

Seduta del 20-01-2015

DELIBERAZIONE N. 24

OGGETTO: PIANO REGIONALE DI FORMAZIONE CONTINUA IN SANITA' PER IL TRIENNIO 2014/2017

LA GIUNTA REGIONALE

riunitasi il giorno venti del mese di Gennaio dell'anno duemilaquindici nella sede dell'Ente con la presenza dei Sigg.:

N	Cognome e Nome	Carica	Presenza
1	DI LAURA FRATTURA PAOLO	PRESIDENTE	Presente
2	PETRAROIA MICHELE	VICE PRESIDENTE	Presente
3	FACCIOLLA VITTORINO	ASSESSORE	Presente
4	NAGNI PIERPAOLO	ASSESSORE	Presente
5	SCARABEO MASSIMILIANO	ASSESSORE	Presente

SEGRETARIO: MARIOLGA MOGAVERO

HA DECISO

quanto di seguito riportato sull'argomento di cui all'oggetto (facciate interne) sulla proposta inoltrata dal SERVIZIO ORGANIZZAZIONE E POLITICHE DELLE RISORSE UMANE DELL'ASREM.

LA GIUNTA REGIONALE

VISTO il documento istruttorio concernente l'argomento in oggetto;

PRESO ATTO, ai sensi dell'art. 13 del Regolamento interno di questa Giunta:

- a) del parere di legittimità e di regolarità tecnico-amministrativa espresso dal Direttore del Servizio e della dichiarazione che l'atto non comporta impegno di spesa;
- b) del parere del Direttore Generale per la Salute;

VISTA la legge regionale 23 marzo 2010 n. 10 e successive modificazioni e la normativa attuativa della stessa;

VISTO il regolamento interno di questa Giunta;

DELIBERA

- 1) di fare proprio il documento istruttorio e la conseguente proposta corredati dei pareri di cui all' art. 13 del Regolamento interno della Giunta che si allegano alla presente deliberazione quale parte integrante e sostanziale, rinviando alle motivazioni in essi contenute;
- 2) di approvare il documento recante il Piano Regionale di Formazione Continua in Sanità per il triennio 2014-2017, allegato al presente atto e parte integrante del medesimo;
- 3) di fare obbligo ai Provider regionali di redigere i Piani annuali di formazione in conformità ai principi definiti nel Piano Regionale e nell'ottica del raggiungimento degli obiettivi individuati nel medesimo;
- 4) di far generale rinvio alla normativa vigente in materia, per quanto non previsto nel presente atto;
- 5) di disporre la pubblicazione del presente atto sul Bollettino Ufficiale della Regione Molise e sul sito istituzionale www.regione.molise.it.

DOCUMENTO ISTRUTTORIO

Oggetto: Piano Regionale di Formazione Continua in Sanità per il triennio 2014-2017.

RICHIAMATI

- il D. Lgs. 30 dicembre 1992, n. 502, e successive modifiche ed integrazioni, ed in particolare gli articoli 16-bis e 16 ter, che disciplinano la Formazione continua in medicina, definendone le finalità, i soggetti coinvolti e le modalità di attuazione, e demandano alle Regioni la programmazione e l'organizzazione dei programmi regionali per la formazione continua;
- l'Accordo Stato Regioni 20 dicembre 2001, il quale ha ribadito che alle singole Regioni è affidato il compito di promuovere sul proprio territorio il sistema per la formazione continua, individuando gli obiettivi formativi di interesse regionale, escludendo, altresì, esplicitamente, la possibilità che le Regioni possano svolgere la funzione di soggetti fornitori di eventi formativi, in considerazione dell'incompatibilità tra il ruolo di garanzia del sistema della formazione continua e quello di *provider* svolto dalla Regione;
- l'Intesa sancita in Conferenza Stato Regioni nella seduta del 23 marzo 2005 che, in attuazione dell'art. 1, comma 173, della legge 30 dicembre 2004, n. 311, ha previsto, all'art. 4, comma 1, lettera f), l'impegno delle Regioni alla realizzazione degli interventi previsti dal Piano nazionale dell'aggiornamento del personale sanitario;
- gli Accordi Stato – Regioni del 16 marzo 2006 e del 14 dicembre 2006, che hanno prorogato il regime sperimentale del Programma di educazione continua in medicina ed hanno confermato gli obiettivi formativi di interesse nazionale definiti con l'Accordo Stato – Regioni del 20 dicembre 2001 e con successivi Accordi del 13 marzo 2003 e del 20 maggio 2004;

EVIDENZIATO che, in attuazione delle disposizioni sopra richiamate, con deliberazioni n. 99 del 16 febbraio 2004, n. 798 del 16 luglio 2007 e n. 1053 del 17 settembre 2007, ai fini dell'attivazione del sistema regionale per la formazione continua, si è provveduto ad istituire la *Consulta Regionale per l'Educazione Continua in Medicina*, costituita da rappresentanti di Ordini, Collegi e Associazioni professionali, e la *Commissione Regionale per l'Educazione Continua in Medicina*, composta da esperti nelle tematiche formative, con la funzione di supportare la Regione nell'espletamento dei compiti istituzionali sopra richiamati;

RICHIAMATI, inoltre,

- l'Accordo Stato Regioni del 1 agosto 2007 (Rep. Atti n. 168/2007) concernente il «*Riordino del sistema di formazione continua in medicina*», recepito dalla Regione Molise con Deliberazione di Giunta Regionale n.1225 del 14 novembre 2008, il quale, nel confermare i principi e il ruolo dei programmi di ECM, ha introdotto alcune rilevanti innovazioni ed assegnato nuovi ed importanti compiti e funzioni alle Regioni;
- l'art. 2, comma 357 della Legge 24 dicembre 2007, n. 244, che ha stabilito che il Sistema nazionale di Educazione Continua in Medicina (ECM) è disciplinato secondo le disposizioni di cui all'Accordo 1 agosto 2007;
- il successivo Accordo Stato Regioni del 5 novembre 2009 (Rep. Atti n. 192/2009), recepito dalla Regione Molise con Deliberazione di Giunta Regionale n. 419 del 31 maggio 2010, che ha ulteriormente definito il «*Nuovo sistema di Formazione Continua in Medicina – Accredimento dei Provider ECM, formazione a distanza, obiettivi formativi, valutazione della qualità del sistema formativo sanitario, attività formative realizzate all'estero, liberi professionisti*»;
- il «*Regolamento applicativo dei criteri oggettivi di cui all'Accordo Stato Regioni del 5 novembre 2009 e per l'accredimento*», approvato dalla Commissione Nazionale per la Formazione Continua nella seduta del 13 gennaio 2010, con il quale sono state definite le linee guida, i requisiti minimi e i relativi standard necessari per l'accredimento istituzionale di Provider;
- l'Accordo Stato Regioni del 19 aprile 2012 (Rep. Atti n.101/CSR), recepito dalla regione Molise con

Decreto del Commissario *ad acta* n. 20 del 31 maggio 2012, con cui sono stati definiti i principi regolanti "*Il nuovo sistema di formazione continua in medicina - Linee guida per i Manuali di accreditamento dei provider, albo nazionale dei provider, crediti formativi triennio 2011/2013, federazioni, ordini, collegi e associazioni professionali, sistema di verifiche, controlli e monitoraggio della qualità, liberi professionisti*";

EVIDENZIATO

- che, in particolare, con il suddetto Accordo sono state ridefinite le 29 aree in cui si articolano gli obiettivi formativi dei corsi, che vanno a comporre il "Dossier formativo" individuale di ciascun professionista, inteso come strumento di programmazione e valutazione del percorso formativo del singolo professionista, che dovrà bilanciare *obiettivi formativi di sistema* (con tematiche valide per tutti), *obiettivi formativi di processo* (con tematiche legate al miglioramento della qualità dei processi nella specifica area sanitaria in cui si opera) e *obiettivi formativi tecnico-professionali* (rivolti all'acquisizione di conoscenze e competenze nel settore di attività);

RILEVATO

- che con Deliberazione di Giunta Regionale n. 381 in data 15 aprile 2009 la Regione Molise ha provveduto a definire gli Obiettivi per la Formazione Continua Regionale;

- che con Decreto del Commissario *ad Acta* per l'attuazione del piano di rientro dai disavanzi nel settore sanitario n. 8 in data 9 dicembre 2009 è stato approvato il Sistema di Educazione Continua in Medicina nella Regione Molise ed attivato, in via sperimentale, il modello di accreditamento dei progetti e degli eventi formativi della Regione presentati da Provider individuati dalla stessa ed in possesso di specifici requisiti;

- che con Deliberazione di Giunta Regionale n. 74 in data 14 febbraio 2011 è stato adottato il Piano di Formazione Regionale per gli operatori del S.S.R., valido per il triennio 2011-2013;

- che con Deliberazione di Giunta Regionale n. 502 in data 18 luglio 2011 si è provveduto ad istituire l'Osservatorio regionale sulla Qualità della Formazione;

- che con Deliberazione n. 863 del 31 dicembre 2012 è stato approvato il "Manuale di Accreditamento dei Provider regionali ECM", attuativo delle linee di indirizzo nazionali, contenente i criteri e i requisiti per l'accREDITAMENTO dei Provider regionali; con lo stesso atto sono state prorogate ulteriormente, fino al 30 giugno 2013, le attività della Commissione Regionale ECM;

- che con Deliberazione di Giunta Regionale n. 544 del 21.10.2013 si è provveduto a ricostituire la Commissione Regionale per la Formazione Continua, confermando in capo alla stessa il compito di fornire all'Amministrazione regionale il supporto tecnico-scientifico per la programmazione e la gestione del sistema di Formazione Continua in Medicina;

RILEVATO che alla predetta Commissione Regionale, nell'ambito delle sue funzioni tecnico – operative, è stato demandato il compito di supportare la Regione nell'analisi dei bisogni formativi e nella individuazione degli obiettivi formativi;

VISTA la L.R. 1 aprile 2005, n. 9, come modificata dalla L.R. 26 novembre 2008, n. 34, concernente il "Riordino del Servizio Sanitario regionale";

DATO ATTO che con deliberazione di Giunta Regionale n. 362 del 30 marzo 2007 è stato approvato il Piano di Rientro di individuazione degli interventi per il perseguimento dell'equilibrio economico, ai sensi dell'art. 1, comma 180, della legge 30 dicembre 2004, n. 311, di cui all'Accordo sottoscritto in data 27 marzo 2007 tra il Ministro della Salute, il Ministro dell'Economia e delle Finanze e il Presidente della Regione Molise;

EVIDENZIATO che con la sottoscrizione dell'Accordo sopra richiamato la Regione Molise si è impegnata a realizzare le misure, gli interventi, gli obiettivi generali, specifici ed operativi contenuti nel Piano di rientro, previsti e necessari per l'azzeramento del disavanzo;

RICHIAMATO il Decreto Commissariale n. 8 del 20 marzo 2013, con cui è stato approvato il Piano Sanitario Regionale 2013-2015;

CONSIDERATO che il Piano Sanitario Regionale individua gli obiettivi formativi di interesse regionale, coerentemente con la normativa vigente, e rappresenta lo strumento fondamentale per portare a compimento gli obiettivi già fissati dal piano di rientro 2007 – 2009 e implementati nei Programmi operativi annuali;

DATO ATTO che da parte della Struttura competente presso la Direzione Generale per la Salute, con il supporto della Commissione Regionale per l'ECM, è stato approntato il Piano Regionale di Formazione Continua in Sanità per il triennio 2014-2017, in applicazione e coerentemente con le disposizioni contenute nella programmazione sanitaria regionale;

RITENUTO di dover approvare il documento relativo, allegato al presente atto e parte integrante del medesimo;

PRECISATO che il presente provvedimento non comporta oneri a carico dell'Amministrazione Regionale;

TUTTO CIO' PREMESSO, SI PROPONE ALLA GIUNTA REGIONALE

di approvare il documento recante il Piano Regionale di Formazione Continua in Sanità per il triennio 2014-2017, allegato al presente atto e parte integrante del medesimo;

di fare obbligo ai Provider regionali di redigere i Piani annuali di formazione in conformità ai principi definiti nel Piano Regionale suddetto e nell'ottica del raggiungimento degli obiettivi individuati nel medesimo;

di far generale rinvio alla normativa vigente in materia, per quanto non previsto nel presente atto;

di disporre la pubblicazione del presente atto sul Bollettino Ufficiale della Regione Molise e sul sito istituzionale www.regione.molise.it.

L'Istruttore/Responsabile d'Ufficio
ANTONELLA DI BIASE

SERVIZIO ORGANIZZAZIONE E POLITICHE
DELLE RISORSE UMANE DELL'ASREM
Il Direttore
GIOVANNINA MAGNIFICO

PARERE IN ORDINE ALLA LEGITTIMITA' E ALLA REGOLARITA' TECNICO-AMMINISTRATIVA

Ai sensi dell'art. 13, comma 2, del Regolamento interno della Giunta, si esprime parere favorevole in ordine alla legittimità e alla regolarità tecnico-amministrativa del documento istruttorio e si dichiara che l'atto non comporta impegno di spesa.

Campobasso, 23-12-2014

**SERVIZIO ORGANIZZAZIONE E
POLITICHE DELLE RISORSE UMANE
DELL'ASREM**
Il Direttore
GIOVANNINA MAGNIFICO

VISTO DEL DIRETTORE GENERALE PER LA SALUTE

Il Direttore Generale per la Salute attesta che il presente atto, munito di tutti i visti regolamentari, è coerente con gli indirizzi della politica regionale e gli obiettivi assegnati alla Direzione Generale.

PROPONE

al Presidente **PAOLO DI LAURA FRATTURA** l'invio all'esame della Giunta Regionale per le successive determinazioni.

Campobasso, 23-12-2014

IL DIRETTORE GENERALE PER LA SALUTE
MARINELLA D'INNOCENZO

Di quanto sopra si è redatto il presente verbale che, previa lettura e conferma, viene sottoscritto come appresso:

IL SEGRETARIO
MARIOLGA MOGAVERO

IL PRESIDENTE
PAOLO DI LAURA FRATTURA



Piano Regionale di Formazione Continua in Sanità per il triennio 2014 -2017

Il nuovo sistema di formazione continua in medicina, avviato sulla base degli Accordi Stato - Regioni del 1° agosto 2007, 5 novembre 2009 e 19 aprile 2012, ha la finalità di mantenere, sviluppare ed incrementare le conoscenze, le competenze e le performance degli operatori della sanità, sulla base del principio dell'obbligatorietà dell'Educazione Continua In Medicina (ECM) per tutti i professionisti sanitari, come strumento di cambiamento dei comportamenti individuali e collettivi, necessario per promuovere lo sviluppo professionale, e per svolgere al tempo stesso una funzione specifica del sistema sanitario, indispensabile a garantire nel tempo la qualità e l'innovazione dei servizi.

L'obiettivo generale della formazione è quello di rispondere alle necessità della cultura organizzativa e professionale, approfondendo, sviluppando e aggiornando le competenze professionali specifiche e la conoscenza dei processi operativi.

La formazione continua degli operatori sanitari è quindi individuata quale elemento strategico di innovazione e di costante allineamento delle competenze delle conoscenze dei professionisti con le trasformazioni determinate dall'evoluzione dei bisogni sanitari, dai mutamenti della domanda sanitaria, dalla richiesta di maggiori e qualificate conoscenze scientifiche e tecnologiche, dall'evoluzione dei modelli organizzativi ed operativi.

La formazione continua deve garantire la coniugazione dei bisogni formativi del singolo operatore, portatore di una professionalità specifica che va sviluppata e migliorata nel tempo, con i bisogni dell'organizzazione e del contesto operativo nel quale tale professione viene esercitata. In tale scenario la ricerca di un punto di equilibrio tra le esigenze formative tese allo sviluppo professionale individuale e le esigenze strategiche del sistema sanitario regionale, diventano parte integrante dell'attività di programmazione formativa regionale.

L'individuazione e la ripartizione tra i livelli istituzionali (nazionale, regionale, aziendale) degli obiettivi formativi costituisce una misura di riferimento e di bilanciamento delle competenze e delle responsabilità, atteso che tali obiettivi devono poi concretamente articolarsi ed armonizzarsi nel *dossier formativo* che si pone quale strumento di pianificazione e programmazione della formazione dei professionisti sanitari a livello individuale e di gruppo. Il dossier formativo definisce il volume dei bisogni da soddisfare di quel professionista, inserito in quello specifico processo di produzione di attività sanitarie, parte costitutiva di un sistema più generale di tutela della salute. Il dossier formativo di gruppo è l'espressione della coerenza dell'offerta formativa fruita in rapporto ai bisogni di conoscenza rilevati in fase di analisi del fabbisogno e/o delle priorità definite dalla direzione aziendale. La programmazione e pianificazione del dossier formativo è effettuata nel rispetto della libertà, indipendenza ed autonomia dei professionisti che vi aderiscono; ciascun professionista ha quindi la possibilità di coniugare gli specifici obiettivi formativi su cui ritiene di aver bisogno di aggiornamento per migliorare le proprie performance in coerenza con gli obiettivi nazionali e regionali. Con il dossier formativo si assicura che il processo di educazione continua in medicina non sia realizzato in modo estemporaneo ma contemperati i bisogni professionali del singolo con quelli dell'organizzazione e del sistema.

L'analisi del fabbisogno formativo e la valutazione di esito rappresentano i cardini attraverso cui promuovere lo sviluppo continuo professionale in funzione di una corretta definizione di ruolo e di un'efficiente pianificazione dell'attività riguardante i nuovi percorsi diagnostico-assistenziali ed i percorsi sull'implementazione delle competenze organizzative e manageriali.

Il sistema di valutazione dell'appropriatezza formativa, in particolare, si pone come parte costitutiva

dell'approccio aziendale alla valutazione nel suo complesso, considerata come strumento indispensabile al perseguimento della sua missione di tutela della salute dei cittadini e dei suoi obblighi di garanzia dei livelli di assistenza e della qualità degli interventi sanitari.

La valutazione dei percorsi di formazione non può essere ridotta alla verifica sullo svolgimento dei corsi né la formazione può essere ridotta allo svolgimento di corsi o alla partecipazione agli stessi. Una logica di addestramento alla qualità professionale deve permeare spazi crescenti delle attività quotidiane che devono diventare occasione di formazione e modalità costante di verifica dei livelli di competenza raggiunti.

La valutazione delle attività di formazione avrà come punto centrale ciascun professionista ma vedrà coinvolta anche l'organizzazione all'interno della quale egli è posto. La valutazione della formazione sarà dunque:

- valutazione professionale individuale,
- valutazione dei risultati individuali,
- valutazione della performance delle diverse articolazioni tecniche ed amministrative,
- valutazione di specifici progetti di intervento sanitario,
- valutazione della performance delle diverse articolazioni sanitarie aziendali,
- valutazione complessiva della performance aziendale.

Gli obiettivi formativi, nazionali e regionali sono, quindi, lo strumento utilizzato per orientare i programmi di formazione continua rivolti agli operatori della sanità al fine di definire le adeguate priorità nell'interesse generale della tutela della salute degli individui e della collettività. Si propongono di migliorare i sistemi sanitari nel loro complesso e per questo si rivolgono indistintamente a tutti gli attori dei processi di prevenzione, assistenza, cura e riabilitazione.

L'Accordo Stato-Regioni del 19 aprile 2012 individua tre tipologie di obiettivi formativi e le aree di riferimento all'interno delle quali andranno precisati gli obiettivi formativi che ciascun Provider dovrà tenere in evidenza per sviluppare i Piani di Formazione annuali:

- *obiettivi formativi tecnico-professionali*: finalizzati allo sviluppo delle competenze e delle conoscenze tecnico-professionali individuali nel settore specifico di attività,
- *obiettivi formativi di processo*: finalizzati allo sviluppo delle competenze e delle conoscenze nelle attività e nelle procedure idonee a promuovere il miglioramento della qualità, efficienza, efficacia, appropriatezza degli specifici processi di produzione delle attività sanitarie. Si rivolgono ad operatori di equipe che intervengono in un determinato segmento di produzione,
- *obiettivi formativi di sistema*: finalizzati allo sviluppo delle competenze e delle conoscenze nelle attività e nelle procedure idonee a promuovere il miglioramento della qualità, efficienza, efficacia, appropriatezza e sicurezza dei sistemi sanitari. Si rivolgono a tutti gli operatori avendo caratteristiche interprofessionali.

Con il presente Piano Formativo la Regione Molise intende sostenere e monitorare le azioni che implicano innovazione e cambiamento, rendere valutabile l'azione formativa e sostenere la crescita di *sistema* della formazione regionale favorendo le occasioni di scambio di esperienze e confronto tra i professionisti, al fine di rendere omogenei comportamenti e percorsi assistenziali allineandoli verso le eccellenze.

Agli obiettivi nazionali di cui all'Accordo Stato-Regioni del 19 aprile 2012, che la Regione

Molise recepisce e fa propri, si vanno ad affiancare quelli di rilievo regionale che si intende individuare con il presente programma. Essi tengono conto del Piano Sanitario Regionale e del Piano di Rientro di individuazione degli interventi per il perseguimento dell'equilibrio economico, di cui all'Accordo sottoscritto in data 27 marzo 2007 e, al pari di quelli nazionali, sono finalizzati a garantire efficacia, appropriatezza, sicurezza ed efficienza ai servizi prestati, in ragione delle peculiarità organizzative locali e delle caratteristiche epidemiologiche e socio sanitarie territoriali.

I profondi cambiamenti legati al Piano di rientro hanno determinato una richiesta di nuove competenze connesse all'evoluzione degli assetti organizzativi, dei processi di cura e assistenziali.

La riorganizzazione dell'Azienda Sanitaria Regionale ha originato la creazione di nuovi ruoli o la riconversione e riqualificazione professionale (aumento di responsabilità, cambio di funzioni, modifica delle procedure di lavoro a seguito degli accorpamenti tra servizi).

Ciò rende necessario un tipo di formazione che risulti fortemente legata al contesto operativo del personale sanitario e che tenga conto della varietà dei ruoli e delle attività professionali effettivamente svolte nei diversi livelli e posizioni funzionali nelle strutture e nella rete di servizi del sistema sanitario regionale.

Occorrerà, quindi, supportare i processi di riqualificazione del personale impegnato nelle nuove strutture sanitarie assistenziali (RSA – PTA) e sviluppare la formazione con riferimento agli obiettivi perseguiti dal Piano di rientro, comunque riconducibili alle aree di intervento formativo di cui ai citati Accordi Stato-Regioni, quali:

- Politiche del farmaco;
- Miglioramento della Qualità e Governo clinico;
- Umanizzazione delle cure;
- Approvvigionamento di beni e servizi: (compresi i farmaci);
- Riduzione tempi di attesa per l'accesso alle prestazioni;
- Potenziamento assistenza domiciliare
- Integrazione socio-sanitaria;
- Sistema dell'emergenza/urgenza sanitaria.

La Regione Molise è caratterizzata da una serie di peculiarità che conferiscono maggiore complessità al governo del Servizio Sanitario Regionale. Esse attengono in particolare alla sfera demografica e a quella socio-economica.

I fattori demografici e socio-economici della regione sono determinanti dello stato di salute della popolazione molisana e devono orientare, insieme al quadro epidemiologico, la congruenza dell'organizzazione e dell'offerta di servizi e prestazioni secondo gli obblighi prescritti dai Livelli Essenziali di Assistenza.

Fronteggiare i bisogni di una popolazione caratterizzata da rapido invecchiamento e allo stesso tempo alti livelli di deprivazione, implica che la priorità assoluta debba essere quella di dare coerente risposta alla cronicità mediante il rafforzamento dell'assistenza primaria, affiancata dai servizi specialistici di primo livello, collegata ad un capillare sistema di emergenza ed urgenza, integrata dalla funzione ospedaliera in un contesto che garantisca la presa in carico del paziente e la continuità assistenziale.

Alle specifiche e molteplici necessità di una fascia di utenza fortemente sbilanciata verso le decadi di età più avanzata si affiancano tante altre fragilità rappresentate dai bambini, adolescenti, tossicodipendenti, pazienti psichiatrici, nonché alcune patologie che per la loro ubiquitaria endemicità nella regione richiedono un'attenzione ed un governo clinico al passo con la continua evoluzione della scienza medica.

Tra le principali patologie che colpiscono la popolazione molisana ed alle quali il sistema dei servizi deve consolidare le proprie capacità di intervento, non solo in termini di prevenzione, di diagnosi e di cura ma anche di adeguata formazione del personale coinvolto sono:

- *malattie cardiovascolari e cerebrovascolari:*

le malattie cardiovascolari costituiscono la principale causa di disabilità e di morte; l'invecchiamento della popolazione e l'aumentata sopravvivenza dopo eventi cardiaci acuti ne giustificano l'aumento di prevalenza.

- *malattie oncologiche:*

le malattie oncologiche sono una priorità in ambito sanitario in ragione dei dati di incidenza ma anche di prevalenza. La lotta ai tumori si pone come obiettivo la prevenzione, la riduzione della mortalità, la riduzione delle disuguaglianze in termini di incidenza, sopravvivenza e mortalità fra le classi sociali, il miglioramento dell'accesso e della qualità delle cure per i pazienti.

- *malattie respiratorie croniche:*

le malattie respiratorie croniche rappresentano una vasta gamma di condizioni patologiche con caratteristiche epidemiologiche e quadri di mortalità diversi nella popolazione adulta/anziana e tra i bambini. L'approccio gestionale alle malattie respiratorie croniche è rappresentato dalla prevenzione primaria e dalla diagnosi il più possibile precoce, con strumenti standardizzati cui seguono terapie tempestive ed appropriate, in grado di prevenire o ritardare l'invalidità, trattando i malati cronici il più possibile sul territorio.

- *malattie sociali (obesità, diabete, ipertensione arteriosa):*

il fenomeno dell'obesità in età pediatrica è un dato allarmante, tenendo conto che essa in età pre-adolescenziale ha una forte capacità predittiva dello stato di obesità da adulti; il diabete è una malattia cronica evolutiva ad elevato impatto sociale caratterizzata da costi sempre più elevati tenuto conto che la sua presenza è destinata ad aumentare sia per gli stili di vita errati dovuti alla sedentarietà ed all'obesità sia per il progressivo invecchiamento della popolazione.

Nell'ambito delle patologie ne troviamo alcune che rappresentano un problema di grande rilevanza medica e sociale in quanto generano situazioni di disabilità gravissima ad andamento cronico e che hanno un devastante impatto psicologico ed operativo sulle famiglie chiamate a farsi carico dell'assistenza dei pazienti. Le patologie in questione riguardano in particolare pazienti in stato vegetativo e di minima coscienza, affetti da malattie neurologiche degenerative ed invalidanti che richiedono un efficiente coordinamento delle tante figure professionali coinvolte mediante la realizzazione di una rete integrativa di servizi sanitari e sociali. Ciò rende necessario un tipo di formazione che si esprima attraverso l'analisi delle esigenze di sviluppo professionale degli operatori in relazione alle realtà territoriali, legata al contesto operativo del personale sanitario e che tenga conto della varietà dei ruoli e delle attività professionali effettivamente svolte nei diversi livelli e posizioni funzionali.

Andranno sviluppati percorsi formativi specifici nell'ambito delle azioni di contrasto alle principali patologie, per una qualificazione avanzata del personale sanitario nelle relative aree specialistiche e nella medicina del territorio. In questo contesto si inseriscono i Percorsi Diagnostici Terapeutici Assistenziali

(PDTA) quale strumento di gestione clinica usato per definire il migliore processo assistenziale, finalizzato a rispondere a specifici bisogni di salute, sulla base di raccomandazioni riconosciute, adattate al contesto locale, tenute presenti le risorse disponibili. Scopo dei PDTA è quello di qualificare ed uniformare il percorso

assistenziale, considerato come quell'insieme di prestazioni che vanno dalla fase dell'inquadramento diagnostico fino alla pianificazione e realizzazione del progetto terapeutico. I PDTA garantiscono l'integrazione tra i diversi servizi necessari a ciascuna fase di evoluzione della malattia. I risultati attesi dall'implementazione di reti cliniche orizzontali per la gestione dei PDTA sono rappresentati dalla razionalizzazione dei processi di domanda/offerta, con vantaggi sui costi e riduzione del fabbisogno finanziario degli investimenti, e dall'aggregazione delle competenze ed esperienze tra i professionisti e le strutture con vantaggio sui livelli qualitativi di servizio.

Con il D.P.C.M. 1 aprile 2008, concernente le modalità e i criteri per il trasferimento al servizio sanitario nazionale delle funzioni sanitarie, dei rapporti di lavoro, delle risorse e della attrezzature e beni strumentali in materia di sanità penitenziaria, si è completata una riforma di sistema che aveva avuto inizio con il d. lgs 230/99 con il trasferimento al S.S.N. delle funzioni ai soli settori della prevenzione e delle tossicodipendenze. A seguito di tale trasferimento le Regioni hanno assunto la responsabilità dell'assistenza sanitaria nelle carceri, negli ospedali psichiatrici giudiziari (OPG) e negli istituti e servizi della giustizia minorile. La Regione Molise ha recepito il suddetto DPCM e le attività programmatiche saranno finalizzate a definire i principi e i criteri di collaborazione tra l'ordinamento sanitario regionale e quello penitenziario, al fine di garantire tutela della salute ed il recupero sociale dei detenuti e degli internati adulti, nonché le esigenze di sicurezza all'interno degli istituti di pena regionali.

Sarà necessario inoltre formare adeguatamente il management strategico, cui è demandato il compito di dare attuazione ai nuovi modelli organizzativi, di riprogrammare i servizi e riqualificare le risorse umane, ma anche sviluppare le competenze utili allo scambio internazionale mediante studi di corsi di lingua inglese scientifico.

Gli obiettivi prioritari dell'attività formativa saranno:

- percorsi clinico-assistenziali/diagnostici/riabilitativi, profili di assistenza – profili di cura,
- integrazione tra assistenza territoriale ed ospedaliera,
- modello per intensità di cura,
- modelli organizzativi e assistenziali per il funzionamento delle Case della Salute,
- percorsi clinico-assistenziali per l'emergenza e rete della gestione delle patologie tempo-dipendenti,
- sicurezza e rischio clinico,
- legge 190 del 6 novembre 2012 in materia di prevenzione della corruzione e dell'illegalità nella Pubblica Amministrazione,
- qualificazione programmi di screening oncologici e adeguamento agli standard nazionali.

Alle suddette evidenze si affiancano problematiche che nella nostra regione hanno particolare rilevanza:

1. problematiche assistenziali e socio-assistenziali della popolazione geriatrica.

Nella regione l'indice di invecchiamento è più alto di quello nazionale pertanto l'adozione di piani personalizzati di assistenza dovrà essere in grado di prevedere risposte appropriate rispetto ai bisogni della persona e della sua famiglia.

2. problematiche assistenziali e socio-assistenziali di altre fragilità (minori, tossicodipendenti, pazienti psichiatrici, extracomunitari,...).

La tutela della salute nell'età pediatrica deve ricomprendere azioni inerenti l'organizzazione di servizi che si prendano cura dei problemi e dell'umanizzazione dell'assistenza dell'infanzia, con caratteristiche specifiche per il neonato, il bambino e l'adolescente sino a 18 anni. Numerosi dati scientifici testimoniano la correlazione tra abitudini alimentari non corrette ed aumento dell'incidenza delle malattie croniche non trasmissibili, quali obesità, diabete ecc. da cui deriva la necessità di sostenere la diffusione di un'alimentazione sana e sicura in tutte le fasi della vita.

In Italia il fenomeno del bere ha subito una radicale trasformazione passando dal tradizionale modello mediterraneo, nel quale le bevande alcoliche si accompagnavano al cibo ed erano considerate parte dell'alimentazione, ad un modello tipico del Nord Europa, in particolare per quanto riguarda i consumi tra i giovani spesso associati all'uso di sostanze stupefacenti. Ciò ha portato ad un notevole aumento dei consumi di bevande alcoliche con le inevitabili ripercussioni sulla sicurezza sociale, oltre che sulla salute di chi beve. L'alcol costituisce la prima causa di morte per i giovani tra i 15 ed i 29 anni ed un ulteriore aggravio di mortalità deriva da altre cause totalmente o parzialmente alcol correlate. I programmi alcolologici per la prevenzione e la promozione della salute, la diagnosi e il trattamento dei problemi alcol correlati possono svilupparsi e concretizzarsi a diversi livelli. I Sert dovranno quindi collegarsi agli altri servizi territoriali, sanitari e sociali, integrando la funzione assistenziale con quella di prevenzione e promozione attiva della salute. In questa ottica si terrà inoltre presente che accanto alle dipendenze tradizionali (alcol, droga, nicotina) esiste un'emergenza sociale e sanitaria legata alle nuove forme di dipendenza (gioco d'azzardo, shopping, cibo, internet,...) che pur non comportando l'uso di sostanze stupefacenti hanno effetti altrettanto allarmanti. Si tratta di quei comportamenti socialmente accettati che ripetuti ossessivamente determinano sofferenza soggettiva e relazionale per le conseguenze familiari e sociali.

La realtà migratoria è molto articolata ed in continua evoluzione. Anche nel Molise si registra un trend in costante aumento degli stranieri. Le malattie riscontrate sono prevalentemente malattie dell'apparato respiratorio e muscolo scheletrico, disturbi dell'apparato digerente e cardiovascolari e malattie infettive e nelle donne quelle ginecologiche alle quali si aggiungono quelle derivanti dalle difficoltà di vita e di lavoro e di integrazione culturale e sociale.

L'obiettivo è quindi quello di migliorare lo stato di salute degli stranieri immigrati mediante iniziative di prevenzione e cura con il coinvolgimento dei Medici di Medicina Generale, dei Pediatri di Libera Scelta e, per rischi specifici, dei Consultori, dei Dipartimenti di Salute Mentale. Ma anche promozione di attività e servizi all'interno dei Distretti che assicurino un'efficace informazione all'utenza straniera.

3. riabilitazione.

Riabilitare significa prendersi cura della persona che ha una limitazione delle abilità, ricercando la massima capacità funzionale e il massimo reinserimento nel proprio ambiente di vita. La riabilitazione costituisce attività ampia e trasversale finalizzata al recupero funzionale ed è per sua natura un processo che attraversa tutti i servizi: si rivolge a persone di ogni età, si occupa degli esiti funzionali relativi ad una

molteplicità di cause patologiche. Caratteristica essenziale dei programmi riabilitativi è la individuazione di un obiettivo terapeutico da conseguire, in un tempo più o meno predeterminato, mediante un percorso assistenziale che garantisca l'insieme di prestazioni specialistiche tra loro coordinate, ma anche mediante l'uso di un linguaggio comune al fine di favorire l'integrazione tra le persone che operano nel campo della disabilità e riabilitazione per affermare una diversa cultura e filosofia della disabilità.

4. sicurezza negli ambienti di vita e di lavoro.

L'area della prevenzione collettiva rappresenta un settore strategico per consentire al sistema sanitario regionale di conseguire stabilmente, nel medio-lungo periodo, obiettivi di razionalizzazione e contenimento della spesa del servizio garantendo efficienza ed efficacia nell'erogazione dei Livelli essenziali di assistenza. Le attività di informazione, assistenza, consulenza, formazione e promozione in materia di sicurezza e salute negli ambienti di vita e di lavoro sono finalizzate a promuovere la salute nei luoghi di vita e di lavoro non solo come assenza di malattia o di infermità, ma come stato di completo benessere fisico, mentale e sociale, sostenendo il sistema dei soggetti istituzionali che concorrono, con la partecipazione delle parti sociali, alla realizzazione dei programmi di intervento, finalizzati a migliorare le condizioni di salute e sicurezza dei lavoratori, in linea con le scelte strategiche europee e nazionali di potenziamento delle attività di prevenzione.

L'attività formativa sarà orientata a promuovere azioni di prevenzione, svolgendo un ruolo di riferimento e di stimolo per comportamenti, individuali e collettivi, finalizzati ad una migliore tutela della qualità del vivere di tutti mediante:

strategie di prevenzione delle malattie, delle disabilità, e il miglioramento della qualità della vita con funzioni di governo e tecnico-professionali, informazione ed educazione della popolazione sui rischi e sui corretti stili di vita,

prevenzione primaria, diagnosi precoce, igiene e assistenza sanitaria,

rivalutazione della funzione protettiva al fine di proteggere la collettività dai nuovi rischi (pandemie, bioterrorismo, inquinamento ambientale).

5. sicurezza alimentare e sicurezza dei comportamenti alimentari.

Nella realtà molisana la sicurezza alimentare e specialmente il comparto agro-zootecnico rivestono notevole importanza economica e sociale soprattutto nelle zone interne che presentano uno scarso sviluppo industriale ed un'orografia disagiata, prevalentemente montana, caratteristiche che richiedono un sistema di garanzie come previsto dai regolamenti comunitari. E' fondamentale, quindi, l'integrazione tra politiche europee, sistema della salute italiano e sistema sociale ed economico regionale. Gli obiettivi di sanità pubblica dovranno essere rapportati alle più generali politiche economiche e sociali ed in quest'ottica dovrà orientarsi la formazione degli operatori del settore. Non va tralasciata la necessità del riconoscimento e presa in carico di disturbi alimentari di natura psicogena, quali l'anoressia e la bulimia, molto frequenti in adolescenza. La diagnosi precoce riveste importanza fondamentale ai fini prognostici.

6. linee guida e protocolli assistenziali: strumenti operativi in grado di garantire un'appropriata assistenza territoriale.

Il raccordo e la interazione tra le reti, emergenza, ospedaliera e territoriale, è la chiave per una corretta applicazione dei principi di appropriatezza che stanno alla base dei servizi sanitari, in coerenza con le indicazioni nazionali e le direttive europee. La piena integrazione dei servizi sanitari territoriali ed ospedalieri è fondamentale per realizzare una concreta continuità assistenziale e razionalizzare anche

l'utilizzo della rete di emergenza-urgenza. Condizione essenziale è la possibilità di interagire con un linguaggio condiviso, e quindi scambio di informazioni, chiarezza delle competenze reciproche (chi fa che cosa), individuazione dei percorsi delineandone gli ambiti. La presa in carico territoriale deve essere garantita tramite strumenti individuabili, misurabili e comprensibili, capaci di fornire direttamente e tempestivamente al cittadino la risposta a problemi semplici e di dialogare tra ospedale e distretto, e viceversa, per la gestione di problemi complessi. Diviene fondamentale puntare sul coordinamento e sull'integrazione tra i servizi e gli operatori mediante una riorganizzazione e lo sviluppo della rete dei servizi territoriali ed una contestuale riduzione del tasso di ospedalizzazione. Tale riorganizzazione vedrà coinvolti gli operatori sanitari in un sistema di presa in carico della persona per l'assistenza sanitaria e per l'assistenza socio-sanitaria, sulla base di principi fondanti della primary health care, allo scopo di:

favorire la medicina di iniziativa,

operare l'equilibrio tra l'assistenza ospedaliera e l'assistenza territoriale,

attuare e consolidare l'integrazione socio – sanitaria,

potenziare il servizio dell'assistenza domiciliare con il correlato processo di deospedalizzazione.