:

- ❖ Assistenza distrettuale con il compito di attività di analisi, studio, e valutazione comparativa finalizzata:
  - alla definizione di proposte di programmazione, di indirizzo, e/o di intervento riconducibili al monitoraggio del perseguimento dei Lea territoriali nel rispetto degli indirizzi del PSSR;
  - alla promozione della continuità assistenziale;
  - allo sviluppo del sistema di cure primarie;
  - al sostegno all'integrazione nel sistema dei servizi territoriali.
- ❖ Assistenza specialistica a livello ospedaliero e ambulatoriale con il compito di attività di analisi, studio, e valutazione comparativa finalizzata:
  - alla definizione di proposte di programmazione, di indirizzo e/o di intervento nell'ambito del coordinamento delle attività di assistenza sanitaria specialistica ospedaliera e ambulatoriale;
  - orientamento ed indirizzo al funzionamento delle Reti Regionali dei Servizi;
  - promozione della continuità e dell'integrazione nei percorsi di diagnosi – cura – riabilitazione.

- ❖ Politiche degli interventi con il compito di attività di analisi, studio, e valutazione comparativa finalizzata:
  - alla definizione di proposte di programmazione, di indirizzo e/o di intervento nell'ambito del coordinamento e gestione della programmazione degli investimenti in edilizia ed attrezzature in coerenza con gli indirizzi della programmazione sanitaria regionale;
  - semplificazione delle procedure connesse.
- ❖ Rapporti con i soggetti erogatori con il compito di attività di analisi, studio e valutazione comparativa finalizzata :
  - alla definizione di proposte di programmazione, di indirizzo e/o di intervento per il riordino della regolazione dei rapporti con i soggetti erogatori, pubblici e privati;
  - alla definizione di indirizzi programmatici;
  - per il coordinamento e la gestione dei rapporti con i soggetti erogatori, pubblici e privati.

Nel rispetto degli indirizzi del PSSR che assegna una forte priorità allo sviluppo di tutta l'assistenza sanitaria territoriale, in particolare alle Cure Primarie, la sottoscritta ha partecipato alla predisposizione e definizione di linee guida finalizzate all'attivazione dei Gruppi di Cure Primarie a livello distrettuale. Infatti la sottoscritta è stata nominata coordinatrice del Gruppo "Cure Primarie" partecipando alla stesura delle linee di indirizzo per l'individuazione delle caratteristiche e il funzionamento dei Gruppi di Cure Primarie e avviando poi la sperimentazione sull'intero territorio piemontese. I risultati di questo esame sono stati illustrati nel rapporto "Monitoraggio della sperimentazione dei Gruppi di Cure Primarie" che è stato distribuito ai Direttori di Distretto.

Si è potuto sperimentare, nel corso del tempo, una sinergica e stretta collaborazione tra le diverse figure professionali coinvolte nel processo assistenziale delle Cure Primarie territoriali che, su tale principio e in piena concertazione con le OO.SS. mediche di categoria a rapporto convenzionale, attraverso il Tavolo permanente di confronto paritetico - ex art. 29 AIR per la Medicina Generale, costituito con D.D. n. 110 del 6.06.2006 e coordinato dalla sottoscritta, ha portato al perfezionamento innovativo di alcuni rilevanti istituti normo-economici, per realizzare quel processo di innovazione assistenziale delle cure primarie territoriali, fortemente voluto dalla Regione e in completa sinergia d'intenti programmatici e pianificatori con le indicazioni espresse nel Piano Socio-Sanitario Regionale.

Inoltre, sono stati perfezionati Protocolli integrativi al vigente Accordo Regionale per la Medicina Generale, prevalentemente legati all'attività e ai progetti delle équipes territoriali, dei MMG in associazione e alla definizione degli obiettivi legati all'incentivazione economica degli stessi, anche ai fini dell'avvio dei Gruppi di Cure Primarie in Piemonte.

La sottoscritta ha avuto parte determinante nella sottoscrizione di atti amministrativi e normativi che hanno condotto all'inquadramento dei Medici convenzionati 118, attraverso un lungo percorso, che, prefigurando questo nuovo ruolo nei primi Accordi Collettivi Nazionali integrati con i nostri Accordi Regionali, ha portato questa nuova figura ad assumere, negli anni, dignità di contrattazione nazionale con successiva specifica convenzione.

Questo processo, lungo oltre dieci anni che ha visto la sottoscritta parte attiva nelle varie fasi di negoziazione e di definizione dei diversi Protocolli d'Intesa, ha condotto alla crescita

professionale e formativa del Medico di Emergenza Sanitaria 118, prevedendo, oggi, con l'adozione degli ultimi provvedimenti deliberativi, la possibilità per il Medico stesso di un passaggio alla dipendenza nella disciplina Medicina e Chirurgia di Accettazione e di Urgenza.

Nell'ambito delle competenze e delle attività gestite dal Settore diretto dalla sottoscritta, è stata svolta un'analisi organizzativa dei singoli procedimenti amministrativi e sono state pianificate le strategie da mettere in atto, anche in termini di efficacia, efficienza e trasparenza, per il raggiungimento degli obiettivi. In particolare si evidenzia:

- ❖ Partecipazione alle trattative nazionali come rappresentante regionale del gruppo nazionale per i rinnovi degli Accordi Collettivi Nazionali dei Medici di Medicina Generale, Medici di Guardia Medica e Medici 118, Pediatri di Libera Scelta, Specialisti Ambulatoriali.
- ❖ Gestione degli Accordi Nazionali ai fini dell'applicazione dei contenuti normo-economici e l'adozione di protocolli e linee guida uniformi di indirizzo e coordinamento alle AA.SS.LL.
- ❖ Contrattazione, definizione e stipula degli Accordi Regionali per la Medicina Generale con l'obiettivo di:
  - attuare percorsi assistenziali diagnostico-terapeutici;
  - sviluppare la qualità dei servizi;
  - conseguire l'appropriatezza dei ricoveri;
  - migliorare qualità e quantità delle prestazioni;
  - informatizzare gli studi dei medici di Medicina Generale per agevolare l'accesso dei cittadini ai servizi sanitari.
- ❖ Contrattazione, definizione e stipula degli Accordi Regionali per la Pediatria di Libera scelta, con l'obiettivo di:
  - definire obiettivi e progetti prevedendo una ricollocazione delle risorse dalla cura alla prevenzione, dalla generalità della popolazione infantile ai gruppi a rischio, dall'assistenza ospedaliera all'assistenza territoriale.
- ❖ Contrattazione, definizione e stipula degli Accordi Regionali per la Specialistica Ambulatoriale, con l'obiettivo di:
  - definire obiettivi e progetti per lo sviluppo della qualità dei servizi specialistici territoriali in termini di qualità, efficienza ed economicità in modo uniforme su tutto il territorio;
  - valorizzare e potenziare l'assistenza specialistica territoriale;
  - coinvolgere e responsabilizzare medici specialisti ambulatoriali nella razionalizzazione della spesa, tesa al costante miglioramento della qualità percepita dell'assistenza specialistica, attraverso la partecipazione degli stessi a pieno titolo ai programmi ed alle attività gestionali del Distretto aziendale;
  - ridurre, attraverso Progetti-obiettivo, il tasso di ospedalizzazione improprio e mirare all'abbattimento delle liste d'attesa.
- ❖ Definizione dei vari Accordi Regionali relativi al servizio di Emergenza Territoriale 118, con l'obiettivo di:
  - ottimizzare il Servizio 118 al fine di garantire una struttura organizzativa più flessibile e definita;

- consentire in Pronto Soccorso e nei DEA l'utilizzazione dei medici 118, perfezionando le garanzie normative, anche in funzione di un'integrazione più efficace Ospedale-Territorio.
- ❖ Definizione delle linee strategiche del Budget di distretto, coerenti con le strategie aziendali, predisponendo i profili di consumo degli assistiti dei Medici di Medicina Generale e dei Pediatri di Libera Scelta, con l'obiettivo di:
  - effettuare una ricognizione del consumo di prescrizioni farmaceutiche e di ricovero, riconducendole ai singoli medici prescrittori, attraverso la predisposizione dei Reports nei distretti piemontesi;
  - concertare azioni collaborative con i medici convenzionati,;
  - predisporre approfondimenti sui temi trattati nel Report e/o avviando gruppi di lavoro che hanno proceduto alla definizione di Linee Guida e di profili assistenziali concertati e condivisi, riferiti a patologie ad elevata incidenza;
  - conseguire una reale appropriatezza degli interventi.
- ❖ Ideazione, elaborazione e definizione delle linee guida per la riduzione dei tempi d'attesa e la corretta gestione delle liste, obiettivi prioritari per la Regione Piemonte al fine di soddisfare il reale bisogno sanitario della popolazione.  
 Il documento rappresenta uno strumento operativo per le Aziende Sanitarie ai fini di un rimodellamento organizzativo e culturale nella gestione delle liste d'attesa per i ricoveri e le prestazioni specialistiche, non più basate su generiche attese da parte di cittadini, ma improntata secondo criteri di priorità clinica.  
 In attuazione della deliberazione suindicata sono state gestite, in modo continuativo e sistematico, tutte le problematiche relative alla gestione delle liste d'attesa oltre al puntuale monitoraggio delle stesse, in particolare per l'attività di ricovero, sia per i flussi regionali che ministeriali.
- ❖ La stipula dell'Accordo con le associazioni di Categoria ARIS e AIOP ha rappresentato un altro momento qualificante, in quanto ha consentito di colmare un vuoto normativo, andando a disciplinare la riabilitazione per il trattamento delle disabilità a componente prevalentemente respiratoria.  
 Con tale accordo si è provveduto a definire, nello specifico, la funzione di RRF di 2° livello per la disabilità a componente prevalentemente respiratoria, con l'individuazione del numero di posti letto e della loro diffusione territoriale a livello di Area Funzionale Sovrazonale (A.F.S.), in relazione alla incidenza di patologie complesse con disabilità a prevalente componente respiratoria.
- ❖ Altro momento qualificante è stato la stipula dell'Accordo, sottoscritto con le Associazioni di Categoria Aris e AIOP, approvato con D.G.R. n. 33-8425 del 17.03.2008, relativo alla revisione della rete e delle attività delle Case di Cura private ad indirizzo neuropsichiatrico. L'obiettivo principale del documento, elaborato da un Gruppo di lavoro coordinato dalla sottoscritta, è stato quello di individuare e definire un percorso sanitario che accompagni il paziente dalla fase di emergenza / urgenza fino allo stato di post-acuzie.
- ❖ Analisi e valutazione della qualità di compilazione delle SDO (Schede di dimissione Ospedaliera) con l'obiettivo di:
  - elaborare linee guida regionali in ordine alla corretta codifica delle SDO e della loro verifica in coerenza ai contenuti della cartella clinica.

- ❖ Elaborazione di un documento disciplinante l'Attività di Day-surgery con l'obiettivo di :
  - superare le criticità evidenziate dalle strutture sia in fase autorizzativa che in fase di accreditamento, modificando le precedenti disposizioni regionali;
  - favorire nelle strutture pubbliche e private la riconversione dei ricoveri ordinari chirurgici in ricoveri a ciclo diurno;
  - razionalizzare i fattori produttivi impiegati, mantenendo il massimo livello assistenziale.
- ❖ Studio e proposte per l'evoluzione del sistema di accreditamento delle strutture pubbliche e private.
- ❖ Rafforzamento dei rapporti di collaborazione con le Commissioni di Vigilanza delle Aziende Sanitarie Locali, con l'obiettivo di:
  - ottenere una più puntuale ed attenta verifica dei requisiti minimi delle Case di Cura, previsti dalla vigente normativa regionale;
  - monitorare costantemente ed efficacemente le attività sanitarie svolte presso le Case di Cura private.
- ❖ Partecipazione agli incontri con le Associazioni di categoria ARIS e AIOP, con l'obiettivo di:
  - analizzare i fabbisogni dei volumi di attività di ricovero in un'ottica di sistema integrato pubblico/privato, ai fini di soddisfare la domanda sanitaria dei cittadini e definire i budget per singola struttura.
- ❖ Definizione e stipula dell'Accordo con le Associazioni di Categoria ARIS e AIOP, con l'obiettivo di:
  - definire i livelli organizzativi, i requisiti tecnologici ed i relativi protocolli operativi, per l'esercizio delle attività di ricovero in Recupero e Rieducazione Funzionale per disabilità a componente prevalentemente respiratoria delle strutture private provvisoriamente/definitivamente accreditate.
- ❖ Elaborazione di linee guida, approvate con D.G.R. n. 51-5401 del 26.02.2007 per l'utilizzo temporaneo, da parte delle Aziende Sanitarie Regionali, di soggetti privati che erogano assistenza ospedaliera ai fini dello svolgimento della propria attività istituzionale, con l'obiettivo di :
  - definire la fattispecie di casi in cui è consentito il ricorso, da parte delle Aziende Sanitarie Regionali, ai soggetti erogatori privati, stabilendo le condizioni, i modi e le procedure per l'utilizzo di tali servizi.
- ❖ Elaborazione di linee guida, approvate con D.G.R. n. 15-9179 del 14.07.2008 che regola il ricorso da parte delle Aziende Sanitarie Regionali allo strumento del "Service" per l'esternalizzazione di specifiche attività di una funzione sanitaria.
- ❖ Istituzione di un Gruppo di Lavoro per la definizione delle attività svolte dai Centri ex art. 26 della L. 833/78 con il compito di predisporre un documento contenente la definizione della tipologia dell'attività svolta dai Centri stessi, la determinazione del fabbisogno regionale, l'individuazione dei requisiti necessari per lo svolgimento dell'attività e la conseguente determinazione del sistema di remunerazione.

- ❖ Elaborazione e definizione, attraverso un continuo confronto con le OO.SS. Mediche di Categoria, dell'Accordo Regionale con il Medici di Medicina Generale per la gestione integrata del Diabete Mellito. Sviluppo e monitoraggio dell'applicazione dello stesso Documento.

Si citano inoltre alcuni tra i procedimenti amministrativi che, con continuità e regolarità, vengono gestiti dalla sottoscritta relativi all'attività sanitaria dei Medici convenzionati:

- Predisposizione di circolari applicative, linee di indirizzo e direttive generali per le Aziende Sanitarie ai fini di una puntuale e corretta applicazione dei contenuti normo-economici degli Accordi Collettivi Nazionali e degli Accordi Integrativi Regionali dei medici convenzionati;
- Istruttoria delle istanze e successiva elaborazione e definizione delle Graduatorie regionali per la Medicina Generale, la Continuità Assistenziale, l'Emergenza sanitaria 118 e la Pediatria di Libera Scelta;
- Individuazione, analisi, definizione e pubblicazione sul B.U.R.P. delle ore vacanti per la Continuità Assistenziale e l'Emergenza 118 ai fini della definizione del fabbisogno e del conferimento di nuovi incarichi;
- Definizione e pubblicazione sul B.U.R.P. delle zone carenti per la Medicina Generale e la Pediatria di Libera Scelta;
- Conferimento, a seguito di istruttoria delle istanze pervenute, degli incarichi di Assistenza Primaria ai Medici aventi diritto;
- Gestione dei procedimenti amministrativi, su istanza delle Aziende Sanitarie, presentati alla Commissione Regionale Paritetica permanente, denominata "Collegio Arbitrale" di cui la sottoscritta è componente, ai fini delle valutazioni delle violazioni di norme convenzionali da parte dei Medici e adozione dei successivi provvedimenti;
- Gestione del Tavolo Permanente di Confronto Paritetico della Medicina Generale, del Tavolo per la Pediatria di Libera Scelta e del Tavolo per la Specialistica Ambulatoriale, costituiti con provvedimenti deliberativi, al fine di perfezionare, attraverso il confronto con le OO.SS. mediche di categoria e la conseguente stesura di atti amministrativi, alcuni rilevanti istituti normo-economici dando nuovo impulso al processo di innovazione assistenziale.

In materia di riorganizzazione delle attività riabilitative delle strutture pubbliche e private, è stato definito un documento tecnico contenente direttive alle Aziende sanitarie regionali per la riorganizzazione delle attività riabilitative della Regione Piemonte. Successivamente sono state definite apposite strategie di azione, funzionali all'attuazione degli obiettivi di cui al citato documento. In particolare gli obiettivi riguardano:

- l'ambito dell'appropriatezza organizzativa e clinico-gestionale, attraverso la definizione di indicazioni di appropriatezza degli interventi riabilitativi, elaborati di concerto con le professioni sanitarie coinvolte, per equità di accesso ed uniformità di trattamento a livello regionale;
- l'informazione/formazione, mediante la definizione dei contenuti e modalità formative degli operatori della riabilitazione e dei medici di medicina generale, per la corretta applicazione del documento di cui sopra;
- l'individuazione e definizione di uno strumento per l'informatizzazione ed il monitoraggio del percorso riabilitativo del paziente in tutti i setting di cura.

Tali obiettivi sono stati raggiunti con la predisposizione di linee di indirizzo inerenti i percorsi riabilitativi per i pazienti neurologici (nella fase acuta dell'ictus), per i pazienti a disabilità cardiologica (post intervento cardiocirurgico, con scompenso cardiaco, ecc.), per i pazienti con gravi disabilità respiratorie, nonché per i pazienti riabilitativi a domicilio.

Sono stati definiti, insieme agli esperti del gruppo di lavoro, i contenuti tecnici della Scheda Regionale di "Proposta di percorso riabilitativo individuale", quale strumento di monitoraggio regionale e aziendale dei percorsi riabilitativi.

Il processo di accreditamento istituzionale delle Strutture sanitarie pubbliche e private, iniziato nel corso dell'anno 2000 a seguito dell'entrata in vigore della D.C.R. 616-3149 del 22.02.2000, inerente il recepimento del D.P.R. 14 gennaio 1997, ha interessato, in prima applicazione, tutte le Case di Cura private che hanno presentato istanza entro i termini previsti. Le verifiche sul possesso dei requisiti organizzativi, strutturali e tecnologici sono state concluse e le risultanze di tale attività hanno permesso l'accreditamento definitivo di 33 Case di Cura.

Le rimanenti case di cura provvisoriamente accreditate presentano alcune criticità che riguardano la mancanza di requisiti organizzativi (in alcuni casi) e/o di requisiti strutturali e tecnologici.

Sono state, inoltre, pianificate strategie da porre in essere anche in termini di efficacia, efficienza e trasparenza, per il raggiungimento degli obiettivi regionali posti. In particolare si evidenzia:

❖ Linee guida per la revisione dei sistemi di emergenza-urgenza sanitaria

Con D.G.R. n. 48-8609 del 14 aprile 2008 sono state approvate le direttive per le AA.SS.RR. in merito all'organizzazione dell'attività di emergenza sanitaria (territoriale ed ospedaliera) volte al raggiungimento dell'omogeneità e della massima efficacia su tutto il territorio regionale.

Il documento, partendo dall'analisi dell'attuale rete dell'emergenza territoriale e in prospettiva della sua integrazione con l'emergenza ospedaliera, che costituisce obiettivo primario dell'intera azione programmatica, delinea le strategie organizzative ed operative necessarie al raggiungimento delle indicazioni contenute nel PSSR.

Altro momento qualificante dell'applicazione della suddetta Deliberazione del 14 aprile 2008 è stata la formalizzazione, attraverso un atto deliberativo, di un Coordinamento regionale dei PS/DEA che favorisce l'interazione tra i PS/DEA allo scopo di rendere omogenea e qualitativamente migliore la risposta all'utenza attraverso l'individuazione di percorsi clinici comuni e definiti. Il raggiungimento di questo obiettivo ha permesso di ricondurre ad un unico sistema l'insieme delle prestazioni erogate da Servizi diversi integrando necessariamente la fase del soccorso e del trasporto con la successiva eventuale ospedalizzazione del paziente.

❖ Passaggio alla Dipendenza dei Medici convenzionati

Con D.G.R. n. 40-2419 del 20.03.2006, la Giunta Regionale ha deliberato di individuare, in applicazione dell'art. 8, comma 1 bis, del D. Lgs. 30 dicembre 1992, n. 502 e s.m.i., l'area di Emergenza Sanitaria Territoriale nelle Aziende Sanitarie Regionali, ai fini del passaggio alla dipendenza dei medici di Emergenza Sanitaria

Territoriale convenzionati ai sensi del D.P.R. 270/00. Sono state espletate le procedure di concorso e pronunciato il giudizio di idoneità e, successivamente, si è proceduto a supportare le Aziende, sedi di Centrale Operativa, nella definizione delle procedure di inquadramento in ruolo dei Medici transitati nella dipendenza. Sono stati adottati i necessari provvedimenti per l'inserimento nei ruoli del personale dipendente, di un contingente di medici già convenzionati.

❖ Rischio clinico

E' stato istituito a livello aziendale un sistema di gestione del rischio clinico che è stato poi sviluppato a livello regionale mediante programmi comuni di formazione degli operatori, raccolta dati sugli eventi avversi, adozione di protocolli e linee guida condivise.

Con DGR n. 14-8500 del 31 marzo 2008 sono state approvate le prime linee guida sui principali filoni di intervento per la prevenzione del rischio, quali le infezioni ospedaliere, l'identificazione del paziente, i corpi estranei, le infezioni ospedaliere, i dispositivi medici.

E' stata inoltre effettuata una massiccia campagna formativa che ha visto coinvolti inizialmente oltre 125 operatori esperti che, a loro volta, hanno promosso localmente la formazione degli altri operatori.

Si è infine attuata una costante opera di coinvolgimento dei referenti aziendali nella gestione del progetto e monitoraggio sulla sua evoluzione.

❖ Malattie cardiovascolari

Da evidenziare le azioni mirate a strutturare in rete i Centri cardiologici regionali e relativo monitoraggio della attività. Implementazione modalità di integrazione con 118 e DEA, con particolare riferimento al progetto sull'emergenza coronarica nel percorso IMA.

Con Determinazione n. 838 del 26.11.2008 è stato approvato il progetto del CSI Piemonte di monitoraggio informatico dell'attività dei centri di emodinamica con adozione della scheda dati prevista dalla DGR 5-6537 del 30.7.2007.

Con Determinazione n. 907 del 2.12.2008 sono stati definiti i criteri di indirizzo all'impiego della tomografia computerizzata multistrato per la diagnostica della patologia coronarica.

E' terminato lo studio PRIMA Sweet e sono in corso di analisi i risultati, obiettivo dello studio è fornire dati sulla numerosità, profilo di rischio, modalità e tempi di trattamento, prognosi intra-ospedaliera, prognosi a 1 anno dei pazienti con infarto STE-MI o NSTEMI che vengono ricoverati nelle UTIC piemontesi entro 48h dall'esordio dei sintomi. Lo studio è focalizzato specialmente sui pazienti disglucemici, sui pazienti anziani, e sui pazienti con NSTEMI. Per i pazienti con STEMI, già oggetto del Registro PRIMA (2005), lo studio presente vuole indagare le possibili evoluzioni intercorse nel percorso assistenziale.

In attuazione della D.G.R. n. 89 – 6716 del 3.8.2007, con Determinazione n. 71 del 18.2.2008 è stata istituita la Commissione per la Qualità delle cure in Cardiocirurgia: compito della Commissione è permettere la fattibilità di un osservatorio sugli esiti e sulla appropriatezza degli interventi nei centri cardiocirurgici regionali.

❖ Malattie cerebrovascolari

Con D.G.R n. 4-9886 del 27.10.2008 sono state approvate le indicazioni in merito all'organizzazione della assistenza integrata ai pazienti con ictus cerebrale, ad

integrazione della precedente Deliberazione dell'anno 2006. Nel provvedimento attuale vengono analizzati e forniti specifici indirizzi rispetto alle differenti fasi del percorso compresa la fase di prevenzione e riabilitazione. Prosegue, inoltre, la partecipazione al progetto di ricerca interregionale ex art. 12 sulle Gravi Cerebrolesioni Acquisite, in cui la Regione Piemonte è capofila per la fase acuta.

- ❖ Piano regionale sangue e plasma  
È stata svolta l'attività di coordinamento generale dell'attività e la predisposizione dei conseguenti atti formali, ai fini del raggiungimento degli obiettivi prefissati. Con specifico provvedimento deliberativo sono stati definiti i requisiti minimi strutturali e organizzativi per le Unità di raccolta di sangue a scopo trasfusionale, atto essenziale per il miglioramento della qualità dei servizi e propedeutico all'accREDITAMENTO degli stessi. Si è, inoltre, provveduto alla revisione del sistema informativo della rete trasfusionale per permettere l'attivazione del centro di produzione e un più razionale uso delle risorse disponibili.
- ❖ Teleconsulto medico piemonte ospedali in rete – tempore  
Sono state sviluppate funzionalità ulteriori del progetto che permettono di raccogliere e reperire su un server centralizzato tutte le informazioni relative alle consulenze scambiate tra le strutture e di effettuare ed elaborare centralmente indicatori di utilizzo e di qualità del servizio. Lo sviluppo di tali funzionalità sono state inserite come obiettivo specifico all'interno del Progetto Emergenza finanziato dalla Compagnia San Paolo.
- ❖ Implementazione nuovo flusso informativo monitoraggio assistenza sanitaria emergenza-urgenza  
Si è predisposto un piano di adeguamento del sistema informativo attuale sull'emergenza-urgenza (118-PS/DEA) con il nuovo sistema informativo sanitario (NSIS) con la predisposizione di nuovi tracciati record per la raccolta dei dati.
- ❖ Accordo regionale trasporti sanitari  
Con appositi provvedimenti deliberativi sono stati rinnovati gli accordi regionali per i trasporti sanitari stabilendo precise modalità di riconoscimento delle spese sostenute dalle Associazioni e dai Comitati CRI in ottemperanza alle leggi sia nazionali che regionali sul volontariato. Con Determinazione dirigenziale n. 181 del 8/04/2008 è stata costituita la Commissione Tecnica, ai sensi delle sopraccitate deliberazioni.
- ❖ Progetto Organizzativo della Rete Oncologica del Piemonte e della Valle d'Aosta
  - Monitoraggio dell'attuazione dei Programmi di Polo Oncologico, dei Programmi Trasversali alla Rete Oncologica e dei Progetti Sperimentali nell'ambito della Rete stessa;
  - Implementazione e modifica dell'assetto territoriale ed organizzativo della Rete Oncologica;
  - Contatto e sinergia con i Medici di Medicina Generale, attraverso il monitoraggio dei progetti di formazione dei Medici di Medicina Generale;
  - Gestione e coordinamento della Commissione Oncologica Regionale – COR –

- Monitoraggio delle linee guida, approvate dalla COR (in collaborazione con il CPO-Piemonte);
  - Controllo dei percorsi organizzativi dei Centri Accoglienza e Servizi e dei Gruppi Interdisciplinari Cure, all'interno di ogni Polo Oncologico; elaborazione degli indirizzi procedurali per un appropriato monitoraggio delle prestazioni del percorso diagnostico-terapeutico dei pazienti oncologici (CAS/GIC);
  - Sviluppo, in Bosnia, del programma di screening dei tumori del collo dell'utero ed attivazione, nell'ambito della Rete Oncologica, di un Polo Oncologico a Zenica (Protocollo d'intesa tra la Regione Piemonte ed il Cantone di Zenica-Doboj del 22.12.2004, per attività di cooperazione; Accordo quadro tra la Regione Piemonte, l'Università degli Studi di Torino, l'Università degli Studi del Piemonte Orientale ed il Politecnico di Torino del 15 febbraio 2005, per la cooperazione decentrata; Protocollo operativo per la realizzazione del Polo Oncologico nell'ospedale di Zenica, tra il Ministro della Sanità del Cantone ed il presidente della Giunta regionale, presentato il 29.12.2006);
  - Aggiornamento della campagna di comunicazione della Rete Oncologica (in collaborazione con la Commissione Comunicazione della Rete Oncologica), attraverso la riproposizione di materiale divulgativo, l'aggiornamento del sito web e l'elaborazione di slides di presentazione.
- ❖ Progetto della Rete Regionale di Cure Palliative
- Monitoraggio e verifica dell'applicazione delle linee guida per la realizzazione della rete di Cure Palliative sul territorio regionale;
  - Istituzione, gestione e coordinamento della nuova Commissione Regionale per le Cure Palliative;
  - Organizzazione e partecipazione a progetti di ricerca specifici in cure palliative;
  - Verifica e valutazione della qualità dei servizi offerti e dei risultati ottenuti, in particolare del gradimento del servizio da parte dei malati e dei loro familiari (in collaborazione con il Tribunale dei Diritti del Malato).
- ❖ Rete Regionale degli Ospedali Senza Dolore
- Gestione e coordinamento del Comitato regionale per la Lotta al Dolore – continuità assistenziale ospedale/territorio;
  - Estensione della lotta al dolore sul territorio;
  - Monitoraggio dell'applicazione delle linee di indirizzo per la realizzazione della rete regionale degli Ospedali Senza Dolore;
  - Promozione della realizzazione ed attuazione del coordinamento di tutte le strutture idonee alla diagnosi e terapia del dolore;
  - Organizzazione e monitoraggio del collegamento funzionale tra la Rete degli Ospedali Senza Dolore, la Rete Oncologica e la Rete di Cure Palliative.
- ❖ Interventi di cooperazione internazionale.
- Elaborazione ed attuazione di iniziative di cooperazione internazionale (in collaborazione con il Settore Affari Internazionali);
  - Organizzazione, gestione, attuazione e monitoraggio del programma di assistenza sanitaria a cittadini stranieri non appartenenti all'Unione Europea, di cui all'art. 32, comma 15, L. 449/97, che necessitano di interventi sanitari non effettuabili nel loro

- paese di origine, per i quali è indispensabile poter offrire in tempi brevissimi, senza complicazioni burocratiche, o necessità di particolari formalità, assistenza sanitaria presso le strutture ospedaliere della nostra regione;
- Organizzazione del programma di interventi di cooperazione sanitaria, in cui sia previsto l'invio di personale sanitario dipendente delle strutture sanitarie pubbliche del Piemonte (D.G.R. n. 51-10154 del 24.11.2008);
  - Nel corso di questi ultimi anni sono stati presi in carico, nell'ambito del programma, un cospicuo numero di minori affetti da patologie cardiologiche, tumorali e ortopediche.
- ❖ Patologia delle Dipendenze
- Potenziamento del sistema informativo dei servizi per le dipendenze (progetto SPIDI – Sistema Piemontese Informatizzazione delle Dipendenze).  
E' stata istituita una Commissione sul sistema informativo delle dipendenze.  
Con DGR n. 86-7612 del 26.11.2007 è stato successivamente istituito il Sistema piemontese di informatizzazione delle dipendenze e l'istituzione del GASID (Gruppo di amministrazione sistema informativo delle dipendenze);
  - Progetto di avvio della sperimentazione dell'Accoglienza non residenziale per soggetti tossicodipendenti.  
Con D.G.R. n. 9-8072 del 28.01.2008 è stata approvata la fase di avvio della sperimentazione dei servizi di accoglienza e con D.D. n. 615 del 30.09.08 è stata approvata la fase di avvio della sperimentazione;
  - Progetto di sviluppo dei servizi e attività di Bassa Soglia e di Riduzione del Danno;
  - Progetto di prevenzione e contrasto all'uso e abuso di alcol e delle patologie alcolcorrelate;
  - Revisione dell'Atto di Intesa.  
E' stata predisposta una revisione complessiva dell'Atto di Intesa, già recepito con DGR n. 49/2003. La nuova versione dell'Atto di Intesa individua nuove tipologie di strutture terapeutico-riabilitative, in funzione del costante e graduale cambiamento di utenza e, quindi, dei servizi. Individua altresì diverse tipologie di figure professionali e chiarisce meglio il sistema di autorizzazione, accreditamento e accordo istituzionale. Infine inserisce il concetto di budget per le dipendenze, ovvero il fabbisogno finanziario da assegnare per le attività delle strutture residenziali della Regione;
  - Provvedimento di riparto del Fondo Nazionale Lotta alla droga. Istituzione dei Dipartimenti delle Dipendenze e avvio dei Piani Locali delle Dipendenze.
- ❖ Psicologia sanitaria e Servizi di Psicologia  
E' stato concluso un progetto di ricerca sullo stato delle attività della psicologia in sanità.
- ❖ Gruppo lavoro "Incidenti stradali"  
Il gruppo nasce con il mandato di effettuare un'indagine nelle realtà aziendali con l'obiettivo di produrre un documento regionale in grado di prevedere quale siano le attività, e i costi, che devono essere effettuate da ogni ASL per collaborare in modo efficiente con le altre istituzioni (es. polizia, carabinieri, magistratura, ecc.) in modo da rendere più efficaci le azioni di contrasto al numero sempre crescente di incidenti stradali, soprattutto causati dall'uso indiscriminato di bevande alcoliche e droghe.

- ❖ Definizione dei requisiti e conseguente accreditamento delle strutture socio-sanitarie
- ❖ Assistenza Sanitaria Penitenziaria  
 Il trasferimento delle competenze relative alla Sanità penitenziaria è stato disposto con DPCM 01.04.2008 ed entrato in vigore in data 14.06.2008. Le fasi operative che si sono succedute possono essere così riassunte:
  - Delibera di recepimento del DPCM 01.04.2008, D.G.R. n. 2-84947 del 10 giugno 2008, con cui, a garanzia della continuità dell'assistenza sanitaria in carcere, si dà mandato di predisporre i provvedimenti necessari per la presa in carico delle funzioni sanitarie in ambito penitenziario da parte del Servizio Sanitario Regionale e si è dato inoltre mandato alle AA.SS.LL. sedi di carcere di assicurare, attraverso i referenti aziendali precedentemente individuati, la realizzazione del processo di riordino della Sanità Penitenziaria nel territorio di pertinenza, secondo le direttive della Direzione Sanità;
  - Definizione delle procedure necessarie al recepimento del personale sanitario, delle attrezzature, degli arredi, dei beni strumentali relative alle attività sanitarie, così come disposto dall'art. 3 e dall'art. 4 del DPCM;
  - Stipula dell'Accordo con le OO.SS Confederali sulla riforma sanitaria penitenziaria. Attuazione di un Tavolo di confronto con i Sindacati;
  - Avvio al sistema sanitario penitenziario con relativo modello organizzativo.
- ❖ Salute mentale
  - Monitoraggio dello stato di attuazione dell'assistenza psichiatrica in Piemonte
  - Monitoraggio dei livelli assistenziali erogati e delle tariffe applicate dalle Comunità protette e dalle Comunità alloggio;
  - Programmazione delle attività residenziali, in relazione al fabbisogno regionale rilevato;
  - Adempimenti autorizzativi e di vigilanza sulle strutture residenziali psichiatriche previsti dalla normativa regionale vigente;
  - Coordinamento Commissione centrale per le rivalutazioni cliniche istituita ai sensi della DGR 74/1999;
  - Attività inerenti il protocollo sull'emergenza/urgenza in età evolutiva.
- ❖ Dipartimento Materno Infantile
  - Definizione di progetti specifici nell'ambito dell'area materno-infantile;
  - Definizione agenda di salute in gravidanza;
  - Attività di coordinamento consultori attraverso analisi dell'attività ed incontri periodici con gli operatori dedicati;
  - Insufficienza d'organo in età pediatrica: il lavoro svolto ha definito i percorsi dei pazienti e la rete assistenziale dell'insufficienza d'organo renale;
  - Insufficienza respiratoria pediatrica: consolidamento rete regionale con individuazione percorsi territoriali, individuazione formatori locali e avvio formazione degli stessi;
  - Consolidamento della rete regionale di Assistenza Intensiva Neonatale e avvio gruppi di definizione dei protocolli relativi;
  - Allattamento al seno: adozione di provvedimenti deliberativi; realizzazione della formazione regionale, monitoraggio attività, consolidamento progetto ospedale amico del bambino;
  - Definizione linee-guida per tonsillectomie;

- Definizione di un progetto hospice minori e del reparto per le dimissioni protette al domicilio dei pazienti disabili gravissimi;
  - Definizione di un provvedimento per l'attività di assistenza domiciliare integrata per i pazienti minori;
  - Costituzione gruppo di lavoro congiunto con il Servizio 118 per l'emergenza pediatrica.
- ❖ Neuropsichiatria Infantile
- Formulazioni pareri ex art. 8 ter relativamente alle Comunità per minori, di cui alla D.G.R. 41-12003 del 15.03.2004 "Tipologia, requisiti strutturali e gestionali delle strutture residenziali per minori". In tal senso la Regione esprime un parere relativo al fabbisogno complessivo, alla localizzazione territoriale nonché rispetto alla contiguità con strutture e luoghi a rischio, al fine di tutelare una fascia d'utenza particolarmente esposta, sofferente e a rischio di cronicizzazione;
  - Predisposizione Report della Rete di assistenza neurologica, psichiatrica, psicologica, psichiatrica e riabilitativa per l'infanzia e l'adolescenza a cui si aggiungono i dati inerenti le malattie rare ed i ricoveri dei minori con patologie di interesse neurologico e psichiatrico;
  - Attività inerente gli standards relativi ai Percorsi assistenziali in NPI, per il governo della Rete dei Servizi per l'età evolutiva della Regione Piemonte. Definizione dei gruppi di percorso;
  - Definizione e modalità operative per l'avvio della Rete Regionale per il disturbo dell'ADHD (sindrome da iperattività e deficit dell'attenzione): adozione DGR 4-8716 del 5.5.2008 che ha individuato i centri specialistici regionali abilitati al rilascio di piano terapeutico per metilfenidato e atomoxetina, nonché alla diagnosi e cura di questa patologia.
- ❖ Malattie Rare
- Consolidamento del registro regionale, collegato con il registro nazionale presso ISS;
  - Accordo con la Valle D'Aosta per la realizzazione di un centro interregionale di coordinamento per le malattie rare (inserimento della VDA nel sistema di rete piemontese) DGR 21-8414 del 17.3.2008;
  - Approvazione tre progetti regionali finanziati dal PSN di sviluppo della rete.
- ❖ Prelievi e Trapianti
- Coordinamento coordinatori locali dei prelievi;
  - Coordinamento banche tessuti. Formazione in materia;
  - Autorizzazioni alle Aziende Sanitarie Ospedaliere ad espletare le attività di trapianto di organi e tessuti nonché l'autorizzazione dei sanitari a svolgere le varie attività di trapianto a scopo terapeutico;
  - Formazione per gli operatori;
  - Medicina rigenerativa disciplinata dalla D.G.R. n. 27-8060 del 21.1.2008.
- ❖ Autorizzazione al trasporto infermi a mezzo autoambulanza (L.R. 42/92)
- Elaborazione e redazione del Disegno di Legge, di riforma della L.R. 42/92, "Disciplina delle attività sanitarie di trasporto ordinario in convenzione, di infermi e di soccorso di emergenza, a mezzo autoveicoli e aeromobili";
  - Procedimenti amministrativi relativi alle autorizzazioni, ai dinieghi, alle diffide e alle sospensioni dell'attività sopracitata.

- ❖ Iscrizione al Registro regionale del Volontariato (L.R. 38/94) sezione sanitaria coordinamenti
  - Partecipazione al Tavolo di confronto costituito da Comitato di Gestione del Fondo Speciale per il Volontariato in Piemonte, VSPP, Idea Solidale, Compagnia di San Paolo, Fondazione CRT, Regione Piemonte, Provincia di Torino e Comune di Torino per la predisposizione di un progetto per un servizio di accompagnamento solidale destinato a persone sottoposte a terapie periodiche.
- ❖ Stati vegetativi e stati di minima coscienza
  - E' stato predisposto un importante provvedimento deliberativo che disciplina gli interventi e le tipologie di setting assistenziali della persona in stato vegetativo e di minima coscienza.
- ❖ Ippovisione
  - Gestione e monitoraggio dell'attività dei Centri di Riabilitazione Visiva regionali.
- ❖ Nefrologia
  - Predisposizione all'interno del progetto integrato di prevenzione dell'insufficienza renale e appropriatezza del percorso assistenziale di diagnosi e cura delle malattie nefrologiche del monitoraggio dell'attività di insufficienza d'organo che porta al trapianto;
  - Definizione di un provvedimento deliberativo inerente al potenziamento delle cure domiciliari nei pazienti affetti da insufficienza renale terminale con necessità di trattamento.
- ❖ Allergologia
  - Prosecuzione sperimentazioni gestionali area Novara e Torino città;
  - Formazione coordinamento allergologi e monitoraggio attività;
  - Realizzazione di un Report relativo alle attività di allergologia nelle varie ASL;
  - Definizione indicazioni per l'avvio dell'attività di farmaco-vigilanza collegata al sistema informativo regionale.
- ❖ Rete Regionale dei Servizi di Dietetica e Nutrizione Clinica per la Nutrizione Artificiale Enterale e Parenterale Domiciliare
  - Gestione e coordinamento della Rete Regionale dei Servizi di Dietetica e Nutrizione Clinica per la Nutrizione Artificiale Enterale e Parenterale Domiciliare;
  - Monitoraggio dell'applicazione delle linee di indirizzo per la realizzazione della Rete Regionale dei Servizi di Dietetica e Nutrizione Clinica per la Nutrizione Artificiale;
  - Promozione della realizzazione ed attuazione del coordinamento di tutte le strutture della Rete.
- ❖ Sclerosi Multipla
  - Definizione di un provvedimento deliberativo avente come oggetto "Requisiti organizzativi per nuclei temporanei in strutture sociosanitarie per soggetti affetti da sclerosi multipla".
- ❖ Incontinenza Urinaria
  - Definizione di un provvedimento deliberativo avente come oggetto "Progetto regionale di una rete di servizi per la prevenzione diagnosi e cura dell'incontinenza urinaria. Istituzione dei Centri specialistici per l'incontinenza urinaria di 2° e 3° livello.e modifica dell'allegato A della DGR n. 40-12566 del 24 maggio 2004".

- ❖ Diabetologia
- Coordinamento attività della Commissione regionale di Diabetologia istituita ai sensi della L.R. 34/2000;
- Gestione procedure e supporto al coordinamento tecnico-scientifico del progetto "Attuazione della gestione integrata del diabete nella Regione Piemonte" di cui al Piano nazionale della prevenzione 2005-2008;
- Riorganizzazione attività regionali relative all'assistenza diabetologica. Formulazione progetto per il presidio regionale dell'area attraverso la costituzione di n. 3 tavoli di lavoro tematici relativi a:
  - coordinamento tecnico del progetto di cui al Piano Nazionale della Prevenzione
  - revisione e riorganizzazione della rete diabetologica territoriale ed ospedaliera;
  - monitoraggio attuazione Accordo gestione integrata, ai sensi della D.G.R. n. 40-99020 del 27.10.2008.

F.TO IN  
ORIGINALE

Torino, li 15 marzo 2011