



Regione Molise

GIUNTA REGIONALE

555
7 ATTI

Mod. D
atto che non
comporta impegno
di spesa

Am-b. Scuderi (A.L.)

Seduta del 30 DIC. 2010

Deliberazione n. 1101

OGGETTO:

PREV

PIANO DELLA PREVENZIONE DELLA REGIONE MOLISE PER IL TRIENNIO 2010-2012.
APPROVAZIONE.

LA GIUNTA REGIONALE

riunitasi il giorno 30 DIC. 2010 nella sede dell'Ente con la presenza dei Sigg.:

- | | | |
|---------------|----------------|-------------------|
| 1) IORIO | Angelo Michele | PRESIDENTE |
| 2) CAVALIERE | Nicola | ASSESSORE |
| 3) DI SANDRO | Filoteo | " |
| 4) FUSCO | Angiolina | " |
| 5) MARINELLI | Franco Giorgio | " |
| 6) MUCCILLI | Salvatore | " |
| 7) VELARDI | Luigi | " |
| 8) VITAGLIANO | Gianfranco | " |

Pres.	Ass.
X	
X	
X	
X	
X	
X	
X	
X	

Atto da pubblicare

Integralmente	<input checked="" type="checkbox"/>
Per estratto	<input type="checkbox"/>
Sul sito Web	<input type="checkbox"/>

Il Dirigente del Servizio
Dott.ssa Lina D'ALO'
L. D'ALO'

Regione Molise
Assessorato Politiche Salute
Prot. 0000173/11 Del 07/01/2011
Arrivo



SEGRETARIO: Laura de SANTIS

HA DECISO

quanto di seguito riportato sull'argomento di cui all'oggetto (facciate interne):

Campobasso, li 23 dicembre 2010

Il Responsabile dell'Istruttoria
Dott. Ermanno PAOLITTO
IL RESPONSABILE DELL'UFFICIO
SUPPORTO P.R.P.
Dott. Ermanno PAOLITTO

Il Direttore Generale
(Art.2 comma 2 lett. a) DGR 256/07)
Avv. Roberto FAGNANO

Il Responsabile del Servizio
Dott.ssa Lina D'ALO'
Il Dirigente Responsabile
Servizio Igiene e Prevenzione
Dott.ssa Lina Adelina D'ALO'

LA GIUNTA REGIONALE

VISTO il documento istruttorio concernente l'argomento in oggetto e la conseguente proposta del Presidente della Giunta Regionale IORIO;

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 Dirigente del Servizio e della dichiarazione che l'atto non comporta impegno di spesa;
- b) del parere del Direttore Generale in merito alla coerenza della proposta con gli indirizzi e gli obiettivi assegnati alla Direzione medesima;

VISTA la legge regionale 8 aprile 1997, n. 7 e successive modificazioni e la normativa attuativa della stessa;

VISTO il regolamento interno di questa Giunta;

SU PROPOSTA del Presidente della Giunta IORIO;

UNANIME 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 Piano della Prevenzione della Regione Molise per il triennio 2010-2012 in conformità agli impegni assunti con l'Intesa tra Stato, Regioni e Province autonome di Trento e di Bolzano del 29 aprile 2010 - Rep. n. 63/CSR che approva il Piano Nazionale della Prevenzione relativo al triennio 2010-2012;
3. di demandare alla Direzione Generale V l'inoltro del Piano così approvato, entro e non oltre la data stabilita del 15.01.2011, al Ministero della Salute - Direzione operativa del Centro Nazionale per la Prevenzione ed il Controllo delle Malattie (CCM), ai fini della certificazione di rispetto degli adempimenti previsti, per l'anno 2010, dal Piano Nazionale della Prevenzione di cui all'Intesa 29 aprile 2010 - Rep. n. 63/CSR;
4. di autorizzare il Direttore generale della Direzione Generale V ad approvare, con proprio atto, eventuali interventi correttivi, modificativi e/o integrativi sul Piano che dovessero rendersi opportuni ovvero necessari in esito all'eventuale confronto avviato dal Ministero della Salute - Direzione operativa del CCM con la Regione Molise in merito al contenuto del Piano Regionale della Prevenzione 2010-2012;
5. di disporre che il presente provvedimento venga integralmente pubblicato nel B.U.R. Molise.



ALLEGATI ATTI

IL SEGRETARIO

[Handwritten signature]



DOCUMENTO ISTRUTTORIO

Oggetto:

PIANO REGIONALE DELLA PREVENZIONE 2010-2012.

L'Intesa tra Stato, Regioni e Province autonome di Trento e di Bolzano del 29 aprile 2010 (Rep. n. 63/CSR del 29 aprile 2009) ha approvato il Piano Nazionale della Prevenzione relativo al triennio 2010-2012.

Il Piano Nazionale della Prevenzione è parte integrante del Piano Sanitario Nazionale.

Le Regioni si sono impegnate ad adottare, entro il 30 settembre 2010, il Piano regionale di prevenzione per la realizzazione degli interventi previsti dal P.N.P. 2010-2012;

Il Piano regionale deve prevedere:

- a) la continuità delle attività del Piano nazionale della prevenzione 2005 - 2007 e successive proroghe, in termini di completamento degli obiettivi non ancora raggiunti e di consolidamento/estensione di quelli raggiunti;
- b) lo sviluppo di ciascuna delle macroaree individuate dal Piano nazionale della prevenzione ed, all'interno di esse, di un congruo numero di linee di intervento con il coinvolgimento di una quota significativa del target potenziale, fatta salva l'inclusione dell'intervento medesimo nei LEA o in altri atti di pianificazione nazionale o regionale;
- c) la messa a regime delle attività di sorveglianza previste dal Piano nazionale della prevenzione 2010 - 2012, in quanto strumento essenziale di conoscenza ad uso del monitoraggio, della valutazione e della riprogrammazione del Piano.

Il PNP 2010-2012, distingue, come macro-aree di intervento:

1. la medicina predittiva, che si rivolge agli individui sani, ricercando la fragilità o il difetto che conferisce loro una certa predisposizione a sviluppare una malattia;
2. i programmi di prevenzione collettiva che mirano ad affrontare rischi diffusi nella popolazione generale, sia con l'introduzione di politiche favorevoli alla salute, sia con programmi di promozione della salute o di sanità pubblica (come programmi



di sorveglianza e controllo delle malattie infettive), sia con interventi rivolti agli ambienti di vita e di lavoro (come controlli nel settore alimentare, delle acque potabili, prevenzione degli infortuni e delle malattie professionali, ecc);

3. i programmi di prevenzione rivolti a gruppi di popolazione a rischio e finalizzati a impedire l'insorgenza di malattie o a diagnosticare precocemente altre malattie, o ancora a introdurre nella pratica clinica la valutazione del rischio individuale e interventi successivi di *counselling* o di diagnosi precoce e trattamento clinico;
4. i programmi volti a prevenire complicanze e recidive di malattia e che promuovano il disegno e l'implementazione di percorsi che garantiscano la continuità della presa in carico, attraverso il miglioramento dell'integrazione all'interno dei servizi sanitari e tra questi e i servizi sociali, di fasce di popolazione particolarmente fragili, come anziani, malati cronici, portatori di polipatologie, disabili, ecc.

Il documento operativo per l'attuazione delle «linee di supporto centrali» al Piano nazionale della prevenzione 2010-2012, elaborato sulla base dell'Allegato 2 dell'Intesa 29 aprile 2010, è approvato dal Ministro della Salute sentite le Regioni; al riguardo è necessario evidenziare quanto segue:

- per ogni linea di supporto centrale, il documento operativo esplicita: rationale, livello di responsabilità, attori coinvolti, obiettivo dell'azione, metodologia, indicatori per il monitoraggio dell'attuazione dell'azione, cronoprogramma e budget;
- il Centro nazionale di epidemiologia, sorveglianza e promozione della salute (CNESPS) dell'Istituto Superiore di Sanità, sulla base di un'apposita convenzione stipulata con il Centro nazionale per la prevenzione e il controllo delle malattie (CCM), si è impegnato a fornire il necessario supporto alla progettazione e valutazione dei documenti di piano regionali;
- le modalità di stesura ed adozione dei Piani regionali è disciplinato dal capitolo 6 del Piano nazionale della prevenzione – Allegato 1 Intesa 29 aprile 2010;
- le Regioni sono tenute a trasmettere annualmente alla Direzione operativa del Centro nazionale per la prevenzione e il controllo delle malattie (CCM) idonea documentazione sulle attività svolte, per consentire alla medesima Direzione – con il supporto del Centro nazionale di epidemiologia, sorveglianza e promozione della salute (CNESPS) dell'Istituto Superiore di Sanità - di certificare l'avvenuto raggiungimento degli obiettivi previsti dai Piani regionali;

III

- solo in seguito a valutazione positiva degli stati di avanzamento raggiunti, le Regioni accedono alle somme vincolate al raggiungimento degli obiettivi di piano di cui all'art. 1, comma 4 dell'Intesa;
- i criteri generali per la valutazione e la certificazione dei Piani regionali sono indicati nell'Allegato 3 dell'Intesa 29 aprile 2010.



L'Intesa 29 aprile 2010 conferma, con riferimento agli anni 2010/2012, ai fini della completa attuazione del Piano nazionale della prevenzione, come previsto dall'articolo 4 dell'Intesa del 23 marzo 2005, la destinazione di 200 milioni di euro, oltre alle risorse previste dagli accordi per la realizzazione degli obiettivi del Piano sanitario nazionale, ai sensi dell'art. 1, comma 34 della L 27 dicembre 1996, n. 662, e successive integrazioni. Tali somme sono finalizzate a sostenere il raggiungimento degli obiettivi del Piano nazionale della prevenzione 2010-2012, lo sviluppo dei sistemi di sorveglianza e l'armonizzazione delle attività di prevenzione negli ambiti territoriali;

Il comma 1-quater dell'art. 79 del 25 giugno 2008, n. 112, inserito dalla legge di conversione 6 agosto 2008, n. 133, che ha sostituito l'originario comma 1 con gli attuali commi 1, 1-bis, 1-ter, 1-quater, 1-quinquies, 1-sexies e 1-septies, ha novellato ed integrato l'articolo 1, comma 34-bis, della legge 23 dicembre 1996, n. 662 stabilendo che per il perseguimento degli obiettivi di carattere prioritario e di rilievo nazionale indicati nel Piano sanitario nazionale le regioni elaborano specifici progetti sulla scorta di linee guida proposte dal Ministro del lavoro, della salute e delle politiche sociali ed approvate con Accordo in sede di Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano. La Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, su proposta del Ministro della sanità, individua i progetti ammessi a finanziamento utilizzando le quote a tal fine vincolate del Fondo sanitario nazionale ai sensi del comma 34. La predetta modalità di ammissione al finanziamento è valida per le linee progettuali attuative del Piano sanitario nazionale fino all'anno 2008. A decorrere dall'anno 2009, il Comitato interministeriale per la programmazione economica (CIPE), su proposta del Ministro del lavoro, della salute e delle politiche sociali, d'intesa con la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, provvede a ripartire tra le regioni le medesime quote vincolate all'atto dell'adozione della propria delibera di ripartizione delle somme spettanti alle regioni a titolo di finanziamento della quota indistinta di Fondo sanitario nazionale di parte corrente. Al fine di agevolare le regioni nell'attuazione dei progetti di cui al comma 34, il

Ministero dell'economia e delle finanze provvede ad erogare, a titolo di acconto, il 70 per cento dell'importo complessivo annuo spettante a ciascuna regione, mentre l'erogazione del restante 30 per cento è subordinata all'approvazione da parte della Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, su proposta del Ministro del lavoro, della salute e delle politiche sociali, dei progetti presentati dalle regioni, comprensivi di una relazione illustrativa dei risultati raggiunti nell'anno precedente. Le mancate presentazione e approvazione dei progetti comportano, nell'anno di riferimento, la mancata erogazione della quota residua del 30 per cento ed il recupero, anche a carico delle somme a qualsiasi titolo spettanti nell'anno successivo, dell'anticipazione del 70 per cento già erogata».

Con Intesa tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano del 7 ottobre 2010, recante modifiche all'intesa 29 aprile 2010 concernente il Piano nazionale per la prevenzione per gli anni 2010-2012 – Rep. Atti n. 166/CSR, il termine per l'adozione il Piano regionale di prevenzione per la realizzazione degli interventi previsti dal P.N.P. 2010-2012, originariamente fissato al 30 settembre 2010, è stato posticipato alla data del 31.12.2010.

La valutazione dei PRP si pone tre obiettivi principali:

1. procedere alla certificazione per l'anno 2010;
2. procedere alla certificazione per gli anni 2011 e 2012;
3. contribuire a documentare i progressi di salute raggiunti nel triennio.



Oggetto della valutazione ministeriale in funzione della prevista certificazione del PRP è diverso nel corso dei tre anni di vigenza del Piano Nazionale della Prevenzione (PNP):

- per l'ANNO 2010, oggetto di valutazione è il Piano Regionale della Prevenzione (PRP) formalmente adottato dalla Regione entro il termine del 31.12.2010;
- per i successivi ANNI 2011 e 2012, oggetto della valutazione sarà lo stato di avanzamento nell'attuazione degli interventi programmati e i risultati ottenuti rispetto agli obiettivi dichiarati.

L'Intesa 29 aprile 2010 affida la valutazione dei PRP alla Direzione operativa del CCM – Ministero della Salute.



Per l'anno 2010 la valutazione prevista è una «valutazione *ex ante*» avente come obiettivo quello di misurare la qualità di una proposta progettuale regionale prima della sua realizzazione.

Per i successivi anni 2011 e 2012 la valutazione è «di processo» ed ha come obiettivo quello di monitorare i progressi in vista del raggiungimento degli obiettivi definiti all'interno della proposta progettuale regionale.

La valutazione «di processo» introdotta dall'Intesa 29 aprile 2010 è finalizzata a verificare, in rapporto a ciascun intervento progettuale previsto dal PRP, che l'eventuale scostamento tra risultati osservati e quelli attesi, opportunamente misurato, non superi un livello condiviso di accettabilità.

Sul piano metodologico, il Piano regionale della prevenzione deve articolarsi in due nuclei tematici:

- 1) il primo esplicita il **quadro strategico** in cui la singola regione inserisce il proprio piano della prevenzione 2010-2012, a partire dal contesto di riferimento regionale (istituzionale, epidemiologico, demografico, normativo, organizzativo ecc.) al fine di motivare la scelta delle linee di intervento adottate e collocare la progettazione all'interno della realtà regionale;
- 2) il secondo, corrispondente al **piano operativo**, invece, declina la parte operativa del PRP e consiste in tante schede quanti sono i programmi e/o progetti previsti dalla Regione con specifica indicazione, per ciascuno, degli obiettivi di salute che si intende perseguire.

Ai fini della **certificazione per l'ANNO 2010**, la Regione, entro il 31.12.2010, adotta formalmente, con proprio provvedimento deliberativo, il PRP e lo invia entro il 15 gennaio 2011 alla Direzione operativa del CCM presso il Ministero della Salute.

Qualora si presenti l'esigenza di avviare un confronto con la regione il merito al Piano inviato, il CCM avvia una fase di interlocuzione con il Coordinatore regionale che si conclude entro, e non oltre, il 31 marzo 2011.

La mancata adozione del PRP entro il 31.12.2010 ovvero la sua omessa trasmissione entro il 31.01.2011 alla Direzione operativa del CCM implica la non certificazione per l'anno 2010. La



Direzione operativa del CCM emette la certificazione del PRP per l'anno 2010 entro i tempi fissati dall'iter istituzionale di verifica degli adempimenti LEA.

Ai fini della **certificazione per gli ANNI 2011 e 2012**, la Regione trasmette formalmente alla Direzione operativa del CCM entro, rispettivamente, il 31.03.2012 e il 31.03.2013, la rendicontazione aggiornata al 31 dicembre dell'anno precedente relativa ai risultati effettivamente conseguiti rispetto agli obiettivi dichiarati e/o all'attuazione degli interventi programmati.

La mancata trasmissione entro i suddetti termini alla Direzione operativa del CCM della rendicontazione sopra indicata implica la non certificazione per l'anno corrispondente. La Direzione operativa del CCM emette la certificazione del PRP per l'anno 2011 e per l'anno 2012 entro i tempi fissati dall'iter istituzionale di verifica degli adempimenti LEA.

TUTTO CIO' PREMESSO, SI PROPONE ALLA GIUNTA REGIONALE:

- 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;
- di approvare il Piano della Prevenzione della Regione Molise per il triennio 2010-2012 in conformità agli impegni assunti con l'Intesa tra Stato, Regioni e Province autonome di Trento e di Bolzano del 29 aprile 2010 - Rep. n. 63/CSR che approva il Piano Nazionale della Prevenzione relativo al triennio 2010-2012;
- di demandare alla Direzione Generale V l'inoltro del Piano così approvato, entro e non oltre la data stabilita del 15.01.2011, al Ministero della Salute - Direzione operativa del Centro Nazionale per la Prevenzione ed il Controllo delle Malattie (CCM), ai fini della prevista certificazione di rispetto degli adempimenti previsti dal Piano Nazionale della Prevenzione di cui all'Intesa 29 aprile 2010 - Rep. n. 63/CSR;
- di autorizzare il Direttore generale della Direzione Generale V ad approvare, con proprio atto, eventuali interventi correttivi, modificativi e/o integrativi sul Piano che dovessero rendersi opportuni ovvero necessari in esito all'eventuale confronto avviato dal Ministero della Salute -

Direzione operativa del CCM con la Regione Molise in merito al contenuto del Piano Regionale della Prevenzione 2010-2012.

- di disporre che il presente provvedimento venga integralmente pubblicato nel B.U.R. Molise.

Campobasso, lì 23.12.2010



L'Istruttore
IL RESPONSABILE DELL'UFFICIO

Dott. ~~Enrico PAOLITTO~~

Dott. Ermanno PAOLITTO

[Signature]

Il Dirigente del Servizio

Il Dirigente Responsabile
servizio Igiene e Prevenzione

Dott.ssa Lina Adolina D'ALO'

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, lì 23.12.2010

Il Dirigente del Servizio

Il Dirigente Responsabile
servizio Igiene e Prevenzione

Dott.ssa Lina Adolina D'ALO'

PARERE DI COERENZA E PROPOSTA

Il Direttore Generale FAGNANO,

visto il documento istruttorio, atteso che sull'atto è stato espresso il parere di legittimità e di regolarità tecnico-amministrativa ESPRIME parere favorevole in ordine alla coerenza dell'atto proposto con gli indirizzi della politica regionale e gli obiettivi assegnati alla Direzione medesima e, pertanto,

PROPONE

Al Presidente IORIO l'invio all'esame della Giunta Regionale per le successive determinazioni.

Campobasso, lì 23.12.2010

Il Direttore Generale
Avv. Roberto FAGNANO

[Signature]



ALLEGATO ALLA DELIBERA
n. 1101 del 30 DIC 2010

REGIONE MOLISE
ASSESSORATO POLITICHE PER LA SALUTE
- DIREZIONE GENERALE V -

SERVIZIO IGIENE E PREVENZIONE

PIANO REGIONALE DELLA PREVENZIONE 2010-2012.

INDICE

Capitolo 1.

Il Contesto regionale: quadro demografico ed epidemiologico.

	Pag.
PREMESSA	5
1. IL QUADRO REGIONALE DI RIFERIMENTO E LE CRITICITA'	5
1.1. <i>Contesto demografico e socio economico di partenza</i>	5
1.2. <i>L'invecchiamento della popolazione</i>	6
1.3. <i>Contesto economico provinciale</i>	6
1.4. <i>La speranza di vita alla nascita</i>	7
1.5. <i>Presenza di stranieri</i>	7
1.2. STILI DI VITA	8
1.2.1. <i>La percezione dello stato di salute</i>	8
1.2.2. <i>L'attività fisica</i>	9
1.3. CASA, AMBIENTE E SALUTE	9
1.3.1. <i>Incidenti domestici</i>	10
1.3.2. <i>Sicurezza stradale</i>	10
1.3.3. <i>Gli infortuni sul lavoro</i>	11



ALLEGATO ALLA DELIBERA
n. 1101 del 30 DIC 2010

REGIONE MOLISE
ASSESSORATO POLITICHE PER LA SALUTE
- DIREZIONE GENERALE V -

SERVIZIO IGIENE E PREVENZIONE

PIANO REGIONALE DELLA PREVENZIONE 2010-2012.

INDICE

Capitolo 1.

Il Contesto regionale: quadro demografico ed epidemiologico.

	Pag.
PREMESSA	
1. IL QUADRO REGIONALE DI RIFERIMENTO E LE CRITICITA'	5
1.1. Contesto demografico e socio economico di partenza	5
1.2. L'invecchiamento della popolazione	5
1.3. Contesto economico provinciale	6
1.4. La speranza di vita alla nascita	6
1.5. Presenza di stranieri	7
	7
1.2. STILI DI VITA	
1.2.1. La percezione dello stato di salute	8
1.2.2. L'attività fisica	8
	9
1.3. CASA, AMBIENTE E SALUTE	
1.3.1. Incidenti domestici	9
1.3.2. Sicurezza stradale	10
1.3.3. Gli infortuni sul lavoro	10
	11



1. 4. MORTALITA'	12
	pag.
1.4.1. <i>Le principali cause di morte</i>	12
1.4.2. <i>Mortalità precoce</i>	13
1.4.3. <i>Malattie prevenibili con la vaccinazione</i>	14

Capitolo 2.

La Programmazione regionale

2.1. CONTESTO NORMATIVO	15
2.2. SALUTE E SICUREZZA (STILI DI VITA E SALUTE; LAVORO E SALUTE; AMBIENTE E SALUTE) E LA PRIORITÀ DELLA SICUREZZA SUI LUOGHI DI LAVORO.	15
2.3. AMBIENTE E SALUTE: MIGLIORAMENTO DELLA QUALITÀ AMBIENTALE COME DETERMINANTE DI SALUTE.	19
2.4. CONTRASTO DELLE PRINCIPALI PATOLOGIE.	19
2.4.1. <i>PREVENZIONE CARDIOVASCOLARE, DIABETE ED OBESITÀ</i>	19
2.4.2. <i>PREVENZIONE DEI TUMORI</i>	20
2.5. PREVENZIONE DEGLI INCIDENTI DOMESTICI	21
2.6. PREVENZIONE DEGLI INCIDENTI STRADALI	21
2.7. VACCINAZIONI	21
2.8. LE CRITICITÀ DELLA PROGRAMMAZIONE REGIONALE	24
2.9. IL PIANO REGIONALE DELLA PREVENZIONE PER IL TRIENNIO 2010 – 2012	25
2.9.1. CONTESTO NORMATIVO DI RIFERIMENTO	25
2.9.2. LE PRIORITÀ DEL PRP 2010-2012	28
2.10. PREVENZIONE IN AGRICOLTURA: CONTESTO MOLISANO E AZIONI PER IL TRIENNIO 2010-2012.	33
2.11. LA PREVENZIONE IN MOLISE NEL PERIODO 2005-2009. GIUDIZIO DI SINTESI.	36



Capitolo 3.

Il Piano Operativo: Le quattro Macroaree e le linee d'intervento del Piano della Prevenzione 2010-2012.

codice		pag.
	1. Area Medicina Predittiva	
1.1.1.	PROGETTO CUORE – APPLICAZIONE DELLA CARTA DEL RISCHIO CARDIOVASCOLARE	39
1.1.2.	PREVENZIONE DELLE MALATTIE DELL'APPARATO URO-GENITALE MASCHILE: VARICOCELE	42
1.1.3.	AUMENTO DELLA TRANSLUCENZA FETALE COME MARKER PER L'IDENTIFICAZIONE DEI CASI A RISCHIO DI ANEUPLOIDIE FETALI NELLA POPOLAZIONE DEL MOLISE	44
	2. Area Prevenzione Universale	
2.1.1.	INCIDENTI STRADALI; L'EDUCAZIONE E L'INFORMAZIONE NELLA PREVENZIONE DEGLI INCIDENTI STRADALI	45
2.2.1.	PREVENZIONE DEGLI INFORTUNI E PATOLOGIE LAVORO-CORRELATE NEL COMPARTO DELLE COSTRUZIONI	49
2.2.2.	INFORMAZIONE E FORMAZIONE SUL LAVORO IN AGRICOLTURA: ASSISTENZA PROCEDURALE E DISCIPLINA IN MERITO DI SICUREZZA SUL LAVORO	53
2.3.1.	PREVENZIONE DEGLI EVENTI INFORTUNISTICI IN AMBITO DOMESTICO	57
2.4.1.	MANTENIMENTO E MIGLIORAMENTO DELLA COPERTURA VACCINALE CONTRO IL MORBILLO NEI BAMBINI E NEGLI ADOLESCENTI E DELLA ROSOLIA NELLE GIOVANI DONNE ANCORA SUSCETTIBILI	59
2.4.2.	MIGLIORAMENTO DELLA COPERTURA VACCINALE ANTIPNEUMOCOCCICA NELL'INFANZIA.	62
2.4.3.	MANTENIMENTO E MIGLIORAMENTO DELLA COPERTURA VACCINALE ANTI HPV NELLE GIOVANI ADOLESCENTI	64
2.4.4.	MIGLIORAMENTO DELLA COPERTURA VACCINALE ANTIMENINGOCOCCICA C NELL'INFANZIA E NEI GIOVANI ADOLESCENTI	66
2.5.1.	PREVENZIONE DELLE INFEZIONI CORRELATE ALL'ASSISTENZA SANITARIA	68
2.6.1.	ISTITUZIONE DEL SISTEMA DI SORVEGLIANZA DELLE NUOVE DIAGNOSI DI INFEZIONE DA HIV NELLA REGIONE MOLISE E INTERVENTI DI INFORMAZIONE SULLE MALATTIE SESSUALMENTE TRASMESSE	70
2.6.X.	PREVENZIONE DELLE PATOLOGIE DA IMPORTAZIONE NELLE DONNE IMMIGRATE	72
2.8.1.	CATEGORIZZAZIONE DEL RISCHIO E VERIFICA DELLE PROCEDURE DI AUTOCONTROLLO DELLE ATTIVITÀ DI RISTORAZIONE PUBBLICA E COLLETTIVA	74
2.8.2.	CATEGORIZZAZIONE DEL RISCHIO E VERIFICA DELLE PROCEDURE DI CONTROLLO INTERNO DEGLI IMPIANTI ACQUEDOTTISTICI	74
2.9.1.	SISTEMA DI SORVEGLIANZA EPIDEMIOLOGICA DELLA REGIONE MOLISE	77
2.9.1.	ADESIONE AI SISTEMI DI SORVEGLIANZA NAZIONALI OKKIO ALLA SALUTE E HBSC-GYTS	79



- 2.9.2 CONTRASTO ALL'OBESITÀ E AGLI STILI DI VITA NON SALUTARI, ATTRAVERSO LA COMUNICAZIONE EFFICACE ED INTEGRATA DEI RISULTATI DEL SISTEMA DI INDAGINE NAZIONALE IN ETÀ 6-17 ANNI, ANCHE CON SOSTEGNO A PROGETTI NAZIONALI VALIDATI SU ALIMENTAZIONE - ATTIVITÀ FISICA, IN COERENZA COL PROGRAMMA NAZIONALE "GUADAGNARE SALUTE" E PARTICOLARE ATTENZIONE AGLI ECCESSI E AI DIFETTI NUTRIZIONALI, QUALI QUELLI DI SODIO, IODIO, ACIDO FOLICO, CALCIO, FERRO E AI DISTURBI DEL COMPORTAMENTO ALIMENTARE (DCA)

79

3. Area Prevenzione della popolazione a rischio

- 3.1.1. PROGRAMMA PER LA RIDUZIONE DELLA MORTALITÀ PER CARCINOMA DELLA CERVICE UTERINA E PER LA SOSTENIBILITÀ DEL PROGRAMMA DI PREVENZIONE 82
-2.
- 3.1.1. PROGRAMMA PER LA RIDUZIONE DELLA MORTALITÀ PER CARCINOMA DEL COLON - RETTO E PER LA SOSTENIBILITÀ DEL PROGRAMMA DI PREVENZIONE 84
-2.
- 3.1.1. PROGRAMMA PER LA RIDUZIONE DELLA MORTALITÀ PER CARCINOMA DELLA MAMMELLA E PER LA SOSTENIBILITÀ DEL PROGRAMMA DI PREVENZIONE 86
-2.
- 3.2.1. PREVENZIONE DELLE RECIDIVE CARDIOVASCOLARI 88
- 3.3.1. PREVENZIONE DELLA MALATTIA DIABETICA: MIGLIORARE LA DIAGNOSI PRECOCE 91
- 3.3.2. PREVENZIONE DELLA MALATTIA DIABETICA: MIGLIORARE LA GESTIONE DEL PAZIENTE CON DIABETE 92
- 3.3.3. PREVENZIONE DELLA MALATTIA DIABETICA: MIGLIORARE L'OFFERTA ASSISTENZIALE 93
- 3.4.1. SORVEGLIANZA DELLA TUBERCOLOSI 94
- 3.7.1. PREVENZIONE DELLA DEPRESSIONE POST PARTUM 96
- 3.8.1. PREVENZIONE PRIMARIA DELL'ICTUS NELLA POPOLAZIONE MOLISANA A RISCHIO 98
- 3.9.1. PREVENZIONE DELLA IPOVISIONE E CECITÀ NEI SOGGETTI NATI PRETERMINE 101
- 3.9.2. PREVENZIONE DELL'IPOACUSIA PROFONDA PERMANENTE INFANTILE 104

4. Area prevenzione delle complicanze e delle recidive di malattia

- 4.2.1. PREVENZIONE E SORVEGLIANZA DELLA DISABILITÀ E DELLA NON AUTOSUFFICIENZA 106
- 4.2.2. PROMOZIONE DELL'ATTIVITÀ FISICA PER INVECCHIARE IN SALUTE. 108



Capitolo 1.

Il Contesto regionale: quadro demografico ed epidemiologico.

1. PREMESSA

L'andamento epidemiologico delle malattie di maggior rilevanza sociale nei Paesi più industrializzati ha subito negli ultimi 50 anni notevoli cambiamenti.

Autorevoli studi hanno stimato che i determinanti socioeconomici e gli stili di vita contribuiscono per il 45-50% alla speranza di vita, lo stato e le condizioni dell'ambiente per il 25-35%, l'eredità genetica per un altro 20-30% e il sistema dei servizi sanitari in senso stretto solo per il 10-15%.

Altre stime indicano che circa il 60% dell'onere della spesa sanitaria in Europa è rappresentato dalla cura di patologie attribuibili a soli sette fattori principali, quali: ipertensione, fumo, alcool, ipercolesterolemia, sovrappeso, basso consumo di frutta e verdura, inattività fisica.

A fronte di ciò il sistema sanitario molisano investe meno del 5% della spesa sanitaria totale in prevenzione e nelle attuali condizioni di scarsità delle risorse questa frazione, probabilmente, è destinata a diminuire.

Il Piano Locale della Prevenzione, pertanto, vuole rappresentare una forma di governo di questo sistema, per utilizzare al meglio le limitate risorse, orientare alla prevenzione ed alla salute tutte le politiche e non solo quelle sanitarie, integrare le risorse che concorrono ad uno stesso obiettivo, ottenere interventi efficaci, appropriati e sostenibili.

Il piano intende quindi rispondere alle seguenti esigenze operative:

1. programmare le attività mediante uno strumento trasparente di scelta delle priorità e di definizione degli obiettivi;
2. governare i processi con l'obiettivo di creare consenso sulle procedure di prevenzione efficaci, che meritano quindi di essere implementate anche attraverso percorsi integrati, e su quelle inutili o inappropriate da abbandonare nel corso del triennio;
3. comunicare in maniera efficace al fine di consentire a tutti i portatori di interesse di conoscere i progetti in corso e concorrere alla realizzazione e/o al miglioramento;
4. monitorare, ma allo stesso tempo valutare il risultato in modo da renderlo più comprensibile ed evidente alla popolazione in termini di salute e qualità di vita.

1. IL QUADRO REGIONALE DI RIFERIMENTO E LE CRITICITA'

1.1. Contesto demografico e socio economico di partenza

Il Molise con una superficie di 4.425 Km² è la seconda regione più piccola d'Italia e anche la meno abitata (dopo la Valle d'Aosta).

Ha una popolazione (ISTAT 2009) di 320.795 abitanti, pari allo 0,6 per cento della popolazione italiana suddivisa, ai fini dell'assistenza sanitaria e fornitura di servizi, in 7 Distretti Sanitari, per complessivi 136 comuni.

I dati che descrivono la struttura per età della popolazione hanno forti analogie con il dato nazionale, seppure con una tendenza ad un maggiore invecchiamento:

ci sono in Molise il 8,95 per cento di bambini, contro il 14 per cento nazionale, mentre la popolazione con più di 65 anni è pari al 21,86 per cento a fronte del 20,01 per cento del Paese.

La popolazione in età lavorativa con età compresa tra i 15 e i 64 anni è pari al 65,41 per cento del totale a fronte del 65,8 per cento nazionale.



1.2. L'invecchiamento della popolazione

Legati alla struttura per età della popolazione sono l'indice di vecchiaia che per il Molise nel periodo 2007-2009 è passato dal 168% del 2007 al 172% del 2009 con un valore medio pari al 170% a fronte del 142% nazionale e l'indice di Dipendenza strutturale con un valore medio nel periodo pari al 53 % a fronte del 52 % nazionale, a testimonianza di un maggiore peso della popolazione in età non produttiva nella Regione Molise rispetto al dato nazionale, con un peso in crescendo soprattutto della popolazione anziana di età superiore o uguale a 65 anni (Indice di Dipendenza degli anziani)

Qualora si verificassero le condizioni previste nell'ipotesi media, che ipotizza un lieve aumento della fecondità e della natalità rispetto alle attuali condizioni che vedono il Molise ai più bassi livelli nazionali nel prossimo ventennio, assisteranno ad un ulteriore livellamento della popolazione verso le fasce d'età più anziane che soprattutto nell'ultimo quinquennio saranno rappresentate dall'età superiore ai settantacinque anni, cioè da quella fascia d'età che già oggi è più direttamente oggetto di interventi sia di tipo sanitario che socio sanitario e assistenziale.

Analizzando i dati per Distretto Sanitario, il Distretto Sanitario di Agnone, con un indice di vecchiaia di 282,91, e di dipendenza strutturale degli anziani di 40,70, si colloca al vertice, seguita a distanza da Venafro (171,04) e Campobasso (168,74) mentre il distretto con l'indice più favorevole è quello di Termoli (147,34). Il maggior numero di "supervecchi", cioè di persone con più di settantacinque anni, sono presenti nella zona di Agnone con un tasso di 15,37 contro una media delle altre zone di circa 10.

1.3. Contesto economico provinciale

In Molise tutti gli indicatori economici presi in esame evidenziano una situazione di ritardo nello sviluppo rispetto al resto del Paese.

Il tasso di attività regionale, pari a 44,60 nel 2003, è inferiore alla media nazionale (49,08 per cento). A livello provinciale il tasso di attività passa dal 46,59 per cento nella provincia di Isernia al 43,87 per cento nella provincia di Campobasso, con un rapporto Uomini Donne, nettamente favorevole ai primi

Il tasso di disoccupazione totale, pari al 12,28 per cento, è superiore alla media nazionale (8,68 per cento). Nello specifico, la disoccupazione regionale femminile (18,76 per cento) è doppia rispetto a quella maschile (8,46 per cento). Isernia presenta una situazione occupazionale interna migliore rispetto alla situazione di Campobasso.

1.4. La speranza di vita alla nascita

risferita all'anno 2009 (Fonte dati ISTAT) è di circa 79 anni per gli uomini e 84 anni per le donne; la speranza di vita a 65 anni è rispettivamente di 18 e 22 anni, con un divario tra le due province più accentuato nel sesso maschile. Gli uomini hanno tuttora una speranza di vita inferiore di circa 5 anni rispetto alle donne; la tendenza graduale all'avvicinamento tra i sessi è però ormai un fatto avviato: in poco più di 20 anni la distanza tra i due sessi si è ridotta di quasi un anno.

Per questi motivi assume sempre maggiore importanza la qualità della vita da parte della popolazione anziana, vale a dire la possibilità di mantenere un buon livello di autosufficienza.

Una stima della popolazione anziana a rischio di fragilità e con disabilità è fornita dall'indagine PASSI d'Argento del 2009 in cui la popolazione anziana è suddivisa in sottogruppi in base al grado di autosufficienza e fragilità.

Circa la metà (45%) delle persone di ≥ 65 anni è in buone condizioni di salute e a basso rischio di malattia; un quarto (25%) è in buone condizioni, ma a più alto rischio di malattia e fragilità.

Il 18% delle persone anziane mostra segni di fragilità (10% con bassi segni di fragilità e l'8% con marcati segni di fragilità) e il 12% risulta essere disabile, cioè non autosufficiente in almeno un'attività della vita quotidiana o *Activities of Daily Living* o ADL1 (10% parzialmente disabile e 2% totalmente disabile).

1.5. Presenza di stranieri

La popolazione straniera residente in Italia al 1.1.2009 ha raggiunto i 3,9 milioni di persone, pari al 6,5% del totale; storicamente la Regione Molise è stata caratterizzata da flussi migratori dalle regioni baltiche e dall'Albania che hanno dato vita a piccole comunità sia sulla costa adriatica che nell'entroterra

Complessivamente, oggi il numero degli stranieri residenti è poco più di 8.000, ma con un numero in crescendo soprattutto dalle nazioni del nord est dell'Europa, e in particolar modo, Polonia e Ucraina.

Trattasi nella maggior parte dei casi di collaboratrici domestiche e/o dedite all'assistenza agli anziani.

Negli ultimi anni si è inoltre assistito ad una massiccia immigrazione femminile, sia per la richiesta di attività lavorativa nel settore socio-assistenziale sia per il fenomeno dei ricongiungimenti familiari.

Tra le problematiche, imputabili al fenomeno della migrazione e al lento, ma progressivo cambiamento strutturale e generazionale della popolazione immigrata sono da imputare:



- la rilevante presenza di bambini e ragazzi che pone questioni di politiche abitative ed inserimenti scolastici;
- l'alto livello di scolarità di molti immigrati che, pur essendo in possesso di lauree anche tecnicoscientifiche, vengono prevalentemente utilizzati in lavori non adeguati al titolo di studio.

1.2. STILI DI VITA

Le principali malattie croniche (soprattutto cardiovascolari, tumori e diabete) riconoscono alcuni fattori di rischio comuni e modificabili, collegati al comportamento e allo stile di vita.

Gli stili di vita non corretti (quali ad esempio inattività fisica, alimentazione poco sana, abuso di alcol e consumo di tabacco) rappresentano pertanto un importante determinante prossimale di salute, con effetto diretto sulla salute stessa in associazione all'ambiente socio-economico e fisico.

1.2.1. La percezione dello stato di salute

La relazione tra salute e qualità di vita percepita è stata oggetto sin dagli anni '80 di studi che hanno dimostrato come lo stato di salute percepito a livello individuale sia strettamente correlato ai tradizionali indicatori oggettivi di salute quali la mortalità e la morbosità. Lo stato di salute percepito risulta inoltre correlato sia alla presenza delle più frequenti malattie croniche sia ai loro fattori di rischio (per esempio sovrappeso, fumo, inattività fisica).

Lo stato di salute dei molisani, che oggettivamente si potrebbe definire buono (ottimo se si considera la speranza di vita), non sembra però corrispondere a quello che essi percepiscono.

In Molise, la percentuale di persone che dichiara condizioni di salute non soddisfacenti, con almeno una malattia cronica, è superiore rispetto alla media italiana (37,5% contro 35,9% nel 2003), ma soprattutto diminuisce di ben 5 punti percentuali rispetto al 2001 il numero di persone con più malattie croniche che dichiara soddisfacenti condizioni di salute.

A conferma di un peggioramento delle condizioni generali di salute, nel 2003 i molisani hanno denunciato, rispetto al totale degli italiani, una maggiore frequenza di malattie acute e croniche come: ipertensione arteriosa (+2.5%), malattie di cuore (+0.8%), bronchite cronica e asma, artrosi e osteoporosi (+2.3%), disturbi nervosi.

In base ai risultati del sistema di sorveglianza PASSI, nel 2008 nella Regione Molise il 60% degli intervistati giudica in modo positivo il proprio stato di salute (buono o molto buono). In particolare si dichiarano più soddisfatti della loro salute e la definiscono molto buona o buona:

- i giovani nella fascia 18-34 anni (80%)
- gli uomini 58%
- le persone con alta istruzione* 72%
- le persone senza patologie severe 38 %

Il numero di giorni in cattiva salute sia per motivi fisici che psicologici è maggiore nella fascia 50-69 anni, come pure i giorni con limitazioni nelle abituali attività.



Le donne lamentano più giorni in cattiva salute, in particolare per motivi fisici, maggiore è la percentuale di uomini che lamentano limitazioni nelle loro abituali attività.

1.2.2. L'attività fisica

L'attività fisica praticata regolarmente svolge un ruolo di primaria importanza nella prevenzione di malattie cardiovascolari, ipertensione, diabete, obesità e depressione; gli esperti stimano che una regolare attività fisica possa ridurre la mortalità per tutte le cause di circa il 10%.

Il livello di attività fisica raccomandato è pari ad almeno 30 minuti di attività moderata al giorno per almeno 5 giorni alla settimana oppure attività intensa per più di 20 minuti per almeno 3 giorni.

In base ai risultati del sistema di sorveglianza PASSI, nel 2008 nella Regione Molise solo un terzo delle persone 18-69enni (36%) ha uno stile di vita attivo, in quanto conduce un'attività lavorativa pesante o pratica l'attività fisica moderata/intensa raccomandata; una quota rilevante (45%) è classificabile come parzialmente attivo in quanto pratica attività fisica in quantità inferiore alle raccomandazioni, mentre abbastanza rilevante è il numero delle persone completamente sedentarie.

1.3. CASA, AMBIENTE E SALUTE

L'ambiente domestico rappresenta un ambito nel quale si concentrano importanti fattori di rischio per la salute, sia dal punto di vista dell'incidentalità sia da quello della salubrità, nonostante vi sia nella popolazione una scarsa o assente percezione del rischio.

1.3.1. Incidenti domestici

Da circa tre anni, con lieve ritardo rispetto ad altre regioni, anche in Molise è attivo il Sistema Informativo SINIACA di cui all'art. 4 della L. 493/99, sia sugli incidenti domestici che stradali.

Il Sistema Informativo, coordinato dall'Istituto Superiore di Sanità (ISS) raccoglie le informazioni attraverso la rete dei Pronto Soccorso regionali.

Il SINIACA classifica come "Incidente domestico" un incidente dovuto ad un evento traumatico, avvenuto all'interno delle mura domestiche o nelle immediate pertinenze, riconducibile a cause non legate alla volontà umana, che ha indotto il soggetto o i familiari a consultare un medico del Pronto Soccorso.

Anche in Molise, come nella maggior parte dei paesi industrializzati, gli incidenti domestici rappresentano un grave problema di salute pubblica.

L'analisi dei dati relativamente agli accessi al Pronto soccorso (anni 2007-2010), rivelano che per le femmine le prestazioni sono percentualmente superiori a quelli dei maschi, con la tendenza a concentrarsi tra i 15 e i 64 anni. Per quanto riguarda invece i casi seguiti da ricovero, la distribuzione percentuale per sesso ed età vede una prevalenza di ricoveri maschili in tutte le classi di età considerate, dagli 0 ai 69 anni.



Significativa è poi la distribuzione per classi di età, dove si registra un primo picco in corrispondenza della classe di età 15-64 anni, seguito da un secondo (meno marcato ed ampio) nel gruppo superiore ai 65 anni dove si registra quasi un terzo degli incidenti, con una media intorno al 20-33%, e una prevalenza di soggetti di sesso femminile, tranne nel gruppo di 0-14 anni, dove c'è una lieve preponderanza del sesso maschile.

I luoghi dove accadono il maggior numero di incidenti domestici sono la cucina e le scale/ballatoio. Ad esso seguono il bagno e il soggiorno/sala da pranzo. Rilevanza inoltre assumono quelli che accadono all'esterno dell'abitazione, in conseguenza di attività hobbistiche, giardinaggio, bricolage.

1.3.2. Sicurezza stradale

Gli incidenti stradali rappresentano la principale causa di morte nei giovani adulti; queste morti premature, oltre a rappresentare un'indubbia tragedia sotto il profilo umano, determinano costi particolarmente elevati per la società (2,3% del prodotto interno lordo) in termini di perdita di produttività, trattamenti sanitari e assistenza necessaria per le invalidità riportate.

Uno studio sugli anni di vita persi (PYLL) effettuato nella zona Centro Molise e riferito al periodo 1998 - 2005, pone gli incidenti stradali al secondo posto fra le cause di mortalità precoce. Infatti se da una parte la regione Molise è la penultima in graduatoria in base al numero degli incidenti in valore assoluto, il dato si inverte completamente se si considera il tasso di mortalità. In Molise infatti nel 2006 si sono verificati 557 incidenti (dei quali 421 a Campobasso) che hanno provocato 32 morti (dei quali 21 a Campobasso) e 954 feriti (dei quali 706 a Campobasso). Al di sotto si pone soltanto la Val d'Aosta con 393 incidenti, 6 morti e 561 feriti.

Considerando il tasso di mortalità (morti in incidente/numero incidenti* 1000), si evidenzia invece che la regione Molise si pone al secondo posto in classifica tra le Regioni più a rischio, cioè tra quelle in cui si verificano gli incidenti più gravi. Il rapporto tra il numero di incidenti e il numero di morti in Molise è pari a 57,45. Più grave la situazione soltanto in Basilicata con un tasso di mortalità pari a 64,06. La Liguria è la regione meno a rischio con un tasso di mortalità pari a 11,70, rispetto ad una media nazionale pari a 23,81.

Nell'ambito della regione Molise, meno grave la situazione a Campobasso - 10° posto in classifica assoluta, con un tasso di mortalità pari a 49,88 rispetto a 80,88 di Isernia - 4° posto in classifica assoluta tra le province italiane.

I fattori di rischio responsabili della probabilità di incorrere in un **incidente stradale** sono molteplici e generalmente esiste una forte interazione tra i diversi fattori. Un modo per orientarsi in questa complessa realtà è quello di far riferimento al sistema Uomo-Ambiente-Veicolo. Alcuni studi hanno valutato il peso di queste tre diverse aree di fattori e mostrano che circa il 60% degli incidenti stradali è da attribuire a fattori umani, circa il 30% a fattori ambientali e circa il 10% a fattori legati al veicolo.

Nonostante la complessità multifattoriale che è alla base della genesi degli incidenti stradali, le azioni di prevenzione da promuovere sono numerose. Tali azioni possono essere schematicamente ripartite in quattro livelli gerarchici:





- Un primo livello, che comprende quelle azioni volte a far sì che l'evento non accada. Rientrano in quest'ambito il controllo del rispetto dei limiti di velocità e dell'alcoemia dei conducenti, l'educazione stradale, l'addestramento ad una guida difensiva, l'eliminazione dei punti neri della strada, il controllo periodico dello stato del veicolo.
- Un secondo livello, che comprende le azioni volte a ridurre le conseguenze dell'evento durante il suo svolgimento. Tra queste azioni rientra l'adozione dei dispositivi di sicurezza quali casco e cinture di sicurezza.
- Un terzo livello comprende le azioni che riducono le conseguenze dell'evento dopo che questo ha avuto luogo e sono essenzialmente il primo soccorso e il pronto soccorso.
- Un quarto livello, relativo alle azioni volte a ridurre gli esiti dell'evento. Le azioni di questo livello riguardano sostanzialmente la riabilitazione.

1.3.3. Gli infortuni sul lavoro

L'andamento infortunistico evidenzia una significativa riduzione del numero dei casi denunciati che passano dai 4.131 del 2006 ai 3.804 del 2007, con una contrazione percentuale pari a -7,9%, ben al di sopra di quella fatta registrare a livello nazionale pari a -1,7%. Tale diminuzione risulta essere in linea con quella segnata nel medio periodo 2001-2007 in cui si registra un calo di oltre 25 punti percentuali. Positiva è anche la diminuzione degli infortuni mortali che passano dai 10 casi del 2006 ai 9 del 2007, dato che conferma la progressiva riduzione del fenomeno in regione dove nel 2004, si erano drammaticamente verificati 16 eventi mortali.

L'analisi infortunistica per le singole gestioni INAIL evidenzia un decremento per l'Industria e Servizi pari a -5% (da 3.067 a 2.932 casi), una diminuzione del -21% nel settore Agricolo (921 eventi nel 2006 e 730 nel 2007) e una sostanziale stabilità per la Gestione per conto Stato (da 143 a 142 casi). Il fenomeno di decrescita risulta ancora più evidente se si confrontano i dati degli ultimi 7 anni, in cui si nota un abbattimento di oltre il 20% nell'Industria e Servizi e di quasi il 45% nell'Agricoltura, in controtendenza, sempre per lo stesso periodo, il dato della Gestione per Conto Stato che aumenta del 16%.

Passando agli infortuni riconosciuti dall'Istituto, nel 2007 i casi indennizzati sono stati 2.569 pari ad oltre il 67% degli eventi denunciati (77% per l'Agricoltura e 65% per l'Industria e Servizi).

L'andamento infortunistico per i singoli settori di attività conferma una generale diminuzione degli eventi eccetto per il comparto della Gomma e plastica che vede per il 2007 un aumento di 19 casi. Da sottolineare il forte decremento nel comparto delle Costruzioni che fanno registrare una diminuzione di 74 eventi infortunistici pari a oltre il 12% (da 579 a 505).



1.4. MORTALITA'

1.4.1. Le principali cause di morte

La popolazione molisana si caratterizza per una elevata speranza di vita alla nascita (78,8 anni per gli uomini e 84,3 anni per le donne nel dato puntuale del 2009), in linea con quella nazionale; inoltre nell'ultimo decennio, la vita media dei residenti è aumentata di più di 2 anni.

Nel periodo 2006 - 2007 si è osservata una sensibile tendenza alla riduzione della mortalità i cui tassi standardizzati per 10.000 abitanti sono passati 87,84 a 87,11

Tuttavia l'analisi per genere, evidenzia che il contributo maggiore alla riduzione complessiva della mortalità è da attribuire al solo genere maschile il cui tasso standardizzato passa da 113,70 del 2006 a 112,39 del 2007 con una riduzione di 1,31 punti, mentre in quello femminile lo stesso rimane costante attestandosi a 68,6.

La riduzione è particolarmente sensibile nelle classi di età medie e negli anziani, essendo la mortalità nei giovani (comunque bassa) particolarmente influenzata da alcuni comportamenti, quali

Decessi e tassi standardizzati di mortalità in Molise per grandi gruppi di cause - Anni 2006, 2007

CAUSE DI MORTE	Decessi (numero)		Tassi stand. per 10.000	
	2006	2007	2006	2007
C00-D48 Tumori	851	913	23,33	24,61
C16 Tumori maligni dello stomaco	60	99	1,68	2,63
C18-C21 Tumori maligni del colon, retto e ano	106	73	2,87	1,99
C33-C34 Tumori maligni della trachea, bronchi e polmoni	127	147	3,58	4,06
C50 Tumori maligni della mammella della donna	51	41	1,45	1,15
E10-E14 Diabete mellito	161	145	4,15	3,49
G00-H95 Malattie del sistema nervoso	129	142	3,31	3,46
I00-I99 Malattie del sistema circolatorio	1.477	1.489	36,20	35,74
I21-I22 Infarto del miocardio	208	204	5,30	5,07
I60-I69 Disturbi circolatori dell'encefalo	393	375	9,51	9,04
J00-J99 Malattie del sistema respiratorio	205	208	5,07	4,80
K00-K93 Malattie dell'apparato digerente	170	197	4,47	5,18
V01-Y89 Cause accidentali e violente	179	...	4,77	...
- Altre cause	263	290	6,54	7,26
Totale	3.435	3.477	87,84	87,11

Fonte dati ISTAT

L'analisi per gruppi di cause, come a livello nazionale, evidenzia che le principali cause di morte sono le malattie cardiovascolari (36,20 dei decessi nel 2006), e i tumori (23,33), seguite a distanza dalle cause accidentali e violente (4,77), le malattie dell'apparato digerente (4,77) e le patologie dell'apparato respiratorio (3,58),.

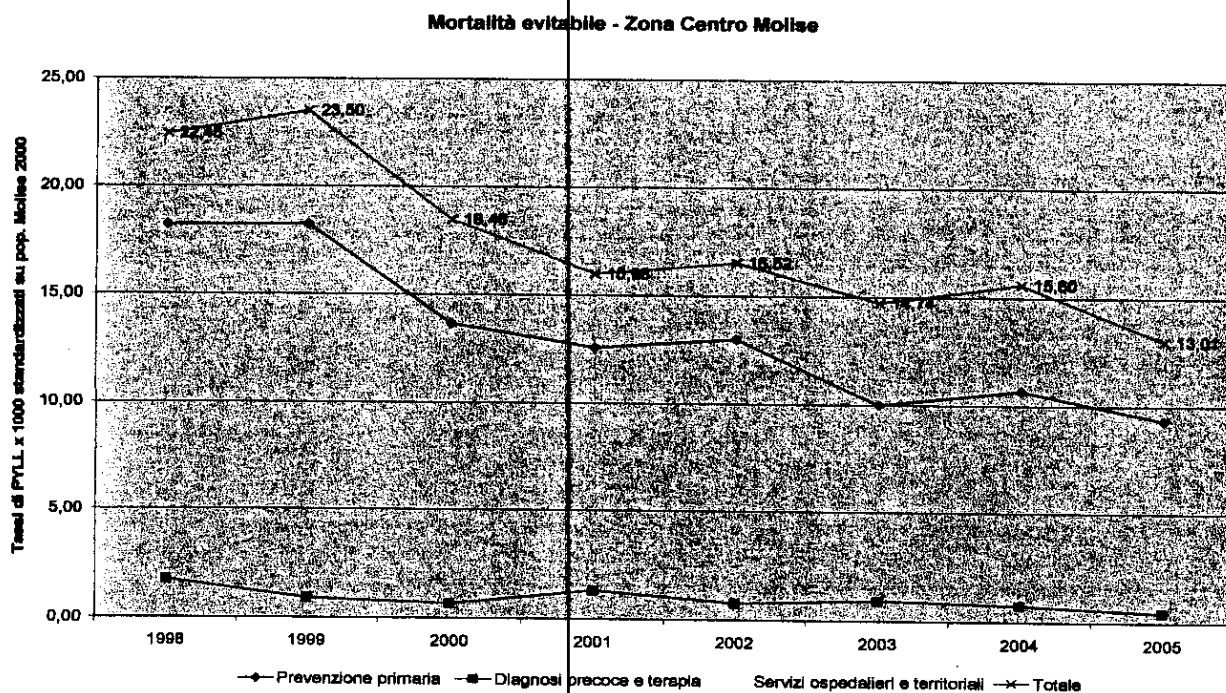
Mentre, però, per le malattie del sistema circolatorio, che rispetto al dato nazionale mostrano un dato sensibilmente superiore, nel periodo 2003/2007 si assiste ad un decremento di 7,3 punti, superiore a quello nazionale, per i tumori, che rispetto al dato nazionale mostrano un dato sensibilmente inferiore, nello stesso periodo, si assiste ad un decremento percentualmente nettamente più basso rispetto a quello nazionale, a testimoniare la crescente prevalenza di questo gruppo di cause nella mortalità complessiva della regione.

Il progressivo invecchiamento della popolazione molisana comporta, infatti, un aumento della prevalenza di quasi tutte le malattie cronico degenerative (che sono generalmente età correlate) e condiziona la dinamica di molte patologie.

1.4.2. Mortalità precoce

Gli Anni Potenziali di Vita Persi (PYLL) sono un indicatore spesso usato per esprimere in modo sintetico il peso delle morti precoci in una popolazione. Con questo sistema, si intendono per precoci le morti avvenute prima del compimento dei 65 anni di età, l'indicatore è composto dalla somma degli anni mancanti a 65 per tutti i deceduti in età inferiore, per cui un decesso a 0 anni peserà 65 mentre uno a 65 anni peserà 1; il risultato viene poi diviso per la popolazione a rischio. Come per la mortalità generale, anche quella prematura colpisce maggiormente il sesso maschile.

In uno studio riferito al periodo 1998-2005 nella zona centro Molise, che con 136 mila abitanti è rappresentativa di circa il 50% della popolazione molisana, il tasso di PYLL x1000 per i tre gruppi di cause evitabili ha visto una progressiva diminuzione passando dal 22.46 del 1998 al 13.01 del 2005, con riduzioni significative soprattutto per il gruppo della prevenzione primaria, mentre pressoché costante è rimasto per gli altri due gruppi.



L'analisi cumulativa dei singoli gruppi, mostra tuttavia una prevalenza del tasso di PYLL per la Prevenzione Primaria 7.57 (Diagnosi e trattamento precoce 0.87, Servizi Ospedalieri e Territoriali 2.99), con una netta prevalenza del genere maschile su quello femminile ad eccezione per il gruppo della Diagnosi e trattamento precoce.

Le patologie che maggiormente contribuiscono alla mortalità precoce in questo gruppo sono le morti violente con 4752 (ts PYLL 4.85) osservati seguite dagli incidenti stradali 3489 (ts PYLL 3.55) mentre a distanza ritroviamo le malattie ischemiche del cuore con 1687 osservati e un ts



PYLL di 1.72, i tumori maligni del polmone e i disturbi circolatori dell'encefalo con un ts PYLL di 0.61.

1.4.3. Malattie prevenibili con la vaccinazione

Grazie ai buoni livelli di copertura vaccinale, queste malattie sono scomparse o molto ridotte come incidenza in regione.

I casi di Epatite B che continuano ad essere segnalati negli ultimi anni riguardano fondamentalmente soggetti adulti o anziani non vaccinati.

Il numero di casi di malattia invasiva da *Haemophilus influenzae* nei bambini sotto i cinque anni di età si è ridotto progressivamente.

Si sono drasticamente ridotti i casi di malattia invasiva da Meningococco C; le malattie invasive da Pneumococco sono sostanzialmente stabili (25-35 casi all'anno) e si verificano principalmente negli adulti e anziani.





Capitolo 2.

La Programmazione regionale

2.1. Contesto normativo

La Regione Molise, in esecuzione degli impegni assunti in seno alla Intesa Stato-Regioni e P.A. del 23.03.2005, ha provveduto, con D.G.R. 3 agosto 2005, n. 1107, ad approvare il proprio Piano della Prevenzione per il triennio 2005-2007 relativamente ai seguenti ambiti d'intervento: *cardiovascolare; screening tumore della mammella – cervice uterina – colon-retto; diabete; vaccini.*

Con deliberazioni del 27.01.2006, n. 57; del 22.02.2006, n. 160; del 21.03.2006, n. 342; del 21.03.2006, n. 343 la Giunta regionale, in conformità alle Linee guida ministeriali per l'attuazione dei Piani regionali, ha provveduto a nominare i referenti regionali-coordinatori e componenti dei *boards* scientifici dei progetti in cui si articola il Piano. Con successiva D.G.R. 19 giugno 2006, n. 826 la Regione ha provveduto ad approvare in conformità alla nota del Ministero della Salute, DGPREV/IX/24081/P/I. 8.a.a., del 19.10.2005, i progetti relativi ai seguenti ulteriori ambiti operativi: *Obesità; Prevenzione delle recidive di accidenti cardiovascolari; Incidenti stradali; Incidenti domestici; Infortuni sul lavoro.*

Con determinazioni dirigenziali si è provveduto, giusta delega giunta di cui alla DGR n. 57/2006, a formalizzare la costituzione dei comitati operativi per ciascuna linea progettuale contemplata dal piano generale.

La regione Molise ha quindi proseguito il PRP 2005-2007 anche nel biennio 2008-2009, rispettando anche le indicazioni contenute nel PSR triennio 2008-2010 (approvato con delibera di Consiglio Regionale 9 luglio 2008).

2.2. Salute e sicurezza (stili di vita e salute; lavoro e salute; ambiente e salute) e la priorità della sicurezza sui luoghi di lavoro.

Negli anni si sono susseguite sempre più numerose evidenze scientifiche sulla responsabilità di diete non corrette e di carenza dell'esercizio fisico regolare nell'incremento cospicuo dell'incidenza delle malattie croniche registrato in questi decenni.

Ancora, si stanno ripetendo studi che dimostrano l'efficacia di programmi, spesso a basso costo, che coinvolgono la comunità locale nel prevenire patologie legate all'alimentazione anche in età anziana o nel diminuire la possibilità di recidive, in particolare delle malattie cardiovascolari.

Malgrado queste evidenze, che dimostrano che la prevenzione, se correttamente programmata, ha il miglior rapporto costo-beneficio, si è ancora lontani da una vera cultura di promozione della salute diffusa sul territorio, e rimangono radicate convinzioni ed abitudini alimentari e di vita su cui sembra difficile incidere.

Si richiamano in quest'ambito le strategie per la promozione della salute descritte nella Carta di Bangkok (OMS 2005), con queste azioni prioritarie:



- sostenere la causa della salute basandosi sui diritti umani e la solidarietà;
- investire in politiche, azioni e infrastrutture sostenibili per indirizzare i determinanti della salute;
- creare competenze per lo sviluppo politico, la capacità di guida, la pratica della promozione della salute, la diffusione delle conoscenze, la ricerca e l'alfabetizzazione sanitaria;
- regolare e legiferare per assicurare un alto livello di sicurezza e protezione da ogni causa di danno alla salute e permettere uguali opportunità di salute e benessere per tutti;
- associarsi e costruire alleanze tra il settore pubblico, quello privato, le organizzazioni non governative e la società civile per creare azioni sostenibili. Ciò richiede un riconoscimento delle differenze culturali e di processo che esistono tra le varie organizzazioni allo scopo di ottenere una migliore comprensione reciproca.

Oltre al Piano Nazionale della Prevenzione, il Ministero della Salute ha partecipato alla definizione di una strategia europea di contrasto all'obesità, approvata il 15 novembre 2006 ad Istanbul, e ha approvato il Programma *"Guadagnare Salute – Rendere facili le scelte salutari"* (DPCM 4 maggio 2007).

Un impegno nazionale rivolto a coordinare, in una strategia complessiva, gli interventi di contrasto dei principali fattori di rischio, con un approccio non solo verso gli aspetti sanitari ma anche sulle implicazioni ambientali, sociali ed economiche, che richiede la condivisione degli obiettivi da parte degli attori coinvolti (Amministrazioni centrali e regionali, Enti locali, settori privati).

In relazione a queste indicazioni e alle esigenze della Regione Molise, la Regione si è impegnata a:

- **Attivare un sistema informativo per la prevenzione**, riconducendo ad unitarietà i flussi informativi esistenti, articolando e distinguendo tra le informazioni necessarie al governo della prevenzione (la mappatura dei rischi e dei problemi di salute, la scelta delle priorità, le valutazioni di impatto) e quelle necessarie all'esercizio della prevenzione (la documentazione di attività).
- **Attivarsi sugli stili di vita**, con azioni programmate sui quattro principali fattori di rischio (*fumo, alcol, scorretta alimentazione ed inattività fisica*) in gran parte modificabili e nei quali è possibile identificare con certezza i principali determinanti delle malattie croniche più frequenti nel nostro Paese sono ben conosciuti ed è evidente che la mancata azione su di essi comporta un aumento di morti premature e di malattie evitabili.

Si è quindi provveduto a:

- attuare ed implementare gli interventi sulla prevenzione e cura dell'obesità e gestione integrata del diabete previsti dal piano regionale di prevenzione regionale (D.G.R. 3 agosto 2005, n. 1107 e D.G.R. 19 giugno 2006, n. 826).
- attivare interventi di prevenzione nutrizionale per favorire stili di vita sani, sulla popolazione generale, anche utilizzando tecniche di marketing sociale;
- effettuare attività educative su nutrizione, educazione al gusto ed educazione motoria in età scolare (Interventi sui capitolati d'appalto per migliorare la qualità nutrizionale nelle scuole e nei posti di lavoro; interventi di educazione al gusto, educazione motoria e di orientamento ai consumi per favorire la scelta di alimenti salutari; pianificazione ed esecuzione di indagini sulla qualità nutrizionale dei menù di strutture sanitarie e socio-assistenziali; sperimentazione di certificazione di qualità per pubblici esercizi sulla base di criteri, condivisi con Comune, Associazioni di categoria ed Associazioni Consumatori, inerenti la qualità nutrizionale degli



alimenti somministrati)

- prevedere interventi di prevenzione secondaria su rischi specifici, quali la malnutrizione dell'anziano fragile o non autosufficiente

Proseguire le attività per la sicurezza sui luoghi di lavoro:

Con il PRP si è dato impulso a:

1. fase ispettiva/di vigilanza;
2. fase formativa;
3. fase informativa/divulgativa/di assistenza.

Obiettivi iniziali

Riduzione infortuni mortali (azzeramento) da cadute dall'alto in edilizia;

Riduzione del 50% degli infortuni, da cadute dall'alto in edilizia, con invalidità permanente;

Riduzione del 10% dell'incidenza degli infortuni in genere nel comparto costruzioni.

Obiettivi realmente perseguiti

Riduzione del 50% degli infortuni, da cadute dall'alto in edilizia, con invalidità permanente (i dati desunti dai Flussi informativi Inail, Ispesl, Regioni anno 2009, relativamente agli infortuni in occasione di lavoro definiti positivamente – forma di accadimento: caduta dall'alto/anno di evento, sono i seguenti:

Anno	Numero di incidenti
2000	96
2001	58
2002	45
2003	48
2004	23
2005	25
2006	23
2007	17
2008	0



Attività svolte

Vigilanza/ispezione – in un campione prestabilito di cantieri edili dislocati sul territorio regionale, utilizzando le “notifiche preliminari ex art.11 D.l.vo n.494/96

Formazione – interventi formativi effettuati in numero prestabilito direttamente su un campione di cantieri edili, selezionati in base alle notifiche ex art.11 D.l.vo n.494/96 ed ubicati su tutto il territorio regionale e rivolti ai lavoratori e tecnici di cantiere; informazione/divulgazione/assistenza – mediante un “manuale operativo e “riferimenti legislativi vigenti” per la redazione del P.O.S. ad un campione selezionato di Datori di Lavoro delle imprese edili regionali, attraverso incontri frontali in aula.

Estensione/copertura (in termini di target di popolazione o di territorio) degli interventi realizzati :
le attività di vigilanza, formazione ed informazione hanno interessato, in maniera eterogenea il territorio regionale

Rimane importante, in ogni caso, non diminuire l’attenzione rispetto a questo tema, soprattutto nei settori più a rischio, nell’ambito cantieristico e dell’agricoltura e anche del precariato, rafforzando quanto già previsto dal Piano regionale di prevenzione attiva.

Un’attenzione particolare è stata riservata agli appalti, pubblici e privati, per evitare che il ribasso d’asta ricada sugli investimenti per la sicurezza e ancor più sul sistema del subappalto che allenta la catena delle responsabilità, riducendo notevolmente i livelli di sicurezza.

Il piano operativo regionale si è sviluppato anche sulla base dell’Accordo 21.12.2000 (rep. Atti 1110) tra il Ministero del Lavoro e della previdenza sociale e le regioni per la realizzazione del piano straordinario di sicurezza sul lavoro (recepita dalla Regione Molise con DGR 383 dell’11.3.2002).

La Regione Molise partecipa, inoltre, al progetto contro gli infortuni mortali, attivato in collaborazione con l’ISPESL e l’INAIL.

La priorità di questo obiettivo trova riscontro nella recente legge n. 123 del 3 agosto 2007 “*Misure in tema di tutela della salute e della sicurezza sul lavoro e delega al Governo per il riassetto e la riforma della normativa in materia*”.

Obiettivi prioritari:

- gestione e analisi dei flussi informativi, quale elemento fondamentale per orientare le politiche di prevenzione;
- mantenimento di un costante rapporto con le iniziative regionali e nazionali che si svilupperanno nell’ambito della prevenzione basata su prove di efficacia (EBP);
- realizzazione di iniziative formative sui rischi prioritari ed emergenti, dalla cadute dall’alto all’esposizione a sostanze cancerogene e mutagene, in accordo con datori di lavoro e lavoratori;
- definizione dei criteri di sicurezza dei lavoratori nell’ambito delle gare di appalto (anche sulla base delle nuove indicazioni della L. 123/2007);
- proposizione di iniziative di informazione e comunicazione tese a diffondere **la cultura della prevenzione** e promuovere corretti stili di vita, in stretta collaborazione con le forze sociali, i soggetti istituzionali, il mondo della scuola e valorizzando il ruolo delle comunità locali.

Nel definire gli obiettivi di prevenzione, è previsto il ruolo essenziale del Comitato regionale di coordinamento, di cui all'art. 27 del D.Lgs. 626/94 e al D.P.C.M. 5.12.1997, a cui nel triennio saranno resi disponibili ulteriori elementi informativi desunti da indagini epidemiologiche, dalle schede di morte, pronto soccorso ecc.

2.3. Ambiente e salute: Miglioramento della qualità ambientale come determinante di salute.

L'inserimento in un ambiente di qualità, o comunque il miglioramento della qualità ambientale, determina una sopravvivenza maggiore ed una incidenza minore di patologie cronico-degenerative.

In materia, il *Piano di azione europeo dell'OMS "Ambiente e la salute per il periodo 2004-2010"* ha posto tre obiettivi principali:

- migliorare la catena dell'informazione per comprendere i collegamenti tra le fonti di inquinamento e gli effetti sulla salute (es. sviluppare indicatori e monitoraggio integrati dell'ambiente);
- integrare le attuali conoscenze rafforzando la ricerca ed esaminando le tematiche emergenti relative ad ambiente e salute (es. concentrare la ricerca su malattie ed esposizione);
- riesaminare le politiche e migliorare la comunicazione (es. sviluppare reti dedicate ai determinanti ambientali, migliorare la qualità degli ambienti confinati, come scuole, ospedali, abitazioni).

In linea con questi indirizzi, la politica sanitaria regionale ha promosso *azioni di coordinamento delle diverse politiche ambientali e sanitarie*, che diviene elemento determinante per realizzare una efficace prevenzione ambientale, principalmente tramite il Dipartimento di prevenzione della ASREM e l'Agenzia Regionale per la Protezione Ambientale del Molise (ARPAM) e con il coinvolgimento dei diversi attori della filiera produttiva.

Occorre superare l'attuale situazione di frammentazione degli interventi e l'insufficiente coordinamento tra i singoli enti che determina interventi di scarsa efficacia in termini di prevenzione, creando *una base dati comune* a livello regionale tra i vari enti interessati, da cui derivare specifici *accordi di programma*.

2.4. Contrasto delle principali patologie

La prevenzione delle principali patologie causa di disabilità comprendono: la prevenzione delle malattie cardiovascolari, il piano vaccinale, il diabete, gli screening oncologici (PAP test, mammografia e colon retto), la prevenzione degli incidenti domestici, incidenti stradali, infortuni sul lavoro, il controllo dell'obesità e le recidive di incidenti cardiovascolari.

2.4.1. Prevenzione cardiovascolare, diabete ed obesità comprensiva di interventi, da potenziare, che puntano a migliorare comportamenti e stili di vita (riducendo così i fattori di rischio ed agendo anche nelle prime epoche della vita) e di interventi che mirano a ridurre le complicanze e le recidive. Risulta fondamentale il coinvolgimento dei Medici di Medicina Generale e dei Pediatri di Libera Scelta.



2.4.2. Prevenzione dei tumori. I tumori continuano a rappresentare la seconda causa di morte dopo le malattie cardiovascolari. Una quota considerevole di casi di tumore è potenzialmente prevenibile attraverso interventi di prevenzione primaria. E' ormai noto infatti il ruolo causale di fumo e alcol nella genesi di alcuni tumori, come l'azione protettiva di frutta, verdura, di una dieta povera di grassi e dell'attività motoria o sportiva. Vanno realizzate specifiche azioni di:

Lotta al fumo, con particolare attenzione alle donne e alle fasce giovanili da realizzare coinvolgendo Distretti, Consultori, Istituzioni scolastiche, etc.:

- prevenzione del fumo di sigaretta con azioni mirate per la popolazione adolescente; disassuefazione dal fumo di sigaretta o riduzione del numero di sigarette fumate; controllo del fumo passivo; attivazione/consolidamento della rete dei Centri Antifumo.

Promozione di stili di vita favorevoli alla salute con particolare attenzione alle fasce giovanili, anche adottando uno specifico protocollo d'intesa fra Regione e Direzione Scolastica Regionale e coinvolgimento dei Medici di assistenza primaria, rivolte a:

- cultura del movimento anche ai fini del controllo del peso;
- promozione di comportamenti alimentari protettivi.

Bere il giusto, bere bene : azione per la promozione di un uso moderato di alcol, soprattutto vino (l'OMS indica i limiti di 40 gr/die per gli uomini e di 20 gr/die per le donne come soglia massima consigliata) nell'ambito della valorizzazione delle abitudini tradizionali regionali del bere.

Appoggio e trattamento per la riduzione dell'alcolismo. Il **"bere nuovo"**: azione specifica va creata per le fasce giovanili.

Diagnosi precoce dei tumori

1. consolidamento/miglioramento dello *screening* per il tumore della cervice uterina
2. miglioramento dello *screening* del tumore mammario
3. miglioramento del programma di *screening* del cancro del colon retto
4. garantire una maggior integrazione sul piano della presa in carico tra screening e successivo percorso di approfondimento diagnostico e di terapia con definizione di procedure automatiche di attuazione del sistema di accoglienza per il cittadino risultato positivo allo screening. (con diffusione su tutto il territorio regionale del progetto "Mimosa")



Il primo obiettivo è stata l'estensione dei suddetti programmi di screening a tutta la popolazione regionale. Inoltre, è stata garantita la realizzazione della omogeneità di diffusione degli screening pubblici su tutto il territorio regionale, con un più preciso e responsabile ruolo di coordinamento operativo tra tutte le realtà regionali.

Le suddette attività sono state effettuate in interazione con i Distretti e con gli Ospedali, sia per gli aspetti organizzativi e metodologici (social marketing, convocazione dei soggetti eleggibili,

sollecito dei non rispondenti, call center telefonico, gestione dell'agenda appuntamenti), sia per gli aspetti della comunicazione e della valutazione dell'efficacia degli interventi sanitari.

Costituisce uno strumento importante l'opera di sensibilizzazione e di promozione dei medici di medicina generale sulla prevenzione e sulle attività di screening e sulla diagnosi precoce. Vanno valorizzate e coinvolte le organizzazioni del volontariato su specifiche campagne di diffusione.

2.5. PREVENZIONE DEGLI INCIDENTI DOMESTICI

Principale obiettivo del progetto della regione Molise è stata la costituzione di una banca dati/anagrafe degli incidenti domestici, coinvolgendo i Pronto Soccorso della regione.

Finalmente sono stati inviati dati al progetto nazionale S.I.N.I.A.C.A.

Altro obiettivo è stata la comunicazione e la formazione/educazione sanitaria delle età estreme (anziani ultrasessantacinquenni e bambini con età inferiore a 3 anni), che sono quelle percentualmente più a rischio per tale infortuni.

La Regione perseguirà i suddetti obiettivi nel PRP2010-2012 e li implementerà, anche con una Comunicazione più ampia, tramite radio, TV locali e opuscoli informativi.

2.6. PREVENZIONE DEGLI INCIDENTI STRADALI

Principale obiettivo del progetto della regione Molise è stata la costituzione di una banca dati/anagrafe degli incidenti stradali, coinvolgendo i Pronto Soccorso della regione.

Altro obiettivo è stata quello di avviare strategie di contrasto ai principali fattori di rischio legati al comportamento cercando prioritariamente di sviluppare l'integrazione tra le attività di prevenzione, controllo e repressione attraverso progetti e attività multisettoriali.

Costruire e promuovere la cultura della sicurezza stradale attraverso la diffusione di materiali, la realizzazione di momenti formativi e di campagne informative, realizzare interventi di educazione e prevenzione e controllo coordinati, evitando duplicazioni e utilizzando metodiche di provata efficacia sulla popolazione o in particolari categorie considerate a rischio.

La Regione implementerà tale obiettivo nel PRP 2010-2012, anche con una maggiore visibilità dei risultati a livello regionale, con un maggior coinvolgimento dei mass media regionali per pubblicizzare i risultati e diffondere una miglior cultura della prevenzione su strada.

2.7. VACCINAZIONI

OBBIETTIVO GENERALE:

L'obiettivo del PRP 2005-2007 nel corso di questi anni per l'area vaccinazioni non è mutato rispetto a quello definito nella prima fase del progetto. Le linee operative sono state tre:





1. ANAGRAFE VACCINALE INFORMATIZZATA ;
2. VACCINAZIONE DEI SOGGETTI APPARTENENTI AI GRUPPI VULNERABILI, CATCH-UP MPR, VACCINAZIONE ANTI HPV;
3. MIGLIORAMENTO DELLA QUALITA' DELL'OFFERTA VACCINALE.

OBIETTIVI SPECIFICI:

obiettivo 1: ANAGRAFE VACCINALE INFORMATIZZATA : La linea operativa dell'informatizzazione dell'anagrafe vaccinale è risultata particolarmente complessa per motivi tecnici legati anche alla particolare orografia del Territorio, con piccole comunità di difficile accessibilità. Nell'arco del 2005-2009 si sono avute fasi di rallentamento che hanno portato a modificare la tempistica del cronoprogramma iniziale per il raggiungimento di alcuni traguardi.

Al momento è in corso il completamento della messa a regime del sistema AVI.

obiettivo 2: VACCINAZIONE DEI SOGGETTI APPARTENENTI AI GRUPPI VULNERABILI, CATCH-UP MPR, VACCINAZIONE HPV

Nella Regione Molise nel periodo 2005-2009 l'attività di profilassi vaccinale contro MPR ha registrato rilevanti miglioramenti grazie ad una serie di azioni svolte.

Sono state curate campagne di informazioni alla popolazione sull'offerta del vaccino antipneumococco fino al quinto anno di età e con possibilità di co-somministrazione al vaccino esavalente, (DGR n°344 del 21/03/2006, Linee Guida del Calendario delle vaccinazioni della Regione Molise-2006) che hanno garantito nell'arco di questi anni un incremento del tasso di copertura in queste coorti di età.

Sono state, inoltre, curate campagne di informazioni alla popolazione sull'offerta regionale della vaccinazione antimeningococco C ai soggetti a rischio e nell'età pediatrica. La copertura vaccinale nella coorte 2006 per il meningococco C nello studio ICONA 2008 è risultata pari al 50% complessivamente, e all'8% e al 42% rispettivamente nel primo e nel secondo anno di vita.

Sono state offerte e somministrate le vaccinazioni per le categorie a rischio (es. Epatite B per dializzati), secondo il sopra citato DGR n°344 del 21/03/2006.

A partire dal marzo 2008 è stata deliberata (ex D.G.R. n° 368 dell'08/04/08) l'offerta attiva e gratuita del vaccino anti-HPV alle bambine, residenti o domiciliate nella Regione Molise, nel corso del dodicesimo anno di vita (precisamente: nel 2008: coorte del '97 e nel 2009 coorte del '98) e per il 2008 l'offerta gratuita è stata estesa anche per le tredicenni (coorte del '96). Inoltre, è stato deliberato che presso le strutture dell'ASReM deputate all'erogazione delle vaccinazioni anche le ragazze residenti o domiciliate nel Molise comprese tra i quattordici e i ventisei anni hanno l'opportunità di sottoporsi alla vaccinazione ad un prezzo agevolato. Ottima è stata la *compliance* al

nuovo Programma di vaccinazione, così come è stato evidenziato nell'ultima rilevazione ministeriale al 31/12/2009, dove le coperture medie regionali si riportano nella Tab. 1

Tab.1

coorte	% vaccinata con 1 dose	% vaccinata con 2 dosi	% vaccinata con 3 dosi
'98	63,5%	48,9%	24,8%
'97	81,3%	76,7%	74,3%
'96	69,6%	68,8%	62,0%

Nel 2009 è stata organizzata la Campagna Straordinaria di vaccinazione antinfluenzale AH1N1 con la somministrazione di un elevato numero di dosi di vaccino, ad un gran numero di persone, in un periodo di tempo breve e nel rispetto di priorità di offerta secondo degli *step*.

obiettivo 3: MIGLIORAMENTO DELLA QUALITA' DELL'OFFERTA VACCINALE

Durante il periodo 2005-2009 sono state realizzate specifiche ed efficaci campagne di promozione delle diverse vaccinazioni, in rapporto alle diverse fasce di utenza, che hanno garantito il raggiungimento e il consolidamento per tutte (obbligatorie e raccomandate) dei sopra già indicati livelli di copertura.





2.8. LE CRITICITÀ DELLA PROGRAMMAZIONE REGIONALE

L'assenza, in Regione, di un "osservatorio epidemiologico strutturato", e la raccolta di dati ed informazioni sullo stato di salute della popolazione, spesso frammentaria e disomogenea, rende estremamente problematica la definizione di un quadro epidemiologico fondato su "informazioni valide e base su prove di evidenza".

L'analisi del contesto demografico, tuttavia, comprova inconfutabilmente che la Regione, pur avendo forti analogie con il dato nazionale, mostra una tendenza ad un maggiore invecchiamento, con un peso in crescendo della popolazione anziana che, soprattutto nel prossimo decennio, sarà rappresentate dall'età superiore ai settantacinque anni, cioè da quella fascia d'età che già oggi e più direttamente oggetto di interventi sia di tipo sanitario che socio sanitario e assistenziale.

A conferma di un probabile peggioramento delle condizioni generali di salute, nel 2003 i molisani hanno denunciato, rispetto al totale degli italiani, una maggiore frequenza di malattie acute e croniche come: ipertensione arteriosa (+2.5%), malattie di cuore (+0.8%), bronchite cronica e asma, artrosi e osteoporosi (+2.3%), disturbi nervosi.

Tuttavia, le considerazioni epidemiologiche sviluppate nei precedenti capitoli, ancorché basate su stime, impongono alla regione di adottare nei limiti del possibile, e delle risorse effettivamente disponibili, sia un potenziamento delle iniziative di prevenzione già avviate e/o strutturate, sia l'implementazione di altri interventi preventivi, nei confronti dei principali fattori di rischi, ed educativi.

In tale contesto si inserisce la nuova specifica linea progettuale, rientrante nella macroarea della «Prevenzione universale», avente ad oggetto l'implementazione di un "Sistema di sorveglianza epidemiologica della Regione Molise" (identificativo 2.9.1.; v. pag 77) attraverso una rete costituita da una struttura centrale operante presso la Direzione Generale V della Regione Molise e da cinque strutture periferiche: una presso gli Ambiti ASREM di Campobasso, Termoli e Isernia; le altre presso l'Università Cattolica del Sacro Cuore - sede di Campobasso e presso la NeuroMed di Pozzilli (IS).

Scopo fondamentale del suddetto sistema di sorveglianza è la valorizzazione dei flussi informativi disponibili unitamente ed in rapporto all'analisi dell'offerta, a servizio della programmazione della prevenzione sanitaria.



2.9. IL PIANO REGIONALE DELLA PREVENZIONE PER IL TRIENNIO 2010-2012

2.9.1 Contesto normativo di riferimento

L'Intesa tra Stato, Regioni e Province autonome di Trento e di Bolzano del 29 aprile 2010 (Rep. n. 63/CSR del 29 aprile 2009) ha approvato il Piano Nazionale della Prevenzione relativo al triennio 2010-2012.

Il Piano Nazionale della Prevenzione è parte integrante del Piano Sanitario Nazionale.

Le Regioni si sono impegnate ad adottare, entro il 30 settembre 2010, il Piano regionale di prevenzione per la realizzazione degli interventi previsti dal P.N.P. 2010-2012;

Il Piano regionale deve prevedere:

- a) la continuità delle attività del Piano nazionale della prevenzione 2005 - 2007 e successive proroghe, in termini di completamento degli obiettivi non ancora raggiunti e di consolidamento/estensione di quelli raggiunti;
- b) lo sviluppo di ciascuna delle macroaree individuate dal Piano nazionale della prevenzione ed, all'interno di esse, di un congruo numero di linee di intervento con il coinvolgimento di una quota significativa del target potenziale, fatta salva l'inclusione dell'intervento medesimo nei LEA o in altri atti di pianificazione nazionale o regionale;
- c) la messa a regime delle attività di sorveglianza previste dal Piano nazionale della prevenzione 2010 - 2012, in quanto strumento essenziale di conoscenza ad uso del monitoraggio, della valutazione e della riprogrammazione del Piano.

Il PNP 2010-2012, distingue, come macro-aree di intervento:

1. la medicina predittiva, che si rivolge agli individui sani, ricercando la fragilità o il difetto che conferisce loro una certa predisposizione a sviluppare una malattia;
2. i programmi di prevenzione collettiva che mirano ad affrontare rischi diffusi nella popolazione generale, sia con l'introduzione di politiche favorevoli alla salute, sia con programmi di promozione della salute o di sanità pubblica (come programmi di sorveglianza e controllo delle malattie infettive), sia con interventi rivolti agli ambienti di vita e di lavoro (come controlli nel settore alimentare, delle acque potabili, prevenzione degli infortuni e delle malattie professionali, ecc);
3. i programmi di prevenzione rivolti a gruppi di popolazione a rischio e finalizzati a impedire l'insorgenza di malattie o a diagnosticare precocemente altre malattie, o

ancora a introdurre nella pratica clinica la valutazione del rischio individuale e interventi successivi di counselling o di diagnosi precoce e trattamento clinico;

4. i programmi volti a prevenire complicanze e recidive di malattia e che promuovano il disegno e l'implementazione di percorsi che garantiscano la continuità della presa in carico, attraverso il miglioramento dell'integrazione all'interno dei servizi sanitari e tra questi e i servizi sociali, di fasce di popolazione particolarmente fragili, come anziani, malati cronici, portatori di polipatologie, disabili, ecc.

Il documento operativo per l'attuazione delle «linee di supporto centrali» al Piano nazionale della prevenzione 2010-2012, elaborato sulla base dell'Allegato 2 dell'Intesa 29 aprile 2010, è approvato dal Ministro della Salute sentite le Regioni; al riguardo è necessario evidenziare quanto segue:

- per ogni linea di supporto centrale, il documento operativo esplicita: rationale, livello di responsabilità, attori coinvolti, obiettivo dell'azione, metodologia, indicatori per il monitoraggio dell'attuazione dell'azione, cronoprogramma e budget;
- il Centro nazionale di epidemiologia, sorveglianza e promozione della salute (CNESPS) dell'Istituto Superiore di Sanità, sulla base di un'apposita convenzione stipulata con il Centro nazionale per la prevenzione e il controllo delle malattie (CCM), si è impegnato a fornire il necessario supporto alla progettazione e valutazione dei documenti di piano regionali;
- le modalità di stesura ed adozione dei Piani regionali è disciplinato dal capitolo 6 del Piano nazionale della prevenzione – Allegato 1 Intesa 29 aprile 2010;
- le Regioni sono tenute a trasmettere annualmente alla Direzione operativa del Centro nazionale per la prevenzione e il controllo delle malattie (CCM) idonea documentazione sulle attività svolte, per consentire alla medesima Direzione – con il supporto del Centro nazionale di epidemiologia, sorveglianza e promozione della salute (CNESPS) dell'Istituto Superiore di Sanità - di certificare l'avvenuto raggiungimento degli obiettivi previsti dai Piani regionali;
- solo in seguito a valutazione positiva degli stati di avanzamento raggiunti, le Regioni accedono alle somme vincolate al raggiungimento degli obiettivi di piano di cui all'art. 1, comma 4 dell'Intesa;
- i criteri generali per la valutazione e la certificazione dei Piani regionali sono indicati nell'Allegato 3 dell'Intesa 29 aprile 2010.



L'Intesa 29 aprile 2010 conferma, con riferimento agli anni 2010/2012, ai fini della completa attuazione del Piano nazionale della prevenzione, come previsto dall'articolo 4 dell'Intesa del 23 marzo 2005, la destinazione di 200 milioni di euro, oltre alle risorse previste dagli accordi per la realizzazione degli obiettivi del Piano sanitario nazionale, ai sensi dell'art. 1, comma 34 della L 27 dicembre 1996, n. 662, e successive integrazioni. Tali somme sono finalizzate a sostenere il raggiungimento degli obiettivi del Piano nazionale della prevenzione 2010-2012, lo sviluppo dei sistemi di sorveglianza e l'armonizzazione delle attività di prevenzione negli ambiti territoriali;

Il comma 1-quater dell'art. 79 del 25 giugno 2008, n. 112, inserito dalla legge di conversione 6 agosto 2008, n. 133, che ha sostituito l'originario comma 1 con gli attuali commi 1, 1-bis, 1-ter, 1-quater, 1-quinquies, 1-sexies e 1-septies, ha novellato ed integrato l'articolo 1, comma 34-bis, della legge 23 dicembre 1996, n. 662 stabilendo che per il perseguimento degli obiettivi di carattere prioritario e di rilievo nazionale indicati nel Piano sanitario nazionale le regioni elaborano specifici progetti sulla scorta di linee guida proposte dal Ministro del lavoro, della salute e delle politiche sociali ed approvate con Accordo in sede di Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano. La Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, su proposta del Ministro della sanità, individua i progetti ammessi a finanziamento utilizzando le quote a tal fine vincolate del Fondo sanitario nazionale ai sensi del comma 34. La predetta modalità di ammissione al finanziamento è valida per le linee progettuali attuative del Piano sanitario nazionale fino all'anno 2008. A decorrere dall'anno 2009, il Comitato interministeriale per la programmazione economica (CIPE), su proposta del Ministro del lavoro, della salute e delle politiche sociali, d'intesa con la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, provvede a ripartire tra le regioni le medesime quote vincolate all'atto dell'adozione della propria delibera di ripartizione delle somme spettanti alle regioni a titolo di finanziamento della quota indistinta di Fondo sanitario nazionale di parte corrente. Al fine di agevolare le regioni nell'attuazione dei progetti di cui al comma 34, il Ministero dell'economia e delle finanze provvede ad erogare, a titolo di acconto, il 70 per cento dell'importo complessivo annuo spettante a ciascuna regione, mentre l'erogazione del restante 30 per cento è subordinata all'approvazione da parte della Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, su proposta del Ministro del lavoro, della salute e delle politiche sociali, dei progetti presentati dalle regioni, comprensivi di una relazione illustrativa dei risultati raggiunti nell'anno precedente. Le mancate presentazione ed approvazione dei progetti comportano, nell'anno di riferimento, la mancata erogazione della quota residua del 30 per cento ed il recupero, anche a



carico delle somme a qualsiasi titolo spettanti nell'anno successivo, dell'anticipazione del 70 per cento già erogata».

Il coordinamento dell'attuazione del Piano Nazionale della Prevenzione è affidato al Ministero della salute, Direzione generale della prevenzione sanitaria mentre il Coordinatore operativo di ciascun Piano regionale è individuato - con atto formale della Regione - entro trenta giorni dalla stipula della suddetta Intesa: la Regione Molise con Decreto n. 35 del 28.06.2010 del Presidente della Regione Molise in qualità di Commissario "ad acta" per l'attuazione del Piano di rientro dai disavanzi del settore sanitario (Delibera del Consiglio dei Ministri 28.07.2009) , pubblicato sul B.U.R. Molise n. 27 - Parte II - Suppl. Ord. del 16.09.2010, ha individuato quale proprio Coordinatore di Piano la dott.ssa Lina Adelina D'Alo' e ha stabilito, nella misura del quattro per cento, le risorse di Piano da destinare all'attività di interfaccia con il Ministero della Salute - CCM ai fini, sia della valutazione metodologica e contenutistica (ex ante) dei documenti di progetto, propedeutica alla esecuzione del Piano regionale, sia della valutazione certificativa che esita nella certificazione annuale del Piano, cui è vincolata la destinazione, per ogni anno di certificazione, delle somme premianti di cui all'articolo 1, comma 4, dell'Intesa 29 aprile 2010.

Con determinazione direttoriale n. 191 del 26.11.2010 è stata istituita, presso l'Assessorato alle Politiche per la salute, la Struttura di staff del Coordinatore di Piano.

Con Intesa tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano del 7 ottobre 2010, recante modifiche all'intesa 29 aprile 2010 concernente il Piano nazionale per la prevenzione per gli anni 2010-2012 - Rep. Atti n. 166/CSR, il termine per l'adozione il Piano regionale di prevenzione per la realizzazione degli interventi previsti dal P.N.P. 2010-2012, originariamente fissato al 30 settembre 2010, è stato posticipato alla data del 31.12.2010.

2.9.2. Le prioritá del PRP 2010-2012

La regione Molise, grazie al PRP 2005-2007 (continuato anche nel biennio 2008-2009) ha avuto l'opportunità di espletare le principali linee di prevenzione: essendo nel Molise presente dal 1° gennaio 2006 un'unica ASL, è stato possibile offrire la prevenzione a tutta la popolazione molisana, facendo affidamento a singoli comitati di coordinamento e nuclei operativi diffusi a livello regionale.



Per una migliore gestione e coordinamento del piano, è intenzione della Regione dotarsi di un Osservatorio epidemiologico regionale, che avvalendosi delle principali referenti per materia, potrà verificare realmente i progressi della prevenzione con ricadute sugli indicatori sanitari.

Le linee progettuali del precedente PRP saranno regolarmente continuate nel prossimo triennio, pur se re ingegnerizzate e strutturate in modo da aver la massima copertura di popolazione, fino all'ideale 100% o al raggiungimento di obiettivi generali prefissati.

Obiettivo della Regione è quello di istituzionalizzare il precedente PRP.

In tale ottica, pur in considerazione delle risorse economiche e tenendo conto del piano di rientro, saranno perseguiti anche altri obiettivi di prevenzione, previsti nel nuovo PNP 2010-2012.



Tradizionalmente la prevenzione è stata suddivisa nelle seguenti componenti:

1. Prevenzione primaria, che si rivolge a tutta la popolazione ed ha come obiettivo il controllo dei determinanti di malattia (**MACROAREA PREVENZIONE UNIVERSALE**);
2. Medicina predittiva, che tendenzialmente si rivolge a tutta la popolazione ed ha come obiettivo la valutazione del rischio di insorgenza di una patologia (**MACROAREA MEDICINA PREDITTIVA**);
3. Prevenzione secondaria, che si rivolge alla sola popolazione a rischio ed ha come obiettivo la massima anticipazione diagnostica di una patologia (**MACROAREA PREVENZIONE DELLA POPOLAZIONE A RISCHIO**);
4. Prevenzione terziaria, che si rivolge alla sola popolazione malata ed ha come obiettivo la riduzione dell'impatto negativo di una patologia, ripristinando le funzioni, riducendo le complicazioni e le probabilità di recidive (**MACROAREA PREVENZIONE DELLE COMPLICANZE E DELLE RECIDIVE DI MALATTIA**).

Nel quadro di riferimento regionale, sono già desumibili le indicazioni alle priorità di azione per la prevenzione nel Molise.

La natalità è tra le più basse in Italia. Nascono in Molise circa 2500 bambini/e ogni anno. E' utile eseguire determinati esami per poter individuare eventuali disabilità nel periodo prenatale, per cui vengono presentati progetti per la prevenzione della sindrome di Down (transluminiscenza nucale e

test sequenziale). Inoltre per quanto riguarda i ragazzi, dopo l'abolizione dell'obbligatorietà del servizio militare e di conseguenza della visita medica di leva, i problemi relativi alla sfera genitale maschile possono rimanere indagnosticati. Verrà attivato un servizio di screening nelle scuole medie per quanto riguarda il varicocele, elemento importante per la sterilità maschile.

Il Molise ha il tasso di ospedalizzazione tra i più alti in Italia; inoltre la percentuale di anziani è anch'esso tra i primi in Italia. Pertanto verrà continuato il progetto di prevenzione delle infezioni correlate all'assistenza sanitaria, già iniziato a suo tempo con la regione capofila Emilia-Romagna (INF.OSS).

La diagnosi di AIDS è soggetta a denuncia: il relativo registro è presso l'ISS. Dal 2009 è compito delle Regioni attivare un sistema di sorveglianza della malattia da HIV. A livello popolare è presente un abbassamento di guardia verso tale malattia, per cui diminuendo le nuove infezioni a causa della tossicodipendenza (non più endovena con l'eroina, ma per altre vie grazie alla cocaina e alle sostanze amfetaminosimili), stanno aumentando quelle a causa di trasmissione sessuale. Pertanto è importante portare nelle scuole superiori del Molise informazione/educazione sanitaria (che aiuterà anche verso altre MTS e a sensibilizzare per eventuale vaccinazione per HPV). Inoltre come ambiente di vita collettiva vengono scelte le carceri (la cui assistenza sanitaria è transitata dal Ministero della Giustizia al SSR dal 14.06.2008) sono uno specifico target per la diffusione di informazioni/educazione sanitaria: sono tre in tutto il Molise e l'obiettivo è la copertura del 100%.

Già dalle tabelle di mortalità si evince che tra le prime quattro cause, si hanno, oltre alle malattie cardiovascolari, anche un'alta percentuale di malattie respiratorie croniche e di cause vascolo cerebrali. Pertanto è importante eseguire progetti di prevenzione in tale direzione, sia quindi per le malattie respiratorie croniche che per le malattie neurologiche (in specifico l'ictus cerebrali).

Sempre ritornando alla natalità nel Molise, mancano strutture di supporto alle partorienti: un problema sottostimato è la depressione post-partum: verso questo problema verrà attivato un progetto regionale di prevenzione.

Le priorità individuate dalla regione Molise sono quindi individuate in:

1. Continuazione delle linee progettuali già delineate dal precedente PRP 2005-2007:

MACROAREA PREVENZIONE UNIVERSALE:

- prevenzione degli eventi infortunistici in ambito stradale - punto 2.1



- prevenzione degli eventi infortunistici in ambito lavorativo e delle patologie lavoro-correlate (con specifica progettazione per l'edilizia e l'agricoltura - punto 2.2
- prevenzione degli eventi infortunistici in ambito domestico - punto 2.3
- prevenzione delle malattie suscettibili di vaccinazione - punto 2.4
- controllo delle intossicazioni alimentari (programma di sorveglianza "Occhio alla salute")
- prevenzione dell'obesità

MACROAREA MEDICINA PREDITTIVA

- valutazione del rischio individuale di malattia (utilizzo della carta del rischio cardiovascolare) - punto 1.1

MACROAREA DELLA POPOLAZIONE A RISCHIO

- tumori e screening (cervice uterina, colon-retto e mammella) - punto 3.1
- malattie cardiovascolari (prevenzione delle recidive) - punto 3.2
- diabete - punto 3.4

Le nuove progettazioni riguarderanno invece:

MACROAREA MEDICINA PREDITTIVA

- trans luminescenza nucale;
- screening del varicocele:

MACROAREA PRECAUZIONE UNIVERSALE

- prevenzione delle infezioni correlate all'assistenza sanitaria





- prevenzione delle malattie a trasmissione sessuale con specifico riguardo all'HIV
- contrasto al tabagismo.

MACROAREA PREVENZIONE DELLA POPOLAZIONE A RISCHIO

- prevenzione della malattie respiratorie croniche;
- prevenzione dei disturbi psichiatrici (depressione post-partum);
- prevenzione delle malattie neurologiche (ictus cerebri);
- prevenzione della cecità (neonatale);
- prevenzione delle ipoacusie e sordità (neonatale).

Inoltre tramite la continuazione e la reingegnerizzazione dei programmi "GUADAGNARE SALUTE" e "PASSI D'ARGENTO", si raggiungeranno obiettivi ricadenti soprattutto sulla **MACROAREA PREVENZIONE DELLE COMPLICANZE E DELLE RECIDIVE DI MALATTIA**, tramite percorsi di presa in carico e sorveglianza delle disabilità e della non autosufficienza.

Con riferimento più specifico alla quarta Macroarea: **MACROAREA PREVENZIONE DELLE COMPLICANZE E DELLE RECIDIVE DI MALATTIA** verranno implementati i seguenti interventi:

- prevenzione e sorveglianza della disabilità e della non autosufficienza ;
- promozione dell'attività fisica per invecchiare in salute.

Quanto ai singoli interventi, si rinvia più diffusamente al capitolo 3.



2.10. PREVENZIONE IN AGRICOLTURA: CONTESTO MOLISANO E AZIONI PER IL TRIENNIO 2010-2012.

Il territorio del Molise è diviso quasi equamente tra zone di montagna che occupano il 55,3% del territorio e zone collinari per il restante 44,7% del territorio; tali caratteristiche orografiche influenzano fortemente l'attività agricola regionale riguardo sia al tipo e che alle modalità delle coltivazioni.

L'agricoltura in Molise soffre rilevanti problemi legati alla morfologia del territorio, al tipo di colture praticate e alla parcellizzazione delle aziende, che si presentano, nella pluralità dei casi, come microaziende a conduzione diretta o familiare; tali aziende spesso non hanno degli obiettivi produttivi legati alle potenzialità del mercato e della natura del territorio in cui sono operano.

Nella regione Molise l'agricoltura rispetto ad altre regioni ha un incidenza maggiore in termini di PIL e di occupazione: l'agricoltura incide sul PIL regionale nella misura dell'8% rispetto al 3% nazionale, e gli occupati in agricoltura risultano essere il 12% rispetto al 3% che si rileva su base nazionale.

Aziende per classe di giornate di lavoro aziendale (2007) n. aziende			
	Fino a 300 giornate di lavoro	Oltre 300 giornate di lavoro	Totale
Molise	19.983	3.527	23.510
Italia	1.416.622	262.818	1.679.440

Coltivazioni agricole 2007						
	Seminativi		Coltivazioni legnose agrarie		Prati permanenti e pascoli	
	n. aziende	Ettari	n. aziende	ettari	n. aziende	ettari
Molise	19.779	140.890	18.264	21.677	4.003	37.690
Italia	1.111.204	6.969.257	1.178.228	2.323.184	351.677	3.451.756

Coltivazioni agricole 2007				
	Arboricoltura		Boschi	
	n. aziende	ettari	n. aziende	ettari
Molise	372	2.757	9.452	42.927
Italia	34.781	121.420	371.427	3.692.223

Aziende con allevamenti (2007) -n. aziende-									
	bovini	bufalini	Ovini	caprini	equini	suini	avicoli	Conigli	struzzi
Molise	2.976	11	2510	610	534	3.943	129	60	0
Italia	145.282	2.685	75.383	33.420	34.146	100.952	75.280	30.209	871

Aziende con allevamenti (2007) -n. capi-									
	bovini	bufalini	Ovini	caprini	equini	suini	avicoli	Conigli	struzzi
Molise	50.377	673	91.613	5.577	1.773	35.938	4.064.949	7.143	0
Italia	6.080.762	283.593	6.790.053	936.843	156.610	9.040.247	157.227.881	9.155.889	12.071

Distribuzione per uso agricolo dei fertilizzanti (2006) in quintali				
	Concimi	ammendanti	correttivi	Totale fertilizzanti
Molise	401.518	5.104	12	406.673
Italia	38.935.854	10.730.746	554.988	50.258.447

Distribuzione dei prodotti fitosanitari (2006) in chilogrammi						
	fungicidi	insetticidi acaricidi	erbicidi	vari	biologici	Totale
Molise	292.888	157.235	120.633	51.572	1.935	624.263
Italia	75.891.005	27.036.332	26.541.731	19.182.355	344.318	148.995.741

Infortuni sul lavoro avvenuti nel periodo 2005 – 2007 e denunciati ad INAIL Gestione agricoltura						
Anno	Totale infortuni			Infortuni mortali		
	2005	2006	2007	2005	2006	2007
Molise	991	921	730	2	3	3
Italia	66.467	63.083	57.155	141	124	98

Infortuni sul lavoro avvenuti nell'anno 2006 e indennizzati al 30/4/2008				
Anno	Infortuni totali		Infortuni mortali	
	denunciati	indennizzati	denunciati	indennizzati
Molise	991	741	3	3
Italia	63.083	51.137	124	121

Malattie professionali manifestatesi nel periodo 2003 – 2007 riconosciute al 30/4/2008					
Anno	2003	2004	2005	2006	2007
Molise	1	1			2
Italia	334	342	464	512	406



Tra gli obiettivi da raggiungere, in armonia con quelli stabiliti dal PNPAS per il triennio 2009-2011 e alla luce delle evidenze epidemiologiche acquisite, appaiono prioritari i seguenti:

► Attivazione di una campagna di formazione e informazione riguardo ai rischi più gravi, segnatamente quelli derivanti dall'uso dei mezzi agricoli, ed in particolare il rischio ribaltamento: tale azione dovrebbe rivolgersi non solo agli imprenditori agricoli con dipendenti, ma anche e soprattutto i coltivatori diretti, categoria per la quali gli indici infortunistici raggiungono livelli allarmanti. Per mettere in atto tale azione occorre la sinergia tra varie istituzioni pubbliche e private, ovvero dall'Asrem (Azienda sanitaria unica regionale), alla Regione, ma soprattutto l'INAIL e le associazioni di categoria, di settore e i sindacati. Poiché la tipologia di azienda agricola molisana prevalente è la microazienda a conduzione familiare, nei cui confronti è sostanzialmente inapplicabile la vigilanza tradizionale, appare fondamentale imperniare il progetto sulla informazione e, in particolare, riguardo l'uso in sicurezza dei mezzi meccanici, trattori e piccoli mezzi, motocoltivatori, motozappa ecc.; allo scopo sarà utilmente impiegato anche il bagaglio di conoscenze sviluppato dal gruppo regionale infortuni mortali/gravi.

► Promozione di campagne di adeguamento delle attrezzature di lavoro ai requisiti del D. Lgv. 81/2008, attraverso incentivi o campagne di rottamazione di mezzi agricoli obsoleti.

► Avvio di una politica di controllo ispettivo capillare da parte dell'Asrem, per il tramite degli SPSAL, con finalità precipuamente informative e secondariamente repressive, per agevolare la cultura del lavoro in sicurezza in armonia con le norme del sopra citato T.U. del 2008, al fine di consentire il raggiungimento, in ambito intraregionale, degli obiettivi in termini di aziende controllate indicate dal PNPAS 2009-2011.



2.11. LA PREVENZIONE IN MOLISE NEL PERIODO 2005-2009. GIUDIZIO DI SINTESI.

Gli esiti della valutazione ministeriale di cui agli articoli 4-1e) e 12) dell'Intesa Stato Regioni del 23 marzo 2005, dell'Intesa Stato Regioni del 20 marzo 2008, dell'Accordo Stato Regioni del 25 marzo 2009 per la realizzazione degli obiettivi prioritari di Piano, hanno sempre confermato il pieno rispetto, da parte della Regione Molise, degli adempimenti previsti dal Piano nazionale della prevenzione per ciascuno degli anni compresi nel periodo 2005-2009.

Si riporta di seguito il giudizio di sintesi espresso dal Ministero della Salute – CCM ai fini della certificazione, per la regione Molise, degli adempimenti previsti dal P.N.P.

Per l'ANNO 2005, il Ministero ha certificato esclusivamente l'avvenuta corretta predisposizione ed organizzazione del piano regionale di prevenzione secondo delle linee progettuali indicate a livello nazionale.

ANNO 2006

REGIONE MOLISE											
VALUTAZIONE DELLO STATO DI AVANZAMENTO AL 31 DICEMBRE 2006 VALORI DI I.A.P.	Carta del rischio cardiovascolare	Recidive accidenti cardiovascolari	diabete	obesità	vaccinazioni	Incidenti domestici	Incidenti stradali	Infortuni lavoro	Screening Cervice uterina	Screening Colon retto	Screening mammella
	100%	91%	100%	84%	92%	100%	100%	29%	69%	0%	98%
											I.A.P. MEDIO: 78%

ANNO 2007

REGIONE MOLISE											
VALUTAZIONE DELLO STATO DI AVANZAMENTO AL 31 DICEMBRE 2007 VALORI DI I.A.P.	Carta del rischio cardiovascolare	Recidive accidenti cardiovascolari	diabete	obesità	vaccinazioni	Incidenti domestici	Incidenti stradali	Infortuni lavoro	Screening Cervice uterina	Screening Colon retto	Screening mammella
	90%	46%	95%	96%	55%	55%	69%	100%	46%	100%	95%
											I.A.P. MEDIO: 77%



ANNO 2008



REGIONE MOLISE

VALUTAZIONE DELLO STATO DI AVANZAMENTO AL 31 DICEMBRE 2008 VALORI DI I.A.P.	Carta del rischio cardiovascolare	Recidive accidenti cardiovascolari	diabete	obesità	vaccinazioni	Incidenti domestici	Incidenti stradali	Infortuni lavoro	Screening Cervice uterina	Screening Colon retto	Screening mammella
	100%	100%	86%	100%	80%	96%	88%	100%	92%	65%	67%

I.A.P. MEDIO: 89%

ANNO 2009

REGIONE MOLISE

VALUTAZIONE DELLO STATO DI AVANZAMENTO AL 31 DICEMBRE 2008 VALORI DI I.A.P.	Carta del rischio cardiovascolare	Recidive accidenti cardiovascolari	diabete	obesità	vaccinazioni	Incidenti domestici	Incidenti stradali	Infortuni lavoro	Screening Cervice uterina	Screening Colon retto	Screening mammella
	100%	100%	81%	100%	93%	95%	100%	88%	73%	63%	58%

I.A.P. MEDIO: 86%



Capitolo 3.

Il Piano Operativo: Le quattro Macroaree e le linee d'intervento del Piano della Prevenzione 2010-2012.



1) Regione MOLISE	
2) PROGETTO: CUORE – APPLICAZIONE DELLA CARTA DEL RISCHIO CARDIOVASCOLARE	
3) Linea di intervento generale 1.1	
4) Identificativo del progetto 1.1.1	
5) Descrizione dell'intervento programmato:	

L'intesa Stato-Regioni del 23 marzo 2005 ha previsto nell'ambito del Piano Nazionale della Prevenzione 2005-2007 l'obiettivo di diffondere la carta del rischio cardiovascolare, per iniziare programmi mirati di prevenzione attiva cardiovascolare.

La carta del rischio va intesa come uno strumento valido per la definizione del rischio cardiovascolare, poiché consente di conoscere e poter comunicare alle persone la probabilità di andare incontro, nei successivi 10 anni, ad un accidente cardiovascolare in base alla presenza di fattori di rischio. La consapevolezza dell'aumento del rischio consente di individuare le persone a cui consigliare modifiche dei comportamenti: anche chi non è ad alto rischio, può giovare di un cambiamento degli stili di vita (movimento, fumo di sigaretta, abitudini alimentari).

Tale carta del rischio per la popolazione italiana è stata elaborata dall'Istituto Superiore di Sanità. La regione Molise ha adottato il progetto nel proprio PRP 200-2007, continuato nel biennio 2008-2009 e intende inserirlo nel PRP 2010-2012.

CONTESTO EPIDEMIOLOGICO

Le malattie cardiovascolari costituiscono in Italia la principale causa di morbilità e mortalità. In Molise le malattie del sistema circolatorio costituiscono la prima causa di morte ed i tassi standardizzati di mortalità superano quelli medi italiani.

Causa	Molise	Italia
Malattie del sistema circolatorio	517,8	426,9
Tumori	239,0	275,0
Disturbi psichici e malattie del SNC	35,6	38,8
Malattie infettive e parassitarie	5,2	6,2
Malattie dell'apparato respiratorio	66,4	67,8
Malattie dell'apparato digerente	65,1	44,5
Altre malattie	75,2	65,5
Stati morbosi mal definiti	13,4	13,0
Traumatismi e avvelenamenti	60,3	46,9
totale	1078,0	984,7

Tassi di mortalità per causa per 100.000 abitanti

La mortalità per malattie cardiovascolari occupa in Italia il primo posto: il 44% di tutte le morti sono dovute a malattie del sistema cardiocircolatorio.

Considerando gli anni potenziali di vita persi, cioè gli anni che ciascuna persona avrebbe potuto vivere in più secondo l'attuale speranza di vita media, le malattie cardiovascolari tolgono ogni anno circa 300 mila anni di vita alle persone di età inferiore a 65 anni (*Pessina G. per il Gruppo Italiano Burden of Disease*).

La mortalità per le malattie ischemiche del cuore è maggiore negli uomini rispetto alle donne. In Italia è in corso a partire dalla metà degli anni '70, una lenta e graduale diminuzione di queste malattie. La differenza fra Nord e Centro-Sud, evidente negli anni '70 si è ridotta, in particolare



negli uomini.

La mortalità per gli accidenti cerebrovascolari è maggiore negli uomini rispetto alle donne, ed è in lenta e progressiva diminuzione.

Nelle donne gli accidenti cerebrovascolari sono maggiori al Sud, tanto che in questa area hanno recentemente scavalcato la mortalità degli uomini al Nord..

IMPIANTO PROGETTUALE

Nella prevenzione primaria individuale è obiettivo fondamentale identificare le persone a rischio elevato di malattie cardiovascolari: è la premessa necessaria per attivare azioni utili a ridurre i fattori di rischio modificabili, azioni che comprendono sia l'invito a cambiare lo stile di vita sia l'intervento farmacologico.

Per poter individuare le persone ad alto rischio di malattie cardiovascolari, va adottata la valutazione del rischio globale assoluto, che considera valori di più fattori di rischio per predire la possibilità di andare incontro a malattia nel corso dei successivi 10 anni. Le linee di guida internazionali sono inoltre concordi nel sostenere la validità del calcolo del rischio globale assoluto come momento decisionale nell'iniziare una terapia farmacologica e nel guidare l'aggressività del trattamento.

L'uso del rischio globale assoluto ha molteplici vantaggi:

- offre diverse opzioni di trattamento degli individui a rischio aumentato;
- fornisce criterio oggettivo e preciso per la valutazione del paziente da parte del medico;
- rende più affidabili le valutazioni del rapporto costo/beneficio;
- consente di identificare persone che normalmente non avrebbero avuto coscienza della futura malattia.

La carta del rischio fa riferimento ad un sistema grafico già fornito ai medici italiani dal bollettino di informazione sui farmaci dell'Agenzia Italiana del Farmaco (AIFA). Diverse colorazioni identificano il rischio di ammalarsi nei successivi anni, focalizzandosi su alcuni semplici fattori di rischio. E' possibile utilizzare un algoritmo informatizzato, gratuitamente scaricabile dal sito del PROGETTO CUORE (www.cuore.iss.it), che ingloba nel calcolo ulteriori due fattori di rischio. E' pertanto possibile identificare una persona ad alto rischio con le seguenti informazioni:

- età
- pressione arteriosa
- colesterolemia totale
- abitudine al fumo di sigaretta
- diabete mellito
- colesterolo HDL
- terapia anti-ipertensiva.

I soggetti tra 35 e 69 anni, che non abbiano avuto in precedenza un evento cardiovascolare (da escludere donne in gravidanza) pertanto verranno classificati in base alla carta del rischio o al punteggio individuale, in tre categorie:

- basso rischio cardiovascolare globale assoluto a 10 anni: < 3%. I soggetti in tale categoria vanno incoraggiati a mantenere il loro stile di vita;
- Rischio da controllare tramite modifica dello stile di vita: rischio cardiovascolare globale assoluto fra valori superiori al 3% ed inferiori al 20% a 10 anni.

Rischio elevato: rischio cardiovascolare globale assoluto uguale o superiore a 20%. Tali persone devono modificare il proprio stile di vita ed eventualmente vanno valutati per un trattamento farmacologico.



Chiaramente è fondamentale l'informatizzazione dei Medici di Medicina Generale e il loro frequente ricorso all'associazionismo che consente di sperimentare nuove forme di prevenzione primaria personalizzata.

L'intervento di prevenzione primaria per le malattie cardiovascolari vedrà il coinvolgimento di tutta la popolazione regionale, attraverso la collaborazione dei MMG, medici specialisti cardiologi e medici ospedalieri cardiologi e altri operatori medici che rivolgeranno la loro attività di prevenzione verso gli utenti di età compresa tra 35 e 69 anni, utilizzando il programma Cuore.exe dell'Istituto Superiore della Sanità.

Criticità sono imputabili alla forma mentis dei medici che sono poco formati alla prevenzione di lungo periodo, alla nuova impostazione di un valido coordinamento e supporto, alla stessa popolazione poco incline a cambiare stili di vita e a comprendere la validità e la predizione di un programma informatico. La comunicazione istituzionale va intesa non come mero trasferimento e diffusione di conoscenze da un ambito ristretto e specialistico ad un contesto di massa popolare, ma è necessario che i messaggi vengano rielaborati, trasformati ed adattati e che quanti propongono il messaggio stesso comprendano le diverse specialità socio-culturali presenti nella massa.

6) **Beneficiari:** soggetti tra 35 e 69 anni, che non abbiano avuto in precedenza un evento cardiovascolare (da escludere donne in gravidanza)

7) **Obiettivi di salute (e/o obiettivi di processo perseguiti):** Il progetto cuore ha come motivazioni la corretta identificazione di individui ad alto rischio di malattie cardiovascolari e l'implementazione di azioni che possano modificare lo stile di vita.

Indicatori	Fonte di verifica	Valore dell'indicatore al 31 dicembre 2010	Valore dell'indicatore al 31 dicembre 2011		Valore dell'indicatore al 31 dicembre 2012	
			Atteso	Osservato	Atteso	Osservato
Percentuale di soggetti valutati	ISS	30%	45%		60%	
Percentuale di MMG aderenti al progetto	ISS	25/	30		40%	



1) **Regione MOLISE**

2) **PROGETTO:** Prevenzione delle Malattie dell'apparato uro-genitale maschile: varicocele

3) **Linea di intervento generale 1.1.**

4) **Identificativo del programma 1.1.2**

5) **Descrizione dell'intervento programmato:**

PREMESSA

Lo screening andrologico ha come obiettivi la individuazione precoce di anomalie a livello dell'apparato genitale maschile esterno, che sono in grado di influenzare negativamente la sfera sessuale e/o determinare una riduzione della fertilità nell'età adulta. La individuazione precoce di queste anomalie permette inoltre di prevenire disturbi psicologici spesso collegati a tali problemi.

Il varicocele è una patologia caratterizzata dalla comparsa di varici del plesso pampiniforme e rappresenta la prima causa di infertilità nel maschio. L'incidenza media del varicocele nella pubertà è ragionevolmente vicina al 16 %

della popolazione maschile. Costante è il riscontro di una localizzazione prevalente a sinistra, spesso con una compromissione volumetrica della stessa gonade.

Un significativo ruolo epidemiologico, informativo, diagnostico e terapeutico veniva svolto dalla Sanità Militare Interforze durante la visita militare di leva, la quale veniva ad essere la prima visita medica di controllo in ambito uro-genitale dopo il periodo puberale. Con l'abrogazione del Servizio obbligatorio di leva questo importantissimo filtro viene a mancare.

La Legge 19 Febbraio 2004, n. 40 avente per oggetto "Norme in materia di procreazione medicalmente assistita" e il documento del Ministero della Salute "*VERSO UN PIANO DI AZIONI per la promozione e la tutela della salute delle donne e dei bambini*" prevedono da parte dei servizi territoriali un ruolo strategico nella prevenzione andrologica e salute riproduttiva maschile.

La collaborazione tra la Pediatria di Comunità e l'ambulatorio di andrologia della U.O. di Urologia, ha permesso, a partire dall'anno scolastico 2003-2004, di effettuare uno screening per la ricerca delle malformazioni dell'apparato genitale esterno maschile, varicocele in particolare, sui ragazzi di 13-14 anni frequentanti la terza media.

La risposta è stata ottima sia da parte dei ragazzi, che dei genitori e delle autorità scolastiche.

I nostri risultati sono sovrapponibili a quelli di molti altri autori e ci confermano che la quasi totalità dei ragazzi non era a conoscenza del problema di cui era portatore.

Lo screening è stato effettuato finora su parte della popolazione scolastica di alcuni Comuni della provincia di Campobasso (che rappresenta poco meno del 40% della popolazione scolastica molisana): con questo progetto si intende allargare lo screening a tutti i ragazzi molisani.

CONTESTO EPIDEMIOLOGICO

Nel Molise nel corrente anno scolastico è presente una popolazione scolastica di 3257 alunni di cui circa 1600 di sesso maschile. E' presumibile un numero di circa 260 ragazzi affetti da varicocele. La popolazione scolastica è divisa su Comuni di cui circa la metà con una sola sezione e situati in piccoli centri in collina o montagna.

Si riportano i dati rilevati nei precedenti anni (su parte delle scuole secondarie di I grado della provincia di Campobasso):



	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Alunni di terza media visitati	419	538	596	506	557	530	495
	63%	73%	83%	73%	83%	78%	86%
Diagnosi positiva con eco-doppler	89	75	91	68	88	74	66
	21%	14%	15%	13%	15%	14%	13%
Altre patologie urologiche rilevate	8	35	37	4	18	13	7

IMPIANTO PROGETTUALE

L'intervento progettuale verrà svolto nel modo seguente:

- verranno contattati telefonicamente e per iscritto tutti gli istituti scolastici (scuola secondaria di I grado) per stilare il calendario delle visite;
- un medico con esperienza nella comunicazione si recherà nelle varie classi per illustrare il progetto e consegnare una lettera per i genitori. Tale lettera illustra brevemente il progetto, richiede la firma per l'autorizzazione e uno o più numeri di telefono; il giorno stabilito presso l'ambulatorio della scuola verrà effettuata la visita, un ragazzo per volta e senza comunicare loro il risultato della stessa. Entro le 48 ore i genitori dei ragazzi con patologia verranno avvisati;
- ai ragazzi trovati positivi allo screening verrà programmata una seduta dedicata dove un medico urologo effettuerà un esame ecocolordoppler per una diagnosi confermativa e stabilire il livello;
- ai ragazzi bisognosi di intervento verrà prospettata la possibilità di un intervento chirurgico programmato attraverso un canale preferenziale;
- al termine verranno effettuate tutte le statistiche e stilata una mappa particolareggiata della situazione nella regione Molise.

6) Beneficiari: studenti maschi della scuola secondaria di I grado della regione Molise.

7) Obiettivi di salute (e/o obiettivi di processo perseguiti):

identificazione di individui ad alto rischio di sterilità a causa di varicocele e l'implementazione di azioni che possano confermare e poi indirizzare il soggetto alla terapia (chirurgica) risolutiva.

Indicatori	Fonte di verifica	Valore dell'indicatore al 31 dicembre 2010	Valore dell'indicatore al 31 dicembre 2011		Valore dell'indicatore al 31 dicembre 2012	
			Atteso	Osservato	Atteso	Osservato
Numero di scuole coinvolte	Attestato dell'Assessorato alla Sanità e dell'Ufficio scolastico regionale	5%	50%		100%	
Numero report semestrali	Attestato dell'Assessorato alla Sanità con invio anche all'ISS	0	2		2	



1) **Regione: MOLISE**

2) **PROGETTO:** Aumento della translucenza fetale come marker per l'identificazione dei casi a rischio di aneuploidie fetali nella popolazione del Molise.

3) **Linea di intervento generale:** 1.1

4) **Identificativo del programma:** 1.1.2

5) **Descrizione dell'intervento programmato:**

L'aumento della translucenza nucale è correlato ad un aumento del rischio dei feti con aneuploidie. Lo screening ha l'obiettivo di valutare la sensibilità dello spessore della translucenza nucale per le aneuploidie fetali.

La Sindrome di Down, aumenta all'aumentare dell'età gestazionale, scegliendo come cut-off i 35 anni per discriminare la popolazione a basso rischio da quella a rischio più elevato. Tale criterio si è dimostrato utile fino alla metà degli anni '90, quando la realizzazione di ecografi a sempre maggior risoluzione hanno reso il criterio di selezione mediante la sola età materna del tutto anacronistico: infatti per escludere dalla diagnosi prenatale invasiva (villocentesi ed amniocentesi) tutte le gestanti con meno di 35 anni significa perdere a priori la possibilità di diagnosticare il 60-70% di feti affetti da SD poiché, per effetto del minor numero di gravidanze nelle donne con età \geq a 35 anni, solo il 30-40% delle SD nasce da madri ultra trentacinquenni. La translucenza nucale verrà misurata su feti alla 10°- 12° settimana insieme alla lunghezza cervico-sacrale (CRL) per la determinazione dell'età gestazionale ecografia (EGE).

Considerando che nella regione Molise avvengono circa 2600 parti l'anno, di cui il 30-40% da gestanti superiori o uguali a 35 anni, possiamo stabilire che sono circa 1500 le gravide al di sotto dei 35 anni, che, pur se percentualmente in misura minore, potrebbero partorire neonati con alterazioni genetiche e cromosomiche in misura maggiore in numero assoluto. Quindi offiremo anche a loro il test per evitare che vengano escluse dai test invasivi quali la villocentesi e l'amniocentesi, per l'individuazione di aneuploidie fetali.

Sarà elaborato un opuscolo per informare le donne gravide, insieme ad altri mezzi di comunicazione. Sarà allegato un questionario sull'eventuale presenza di aneuploidie in precedenti gravidanze o in ambito familiare, per poter poi creare un database di informazioni da incrociare con la banca dati già esistente per le malattie rare.

6) **Beneficiari:** donne gravide con età inferiore a 35 anni.

7) **Obiettivi di salute (e/o obiettivi di processo perseguiti):** individuazione delle gravidanze a rischio per SD e altre aneuploidie (anche in donne di età inferiore a 35 anni) per avviarle agli esami invasivi di conferma (amniocentesi e villocentesi), Elaborazione dei dati da questionari consegnati alle donne gravide.

Indicatori	Fonte di verifica	Valore dell'indicatore al 31 dicembre 2010	Valore dell'indicatore al 31 dicembre 2011		Valore dell'indicatore al 31 dicembre 2012	
			Atteso	Osservato	Atteso	Osservato
percentuale di donne molisane gravide al di sotto dei 35 anni di età screenate	dati regionali	0	40%		90%	
percentuale di donne che riconsegnano il questionario	dati regionali	0	25%		50%	



1. Regione: MOLISE	
2. Titolo del progetto o programma: L'EDUCAZIONE E L'INFORMAZIONE NELLA PREVENZIONE DEGLI INCIDENTI STRADALI.	
3. Identificativo della linea di intervento generale di cui in tabella 1: 2.1 - Prevenzione degli eventi infortunistici in ambito stradale.	
4. Numero identificativo del progetto o del programma all'interno del piano operativo regionale: 2.1.2	
5. Breve descrizione dell'intervento programmato	

Analisi di contesto

Gli incidenti stradali rappresentano la principale causa di morte nei giovani adulti; queste morti premature, oltre a rappresentare un'indubbia tragedia sotto il profilo umano, determinano costi particolarmente elevati per la società (2,3% del prodotto interno lordo) in termini di perdita di produttività, trattamenti sanitari e assistenza necessaria per le invalidità riportate.

Uno studio sugli anni di vita persi (PYLL) effettuato nei distretti socio sanitari di Campobasso e Bojano, che da soli assorbono più del 40% della popolazione regionale, e riferito al periodo 1998 - 2005, pone gli incidenti stradali al secondo posto fra le cause di mortalità precoce.

Infatti se da una parte la regione Molise è la penultima in graduatoria in base al numero degli incidenti in valore assoluto, il dato si inverte completamente se si considera il tasso di mortalità.

In Molise infatti nel 2006 si sono verificati 557 incidenti (dei quali 421 a Campobasso) che hanno provocato 32 morti (dei quali 21 a Campobasso) e 954 feriti (dei quali 706 a Campobasso).

Al di sotto si pone soltanto la Val d'Aosta con 393 incidenti, 6 morti e 561 feriti.

Considerando il tasso di mortalità (morti in incidente/numero incidenti* 1000), si evidenzia invece che la regione Molise si pone al secondo posto in classifica tra le Regioni più a rischio, cioè tra quelle in cui si verificano gli incidenti più gravi. Il rapporto tra il numero di incidenti e il numero di morti in Molise è pari a 57,45. Più grave la situazione soltanto in Basilicata con un tasso di mortalità pari a 64,06. La Liguria è la regione meno a rischio con un tasso di mortalità pari a 11,70, rispetto ad una media nazionale pari a 23,81.

Nell'ambito della regione Molise, meno grave la situazione a Campobasso - 10° posto in classifica assoluta, con un tasso di mortalità pari a 49,88 rispetto a 80,88 di Isernia - 4° posto in classifica assoluta tra le province italiane.

I fattori di rischio responsabili della probabilità di incorrere in un **incidente stradale** sono molteplici e generalmente esiste una forte interazione tra i diversi fattori. Un modo per orientarsi in questa complessa realtà è quello di far riferimento al sistema Uomo-Ambiente-Veicolo.

Alcuni studi hanno valutato il peso di queste tre diverse aree di fattori e mostrano che circa il 60% degli incidenti stradali è da attribuire a fattori umani, circa il 30% a fattori ambientali e circa il 10% a fattori legati al veicolo.

Nonostante la complessità multifattoriale che è alla base della genesi degli incidenti stradali, le azioni di prevenzione da promuovere sono numerose.

Tali azioni possono essere schematicamente ripartite in quattro livelli gerarchici:

- 1) Un primo livello, che comprende quelle azioni volte a far sì che l'evento non accada. Rientrano in quest'ambito il controllo del rispetto dei limiti di velocità e dell'alcolemia dei conducenti, l'educazione stradale, l'addestramento ad una guida difensiva, l'eliminazione dei punti neri della strada, il controllo periodico dello stato del veicolo.



- 2) Un secondo livello, che comprende le azioni volte a ridurre le conseguenze dell'evento durante il suo svolgimento. Tra queste azioni rientra l'adozione dei dispositivi di sicurezza quali casco e cinture di sicurezza.
- 3) Un terzo livello comprende le azioni che riducono le conseguenze dell'evento dopo che questo ha avuto luogo e sono essenzialmente il primo soccorso e il pronto soccorso.
- 4) Un quarto livello, relativo alle azioni volte a ridurre gli esiti dell'evento. Le azioni di questo livello riguardano sostanzialmente la riabilitazione.

Prove di efficacia disponibili

Da un'analisi della letteratura in tema di prevenzione degli incidenti stradali risulta che sono più efficaci le azioni integrate di prevenzione, riassunte nei primi due livelli gerarchici, ad esempio, a livello preventivo sono azioni di provata efficacia il controllo della guida in stato di ebbrezza e l'utilizzo dei dispositivi di sicurezza (casco, cinture e seggiolini).

Perché tuttavia detti interventi risultino efficaci, è necessario che gli stessi prevedano azioni multilivello su più ambiti (formativo, informativo, educativo ...), costruendo sin dalla fase di progettazione reti e alleanze tra tutti gli enti/attori attivi sul territorio (rappresentanti delle forze dell'ordine, associazioni di volontariato, di cittadini, di professionisti, operatori della sanità, della scuola, rappresentanti delle istituzioni a livello centrale e locale ...).

Si sono rivelati incisivi gli interventi che hanno coinvolto sia adulti sia giovani.

Nel caso degli adulti si tratta di educatori, operatori socio-sanitari e figure professionali con diversa formazione, insegnanti, operatori di polizia municipale in veste di facilitatori e di conduttori di gruppi, formatori, ecc., gestori e operatori di locali pubblici, istruttori di scuola guida, in veste di modelli coerenti con i messaggi proposti o di facilitatori membri di associazioni attive nella comunità (sui temi trattati oppure che si rivolgono ai giovani o alle famiglie), per reclutare i partecipanti o come facilitatori.

Fasi del progetto e azioni delle persone coinvolte

Il progetto prevede il coinvolgimento delle diverse categorie di formatori/facilitatori e l'avvio di azioni coerenti in due contesti individuati: il "contesto dei luoghi del divertimento" e il "contesto educativo/formativo".

Il progetto prevede azioni "a cascata" tali che ad una formazione con gli operatori sanitari, segue una formazione con i "facilitatori" (ad opera degli stessi operatori sanitari formati), che a loro volta dovranno attivare interventi info-educativi nei due contesti individuati ("contesto dei luoghi del divertimento" e il "contesto educativo/formativo"): questi interventi quindi sono sia obiettivo (della formazione con i facilitatori) sia strumento (per conseguire l'obiettivo relativo ai destinatari finali).

Le fasi del progetto pertanto sono le seguenti:

fase 1: Individuazione e formazione degli operatori sanitari che si costituiscono come "gruppi locali tematici";

fase 2: Creazione e mantenimento di collaborazioni con enti del territorio coinvolti e interessati al tema degli incidenti stradali;



<p><u>fase 3</u>: Individuazione e formazione dei “facilitatori dell’azione preventiva” a cura degli operatori sanitari (formati nella fase 1);</p> <p><u>fase 4</u>: Pianificazione e attivazione di interventi di prevenzione degli incidenti stradali nei “contesti del divertimento” e in “contesti educativo/formativi” a cura degli operatori sanitari e dei facilitatori dell’azione preventiva individuati localmente (formati nella fase 1 e 3);</p> <p><u>fase 5</u>: Valutazione della formazione e degli interventi.</p>	
<p>5. Beneficiari:</p> <p><u>Target finale:</u> giovani 15 – 30 anni, residenti in Molise.</p> <p><u>Target intermedio:</u> i cosiddetti “<i>facilitatori dell’azione preventiva</i>” (ossia quei soggetti che pur non avendo uno specifico ruolo nell’ambito della prevenzione, a vario titolo entrano in contatto con i destinatari finali assumendo un ruolo importante nel promuovere il cambiamento) che operano sia in contesti educativo-formativi (es. insegnanti e istruttori di autoscuole, insegnanti impegnati nei corsi per il conseguimento del patentino nelle scuole secondarie di I e II grado, Forze dell’Ordine etc) sia in contesti del divertimento (es. gestori e personale dei locali di aggregazione giovanile, volontari del soccorso, organizzatori eventi locali, etc).</p> <p><u>Attori coinvolti nella realizzazione dell’azione proposta:</u> Operatori sanitari ASReM (Dipartimento di Prevenzione, Referenti Epidemiologia, Medicina legale, SERT, Servizio Sociale aziendale, Servizio di Emergenza 118 etc); Comuni e Province; Ufficio Scolastico Territoriale; Associazioni di categoria (autoscuole, gestori di locali pubblici etc); Forze dell’Ordine (Polizia Locale, Polizia Stradale, Carabinieri).</p>	
<p>6. Obiettivi di salute (e/o obiettivi di processo) perseguiti:</p> <p><u>Obiettivo generale:</u> Riduzione della mortalità e disabilità conseguenti ad incidenti stradali, connessi in particolare alla guida sotto l’effetto di sostanze o al mancato utilizzo dei dispositivi di protezione individuale, nei giovani della fascia di età compresa tra i 15-30 anni.</p> <p><u>Obiettivo specifico1:</u> Far acquisire/aumentare nei “facilitatori” competenze utili per pianificare e realizzare interventi informativo -educativi in contesti aggregativi/del divertimento e in contesti educativi/formativi (<i>attraverso la formazione</i>).</p> <p><u>Obiettivo specifico2:</u> Far acquisire/aumentare nei giovani 15 – 30 anni conoscenze e competenze per una “guida responsabile” (<i>attraverso la realizzazione di interventi informativo- formativo-educativi in contesti aggregativi/del divertimento e in contesti educativi/formativi</i>).</p>	

INDICATORI	FONTE DI VERIFICA	VALORE DELL'INDICATORE AL 31 DICEMBRE 2010	VALORE DELL'INDICATORE AL 31 DICEMBRE 2011		VALORE DELL'INDICATORE AL 31 DICEMBRE 2012	
			ATTESO	OSSERVATO	ATTESO	OSSERVATO
Costituzione gruppi locali per "Prevenzione incidenti stradali" con coinvolgimento di vari enti, amministrazioni, agenzie del territorio (creazione alleanze).	Atti formali: accordi istituzionali/ protocolli di adesione.	0	N. 1 Gruppo locale per "Prevenzione incidenti stradali" per territorio.		Mantenimento collaborazione Gruppo locale per "Prevenzione incidenti stradali" per territorio.	
Attivazione percorsi di formazione per operatori sanitari	Sistema accreditamento Formazione ECM Nazionale/ Regionale.	0	1° edizione corso di formazione per operatori sanitari.		2° edizione corso di formazione per operatori sanitari.-	
Individuazione e reclutamento facilitatori dei contesti educativi/formativi e del divertimento.	Registri o fogli iscrizione ai corsi.	0	Almeno 20 facilitatori dei contesti educativi/ formativi e del divertimento.		-	
N. dei corsi di formazione attivati per i facilitatori.	Piani locali di formazione, reportistica.	0	1° corso di formazione per facilitatori.		2° corso di formazione per facilitatori.	
Realizzazione da parte dei facilitatori formati di interventi nei contesti educativi/formativi e nei contesti del divertimento.	Schede di monitoraggio.	0	N. 2 interventi da attivare dai facilitatori nei contesti educativi/ formativi e/o nei contesti del divertimento.		N. 4 interventi attivati dai moltiplicatori nei contesti educativi/ formativi e/o nei contesti del divertimento.	





1) Regione: MOLISE	
2) Titolo del Programma: PREVENZIONE DEGLI INFORTUNI E PATOLOGIE LAVORO-CORRELATE NEL COMPARTO DELLE COSTRUZIONI	
3) Identificativo della Linea di Intervento Generale di cui in Tabella 1: 2.2	
4) Numero identificativo del progetto o del programma all'interno del Piano operativo regionale: 2.2.1	
<p>5) Breve descrizione dell'intervento programmato:</p> <p>I dati sull'andamento infortunistico (Fonte:Flussi informativi INAIL-ISPEL-Regioni) indicano il comparto delle costruzioni come priorità di rischio nazionale per infortuni mortali, non tanto per l'andamento ingravescente che al contrario mostra una contrazione dei tassi infortunistici ma soprattutto perché i livelli restano elevati in relazione all'incidenza e alla gravità delle lesioni.</p> <p>I dati sotto riportati mostrano questa situazione anche nella Regione Molise. In particolare "le cadute dall'alto" rappresentano ancora una delle patologie di infortunio più frequente.</p> <p>I dati sull'andamento delle malattie professionali e lavoro-correlate mostrano che nella Regione Molise, il settore con la maggiore incidenza è quello delle "costruzioni", con una prevalenza per le "ipoacusie da rumore" seguite dalle "patologie da sovraccarico bio-meccanico del rachide e degli arti superiori" (cosiddette patologie da rischi ergonomici quali Movimentazione manuale dei carichi, movimenti ripetitivi, posture incongrue, etc.), tra cui si registra un trend in aumento per quelle "non tabellate" rispetto a quelle "tabellate" (fonte: <i>Flussi Informativi INAIL-ISPEL - Regioni 2009</i>).</p> <p>Alla luce di queste considerazioni, si comprende come sia estremamente importante continuare ad intraprendere azioni preventive, sia dando continuità a quelle già intraprese con il Piano Nazionale della Prevenzione - triennio 2005-2007, sia attuando il Piano nazionale dell'edilizia, nell'ottica di una trasposizione di essi a livello regionale.</p> <p>Pertanto, il Piano Regionale della Prevenzione, per quanto concerne il progetto "Prevenzione degli infortuni e patologie lavoro-correlate nel comparto delle costruzioni", nella Regione Molise, per il triennio 2010-2012 comprenderà una serie di azioni così elencate:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Vigilanza e controllo dei cantieri edili, mirata alla sicurezza del lavoro ed alla tutela della salute sul lavoro .Sul piano quantitativo, facendo proprio il dato previsto dal Piano Nazionale dell'Edilizia 2008-2010, dovendo raggiungere sul territorio nazionale la quota di 50.000 cantieri ispezionati all'anno, alla Regione Molise, sulla base di una distribuzione concordata fra le regioni e province autonome, secondo i criteri della maggiore concentrazione di cantieri e delle risorse disponibili nei Servizi, i controlli sono stabiliti in numero di 263. Dal punto di vista qualitativo i controlli sono rivolti prioritariamente ai cantieri che già dall'esterno mostrano gravi e diffuse carenze di sicurezza per i rischi di caduta dall'alto e seppellimento. Tutto ciò deve inserirsi in un'azione di controllo dei cantieri del territorio regionale, attraverso il "monitoraggio" di essi che consisterà nell'applicazione delle disposizioni emanate dal Coordinamento Interregionale di Prevenzione Igiene e Sicurezza sui Luoghi di lavoro in termini di vigilanza e che prevede, in sostanza, una ripartizione del territorio regionale in aree (raggruppamenti di comuni e/o ambiti territoriali come nel caso della Regione Molise), in cui i cantieri dislocati, che presentano i rischi codificati di caduta dall'alto e di seppellimento etc., ovvero si presentano al di sotto del "minimo etico di sicurezza" di cui al Piano Nazionale dell'Edilizia 2008-2010, saranno oggetto di ispezione sia a vista, sia sulla base dell'analisi delle notifiche preliminari e dei POS (Piani Operativi di Sicurezza). 	

Per quanto concerne le patologie lavoro-correlate, l'azione preventiva sarà rivolta al controllo della "sorveglianza sanitaria" praticata dai medici competenti ai sensi del D.l.vo n.81/2008 e s.m.i.(d.L.vo n.106/2009), intendendo con ciò non solo la verifica dell'esecuzione degli accertamenti sanitari preventivi e periodici ma anche di tutti gli altri compiti ed attribuzioni che i succitati decreti rendono obbligatori e tra essi il controllo della congruità dei protocolli di sorveglianza sanitaria con i rischi normati e valutati.

- **Informazione e assistenza alle imprese**, attraverso contatti con i Coordinatori per la Sicurezza e i Datori di Lavoro: ci si prefigge di dare continuità all'azione informativa e assistenziale già intrapresa con il Piano Nazionale della Prevenzione –triennio 2005-2007, programmando **"incontri (numero previsto di 35)** con i soggetti di cui sopra ai quali fornire informazioni sulla legislazione vigente e materiali da utilizzare come strumento operativo e contributo di aggiornamento professionale.
- **Formazione dei lavoratori, RLS e tecnici di cantiere**: il metodo operativo è quello già sperimentato, con successo di gradimento qualitativo e partecipativo, nel Progetto di Prevenzione infortuni da caduta dall'alto in edilizia, nell'ambito del Piano Nazionale della Prevenzione –triennio 2005-2007, consistente essenzialmente nell'effettuare direttamente sui cantieri la presentazione e analisi partecipata di situazioni di rischio di caduta dall'alto e di seppellimento in operazioni di scavo, con l'ausilio di materiale audiovisivo, per far comprendere ai lavoratori, RLS e tecnici di cantiere le modalità di accadimento di questi infortuni e, soprattutto, l'importanza dell'utilizzo sistematico e adeguato al rischio dei Dispositivi di Protezione Individuali e delle procedure di lavoro in sicurezza per inculcare nei lavoratori la consapevolezza che queste ultime devono diventare parte integrante ed indispensabile del loro lavoro, allo stesso modo e forse di più della formazione professionale.

La formazione, operata direttamente sui cantieri, in concomitanza con l'attività di vigilanza e controllo, avrà come momento conclusivo di verifica, la compilazione di un questionario a risposte multiple, preventivamente preparato dagli operatori dei Servizi di Prevenzione e Sicurezza degli Ambienti di Lavoro (SPSAL).

6) Beneficiari:

Imprese (Datori di lavoro, Coordinatori per la sicurezza, medici competenti) – Pat per gruppo Ateco – Flussi anno 2008: n. 4209; RLS, Lavoratori e tecnici di cantiere edile – Flussi anno 2008 – numero dipendenti per gruppo Ateco:11.076,6.

7) Obiettivi di salute (e/o obiettivi di processo) perseguiti:

Riduzione infortuni mediante riduzione dell'esposizione alle situazioni di pericolo e/o rischio determinanti cadute dall'alto, seppellimento, cadute di materiali, elettrocuzione, cadute in piano, etc. mediante riduzione degli infortuni mortali e con esiti invalidanti del 15% nel prossimo triennio 2010-2012.





INDICATORI	FONTE di VERIFICA	VALORE DELL'INDICATORE AL 31 DICEMBRE 2010	VALORE DELL'INDICATORE AL 31 DICEMBRE 2011		VALORE DELL'INDICATORE AL 31 DICEMBRE 2012	
			ATTESO	OSSERVATO	ATTESO	OSSERVATO
Riduzione del "Tasso di Gravità" (Percentuale degli infortuni permanenti e mortali sul totale degli infortuni indennizzati) relativo al triennio 2005-2007 per il comparto costruzioni nella Regione Molise del 15% (quindici per cento).	Numeratore e Denominatore: Flussi Informativi INAIL 2009	11,8%	10,0%		8,5%	
N. cantieri ispezionati / N. cantieri previsti X 100	Numeratore: scheda riepilogativa attività di vigilanza; Denominatore: Dati regionali -P.N. Edilizia 2008-2010	258 (Dati Regionali relativi al 2005)	263 pari al 100,00%		263 pari al 100,00%	
N. cantieri positivi */ N. cantieri ispezionati X 100	Numeratore: verbali di ispezione -scheda riepilogativa Denominatore: scheda riepilogativa attività di vigilanza	dato precedente non disponibile	50,00% (pari a 132)		50,00% (pari a 132)	
N. cantieri con Sorveglianza Sanitaria/N. cantieri ispezionati X 100	Numeratore: scheda riepilogativa attività di vigilanza Denominatore: scheda riepilogativa attività di vigilanza	dato non disponibile	100%		100%	
N. interventi formativi effettuati/N. cantieri ispezionati X 100	Numeratore: schede riepilogative attività formativa (da implementare in una fase successiva/ovvero in corso d'opera) Denominatore: scheda riepilogativa attività di vigilanza	dato non disponibile	100,00% pari a 263 interventi		100,00% pari a 263 interventi	
N. interventi informativi/ N. interventi previsti X 100	Numeratore: verbali degli incontri (da implementare in corso d'opera) Denominatore: come sopra programmato.	dato non disponibile	100,00% pari a 36 interventi		100,00% pari a 36 interventi	

*Per "intervento positivo" si intende quello effettuato in un cantiere in cui sono state contestate violazioni alla normativa di sicurezza. L'intervento positivo indica un'efficienza dell'attività di vigilanza presupponendo un'attenta scelta del cantiere ed efficacia dell'azione preventiva, se si considera che ad ogni irregolarità contestata e rimossa corrisponde, grosso modo, l'eliminazione di un fattore di rischio. Allo scopo vedi anche "definizioni per rilevazione attività di vigilanza".

N.B: La vigilanza nei cantieri edili, oltre che a vista, è garantita anche dalla programmazione derivante dalle notifiche preliminari (art.99 D.L.vo n.81/08 - ex art.11 D.L.vo n.494/96), dall'esecuzione di inchieste infortuni su delega dell'Autorità Giudiziaria e da segnalazioni da parte di cittadini, lavoratori, organizzazioni sindacali, organi di polizia (carabinieri, pubblica sicurezza, polizia municipale, etc).

La scheda riepilogativa dei dati derivanti dall'attività di vigilanza costituisce anche uno strumento cartaceo per la comunicazione di questi ad un eventuale organismo regionale preposto alla raccolta e divulgazione dei dati stessi

(eventuale osservatorio) attraverso una sorta di report informativo periodico nonché strumento locale per integrare e completare i dati afferenti attraverso altri canali al costituendo SINP (Sistema Informativo integrato della Prevenzione). Risorse umane e strumentali: in linea di massime le prime sono costituite da un minimo di 9 (nove) operatori di cui 1 coordinatore, 1 medico, 1 amministrativo e minimo 6 tecnici della prevenzione, passibili di aumento in base alle risorse disponibili nei tre SPSAL dei corrispondenti ambiti territoriali della Asrem (Azienda Sanitaria Regionale del Molise), vale a dire A.T di Termoli/Larino – A.T. di Campobasso – A.T. di Isernia, comprensivo anche del distretto di Agnone.

Le seconde sono rappresentate dalla dotazione presso i rispettivi SPSAL degli ambiti territoriali delle attrezzature informatiche, che di recente sono state anche aggiornate e potenziate con la fornitura di un congruo numero di Pc, fissi, portatili e stampanti, acquistati con parte dei proventi delle contravvenzioni comminate ai sensi del D,L.vo n.758/94. Inoltre per la presentazione di materiali audiovisivi sui cantieri si utilizzeranno i videoproiettori con telo di proiezione acquistati per l'attività formativa effettuata nel corso del progetto di Prevenzione degli infortuni da cadute dall'alto in edilizia - Piano Nazionale della Prevenzione – triennio 2005-2007 in numero di quattro, così come saranno utilizzati dagli operatori tecnici degli SPSAL i Dispositivi di protezione individuali per l'accesso e relativi sopralluoghi nei cantieri (elmetti, scarpe, occhiali etc.), anch'essi acquistati per il progetto di cui sopra.

Per gli spostamenti per e dai cantieri alle sedi di servizio gli operatori dei SPSAL utilizzeranno in parte le auto aziendali, in parte le auto proprie, per cui sarà prevista una quota forfettaria a titolo di rimborso spese di viaggio per queste ultime. Tutto il materiale cartaceo, di cancelleria, toner per fotocopiatrici e stampanti e quant'altro, verrà acquistato di volta in volta sulla base delle esigenze reali. Per gli incontri informativi con le imprese, si conta di poter utilizzare i locali della Asrem già concessi anche nel corso del progetto precedente, a titolo gratuito. Le schede riepilogative dell'attività di vigilanza, le schede riepilogative dei corsi di formazione sui cantieri e le schede di partecipazione dei soggetti di impresa agli incontri informativi dovranno essere inviate al **coordinatore del progetto dottor Romolo Forte, presso SPSAL in Via del Molinello, 1 -86039 Termoli (CB)**, tassativamente, con cadenza trimestrale (fine marzo, fine giugno, fine settembre, fine dicembre) per l'anno 2011 e 2012. Gli operatori inadempienti saranno automaticamente considerati rinunciatari del progetto e saranno sostituiti da operatori ex novo ovvero già impegnati nel progetto stesso, anche se appartenenti ad ambiti territoriali diversi da quello di collocazione del Servizio di appartenenza. Per gli operatori degli SPSAL saranno effettuati nel corso del 2010 degli incontri dedicati illustrativi del progetto e del ruolo e delle funzioni che ognuno di essi ricoprirà ed eserciterà. Gli incontri saranno anche motivo di aggiornamento professionale. Infine si sottolinea che, per motivi elusivamente organizzativi e logistici (Regione di esigua superficie), l'attività progettuale relativa sia al 2011 che al 2012, sarà ripartita sul territorio regionale, tra gli Spsal dei tre ambiti territoriali succitati, in uguali quantitativi, senza, quindi, tener conto delle differenze di numero di unità locali (Pat) e dipendenti, emerse tra i cantieri dislocati nei tre ambiti territoriali, dai dati dei Flussi Informativi.

Segue: **Cronoprogramma attività anno 2011 e anno 2012**

CRONOPROGRAMMA 2011 -2012

Attività	Inizio	Fine	Valore Atteso	Valore Osservato
Ispezione cantieri per tutela sicurezza	01/01/2011-12	31/12/2011-12	263 cantieri (100%)	
Ispezione cantieri "positivi" per tutela sicurezza	01/01/2011-12	31/12/2011-12	132 cantieri positivi (50%)	
Controllo "Sorveglianza Sanitaria" per tutela salute	01/01/2011-12	31/12/2011-12	263 cantieri-Protocolli sanitari (100%)	
Attività formazione in cantiere per lavoratori e tecnici	01/01/2011-12	31/12/2011-12	263 interventi formativi (100%)	
Attività informativa assistenziale per imprese(D.L.-Coordinatori etc)	01/01/2011-12	31/12/2011-12	36 incontri informativi	



1) Regione MOLISE	
2) PROGETTO: INFORMAZIONE E FORMAZIONE SUL LAVORO IN AGRICOLTURA: ASSISTENZA PROCEDURALE E DISCIPLINA IN MERITO DI SICUREZZA SUL LAVORO	
3) Linea di intervento generale: 2.2.	
4) Identificativo del programma 2.2.2.	
5) Descrizione dell'intervento programmato:	

Lo sviluppo dell'industria moderna, l'uso delle macchine e della forza motrice, le forme rapide e ripetitive di esecuzione del lavoro, il concentramento dei lavoratori in grandi complessi industriali e non da ultimo l'enorme sviluppo dell'industria edile, sono tutti cause che concorrono al verificarsi purtroppo di un numero sempre maggiore di infortuni, anche mortali, fra l'altro tema di grande attualità.

In tale contesto, la crisi delle identità professionali determinate dalla sempre maggiore assenza della stabilità del posto di lavoro, ha portato a una minore attenzione alla formazione dei lavoratori attraverso la riduzione delle attività di tirocinio e praticantato; si è arrivati, in pratica, alla accettazione di qualsiasi condizione di lavoro senza essere in grado di dare una risposta professionale qualificante alle richieste del lavoro stesso.

Gli infortuni sul lavoro, quindi, sono da sempre uno degli argomenti di maggiore attualità, e ancor più in un momento di crisi congetturale, quale quello che si sta vivendo da diversi mesi. Il rischio di una sempre più instabilità delle condizioni lavorative in termini di continuità delle attività lavorative e la continua scelta di lavoratori precari e a tempo determinato dettati dalla continua evoluzione delle aziende imprenditrici probabilmente anche a causa della globalizzazione dei mercati, ha portato sempre più a distogliere l'attenzione dalle condizioni in cui si svolge il lavoro.

Ancora oggi in Italia, infatti, all'inizio del ventunesimo secolo e a circa quattordici anni di distanza dall'emanazione del fondamentale Decreto Legislativo n. 626 del 19/09/94 e successive modifiche e integrazioni in materia di sicurezza e salute sul lavoro (ora sostituito dal recentissimo D.Lgs. n.81 del 09/04/2008), continuano a verificarsi un'enormità di infortuni e morti bianche sui luoghi di lavoro.

Nel settore agricolo, che ancora impiega un grosso numero di operatori, la situazione non è diversa, anche in considerazione del fatto che, trattandosi in molti casi di lavori stagionali e attività in cui gli italiani non sentono più la necessità di cimentarsi, molti degli operatori (siano essi nazionali che extracomunitari) sono in perfetta oscurità sia economica che legislativa.

2. Aspetti regionali

La particolare situazione della Regione Molise, costituita da un patrimonio culturale di piccole e medie aziende operanti in diversi settori produttivi, è ancora più rimarcata nel settore agricolo dove è altissima la presenza di piccole aziende che per dimensione non superano i 6 ettari coltivabili.

Sono queste aziende che risultano fortemente interessati dall'impiego di manodopera extraaziendale con particolare presenza di operatori immigrati dove oltre al normale rischio determinato dall'impiego di macchine e mezzi altamente tecnologici si associa la non conoscenza della lingua italiana e, di conseguenza, la difficoltà di questi a operare nelle migliori condizioni di sicurezza personale.

Come viene recitato nel DL 81/2008, il datore di lavoro che assume meno di 10 unità operative nell'arco dell'anno ha l'obbligo di formarsi per gli adempimenti previsti; questa norma, che pure assume rilevante importanza ai fini della garanzia personale, non considera molto questo produttivo dove, nella maggioranza dei casi, l'imprenditore è anche il datore di lavoro ed è anche l'unico operatore aziendale, al massimo coadiuvato dalla forza lavoro



familiare.

In un così particolare contesto, specialmente se inserito nell'attuale momento di crisi congetturale, è sempre più facile che l'imprenditore sottovaluti i rischi determinati dal proprio tipo di attività evadendo in parte, se non totalmente, le norme basilari della sicurezza sul lavoro.

Campi di azione.

Il settore di interesse primario del presente programma è quello agricolo e agroindustriale del territorio regionale. Del resto, la realtà regionale evidenzia una marcata presenza di infortuni nel comparto agricolo (19,2% sul totale degli infortuni, 7,1% sul totale degli impiegati nel settore; dati INAIL 2008 riferiti all'anno 2007).

Tutto nasce dalla considerazione che integrare gli interventi per la prevenzione e la sicurezza con quelli per la promozione della salute sia vantaggioso sia per le aziende, che riducono i costi e aumentano la produttività (minore assenteismo, miglioramento dello stato di salute dei lavoratori, ecc.) che per i lavoratori e la collettività, specialmente nel medio-lungo periodo.

I benefici per i lavoratori sono considerevoli e misurabili: essi infatti si traducono in una riduzione dei rischi occupazionali, in maggiore salute per gli addetti ai processi produttivi, in una maggiore soddisfazione sul lavoro e in un miglioramento complessivo della loro qualità di vita.

Il supporto delle istituzioni troverebbe facile riscontro in risultati positivi e misurabili, come la riduzione nel tempo della spesa pubblica, in particolare quella sanitaria, e per contro la crescita dei livelli di produttività globale.

Proprio la formazione, l'informazione e l'addestramento vengono definiti e qualificati come finalizzati all'acquisto di competenze per lo svolgimento in sicurezza dei rispettivi compiti, come conoscenze utili all'identificazione, alla riduzione e alla gestione dei rischi, come apprendimento delle attività necessarie all'uso corretto di attrezzature, macchine, impianti, dispositivi. Richiesto anche un maggiore coinvolgimento in ambito datoriale, dirigenziale, alle tematiche della sicurezza aziendale.

Articolazione progettuale

Lo svolgimento del presente progetto è articolato su tre anni di attività di informazione e formazione dove si prevede vengano svolti dei corsi di formazione agli operatori agricoli necessari a dare le dovute informazioni per gli adempimenti previsti nel D. L.vo 81/2008.

La proposta progettuale prevede due livelli di formazione:

- 1) Primo livello – **Informazione** sui diritti del cittadino e assistenza agli operatori e ai datori di lavoro sulle normative assistenziali;
- 2) Secondo livello – **Formazione** continua sul D. L.vo 81/2008 mediante corsi di formazione per operatori e datori di lavoro di 16 ore per RLS e RSPP.

I corsi di Informazione avranno la durata di 4 ore e verteranno sui seguenti argomenti:

- a) diritti e doveri in caso di infortuni sul lavoro e malattie professionali (imprenditori agricoli);
- b) infortuni o malattie professionali propri (titolari cd) e dei collaboratori familiari;
- c) infortuni o malattie professionali dei lavoratori dipendenti (datori di lavoro);
- d) diritti e doveri in caso di infortuni sul lavoro e malattie professionali (lavoratori dipendenti).

I corsi di Formazione sul D. L.vo 81/2008 avranno la durata di 16 ore e verteranno sui seguenti argomenti:

- **Corso per Rappresentante dei Lavoratori per la Sicurezza (R.L.S.) come previsto dall'art. 37, così articolato:**



- principi giuridici comunitari e nazionali;
- legislazione generale e speciale in materia di salute e sicurezza nei luoghi di lavoro;
- principali soggetti coinvolti e i relativi obblighi;
- definizione e individuazione dei fattori di rischio;
- valutazione dei rischi;
- individuazione delle misure tecniche, organizzative e procedurali di prevenzione e protezione;
- aspetti normativi dell'attività di rappresentanza dei lavoratori;
- nozioni di tecnica della comunicazione;

- **Corso di R.S.P.P. per il Datore di Lavoro, come previsto dall'art. 34, così articolato**

- il quadro normativo in materia di sicurezza dei lavoratori e la responsabilità civile e penale;
- gli organi di vigilanza e di controlli nei rapporti con le aziende;
- la tutela assicurativa, le statistiche ed il registro degli infortuni;
- i rapporti con i rappresentanti dei lavoratori;
- appalti, lavoro autonomo e sicurezza;
- la Valutazione dei Rischi;
- i principali tipi di rischio e le relative misure tecniche, organizzative e procedurali di sicurezza;
- i dispositivi di protezione individuale. Corso per Rappresentante dei Lavoratori per la Sicurezza (R.L.S.) come previsto dall'art. 37, così articolato:
- principi giuridici comunitari e nazionali;
- legislazione generale e speciale in materia di salute e sicurezza nei luoghi di lavoro;
- principali soggetti coinvolti e i relativi obblighi;
- definizione e individuazione dei fattori di rischio;
- valutazione dei rischi;
- individuazione delle misure tecniche, organizzative e procedurali di prevenzione e protezione;
- aspetti normativi dell'attività di rappresentanza dei lavoratori;
- nozioni di tecnica della comunicazione;

- **Corso di R.S.P.P. per il Datore di Lavoro, come previsto dall'art. 34, così articolato**

- il quadro normativo in materia di sicurezza dei lavoratori e la responsabilità civile e penale;
- gli organi di vigilanza e di controlli nei rapporti con le aziende;
- la tutela assicurativa, le statistiche ed il registro degli infortuni;
- i rapporti con i rappresentanti dei lavoratori;
- appalti, lavoro autonomo e sicurezza;
- la Valutazione dei Rischi;
- i principali tipi di rischio e le relative misure tecniche, organizzative e procedurali di sicurezza;
- i dispositivi di protezione individuale;
- l'informazione e la formazione dei lavoratori.

6) Beneficiari: operatori agricoli comunitari e non, che conoscono la lingua italiana e residenti in Molise.

7) Obiettivi di salute (e/o obiettivi di processo perseguiti):

Obiettivo del presente programma di lavoro è quello di fornire informazioni utili all'imprenditore agricolo rispetto ad alcuni adempimenti di base nei settori della sicurezza

sui luoghi di lavoro e in quello dell'assistenza in materia di tutela degli infortuni sul lavoro; esso, quindi, si prefigge lo scopo di fornire formazione-informazione continua dell'operatore agricolo sia esso italiano che extracomunitario nell'apprendimento e successiva applicazione dei vincoli e delle norme nel settore della sicurezza sul lavoro anche in virtù delle nuove disposizioni riportate nel D. Lvo 81/2008.

Indicatori	Fonte di verifica	Valore dell'indicatore al 31 dicembre 2010	Valore dell'indicatore al 31 dicembre 2011		Valore dell'indicatore al 31 dicembre 2012	
			Atteso	Osservato	Atteso	Osservato
percentuale di operatori agricoli formati	Dati regionali	0	30		60	
percentuale di operatori agricoli aggiornati con un secondo corso	Dati regionali	0	0		30	





1) Regione MOLISE	
2) PROGETTO: PREVENZIONE DEGLI EVENTI INFORTUNISTICI IN AMBITO DOMESTICO	
3) Linea di intervento generale 2.3	
4) Identificativo del programma 2.3.1	
<p>5) Descrizione dell'intervento programmato:</p> <p>PREMESSA</p> <p>Per incidenti domestici si intendono tutti gli incidenti che possono comunemente accadere all'interno delle mura domestiche propriamente dette, compresi quelli avvenuti nell'ambito delle pertinenze dell'abitazione (cortili, garage, spazi condominiali etc).</p> <p>Gli incidenti domestici costituiscono nei paesi industrializzati una rilevante area-problema di sanità pubblica, come si evince dalla valutazione quantitativa della mortalità e morbosità secondaria a questa tipologia d'incidente. Tale problematica sta ricevendo una semplice maggiore attenzione nei programmi di sanità pubblica: negli ultimi 20 anni in molti paesi industrializzati e nell'Unione Europea diversi progetti di ricerca, sistemi di sorveglianza e programmi di prevenzione sono stati attivati in questa area. Il crescente interesse è dovuto al peso sociale degli infortuni domestici in termini di vite umane, assistenza sanitaria ospedaliera ed extra-ospedaliera, invalidità temporanea permanente, cui ha corrisposto un aumento delle risorse impegnate su questa tematica ad esempio nel settore della sanità pubblica.</p> <p>CONTESTO EPIDEMIOLOGICO</p> <p>I gruppi di popolazione maggiormente colpiti sono stati quelli che trascorrono maggior tempo a casa: donne (incidenza 68,0 casi per 1.000 abitanti vs. 30,4 negli uomini), anziani (incidenza 97,2 età 75 anni ed oltre; 66,0 età 65-74) e bambini in età pre-scolare (incidenza 62,4 per 1.000 abitanti anno). Le casistiche più frequenti riguardano donne anziane (28,2% dei casi, donne di 65 anni ed oltre), donne adulte (15,9%, donne di 25-64 anni) e uomini anziani (9,6%, uomini con 65 e più anni). Relativamente alle dinamiche di incidente le cause più comuni sono le cadute (28,4% degli incidenti), utensili o attività legate alla cucina (33%); tra gli utensili impiegati in cucina quelli che causano più frequentemente lesioni sono i coltelli che soli determinano il 12,8% di tutti gli incidenti.</p> <p>IMPIANTO PROGETTUALE</p> <p>La Regione Molise ha avviato una banca dati/anagrafe degli incidenti domestici, coinvolgendo i Pronto Soccorso della regione. Inoltre è stata data importanza alla comunicazione e la formazione/educazione sanitaria delle età estreme (anziani ultrasessantacinquenni e bambini con età inferiore a 4 anni), che sono quelle percentualmente più a rischio per tale infortuni.</p> <p>Nel continuo del precedente PRP 2005-2007, verranno implementate la sorveglianza e la Comunicazione Istituzionale: i report saranno inseriti nel progetto nazionale SINIACA. L'educazione sanitaria sarà estesa a più livelli, sia verso le scuole materne e sia verso i centri sociali e di aggregazione di anziani. Opuscoli informativi saranno disponibili non solo nelle farmacie, ma anche negli studi dei MMG e PLS, negli ipermercati e nelle principali luoghi di culto religioso.</p>	
6) Beneficiari: la popolazione generale se ne avvantaggerà, essendo un programma di prevenzione universale, soprattutto le categorie di anziani ultrasessantacinquenni e bambini di età < 4 anni..	

7) Obiettivi di salute (e/o obiettivi di processo perseguiti):						
- Riduzione dei ricoveri e degli accessi ai PS per infortunistica domestica, in particolare nei bambini di età < 4 anni e negli anziani ultrasessantacinquenni.						
Indicatori	Fonte di verifica	Valore dell'indicatore al 31 dicembre 2010	Valore dell'indicatore al 31 dicembre 2011		Valore dell'indicatore al 31 dicembre 2012	
			Atteso	Osservato	Atteso	Osservato
Implementazione della banca dati/anagrafe degli incidenti domestici, con aumento della copertura e di conseguenza del coinvolgimento dei PS regionali	ISS	70%	80%		100%	
Corsi di educazione sanitaria nei confronti delle famiglie/bambini di età < 4 anni e degli anziani ultrasessantacinquenni	Attestazione dell'Assessorato regionale alle Politiche per la Salute	10	20		30	
Elaborazione opuscoli e diffusione negli studi di MMG e PLS, farmacie, ipermercati, luoghi di aggregazione, ecc.	Attestazione dell'Assessorato regionale alle Politiche per la Salute	Elaborazione	Diffusi one al 25% dei luoghi indicati		Diffusione al 75% dei luoghi indicati	





1) Regione: MOLISE	
2) PROGRAMMA: PREVENZIONE DELLE MALATTIE SUSCETTIBILI DI VACCINAZIONE	
3) Linea di intervento generale: 2.4	
4) Identificativo del programma: 2.4.1 Mantenimento e miglioramento della copertura vaccinale contro il morbillo nei bambini e negli adolescenti e della rosolia nelle giovani donne ancora suscettibili	
<p>5) Descrizione dell'intervento programmato: L'indagine nazionale di copertura vaccinale studio ICONA 2008 (1) condotta al termine del PNEM (3) e i dati ministeriali 2008 (2) hanno rilevato, localmente, per la copertura vaccinale contro il morbillo un miglioramento, tuttavia non sono stati ancora raggiunti gli obiettivi nazionali di copertura. E' matematicamente dimostrato che quando la copertura vaccinale è insufficiente, la malattia continua a circolare nella popolazione e colpisce i suscettibili, nell'età in cui sono maggiormente rappresentati. Alla luce di quanto detto la Regione Molise continua a individuare fra le attività vaccinali prioritarie il miglioramento delle coperture per la vaccinazione antimorbillo, fino a conseguire e mantenere in ogni Ambito una copertura vaccinale media del 95%, per una dose di MPR entro i due anni di vita e dell'90% con due dosi nelle coorti più grandi (dalla coorte 2000 alla coorte del 2005 inserite nell'anagrafe vaccinale regionale) con lo scopo di prevenire la malattia e di interrompere la circolazione dell'agente patogeno nella popolazione. Inoltre, l'utilizzo del vaccino combinato permette di intervenire preventivamente anche sulla rosolia congenita.</p> <p>AZIONI Costituzione e formalizzazione di un'Unità Ambito di Progetto (U.A.P.) la quale, nel rispetto di un crono programma elaborato ad <i>hoc</i>, in ciascuno dei quattro Ambiti del Territorio, garantisce la realizzazione delle azioni previste nella linea progettuale. La U.A.P. funge da interfaccia fra le U.O.C. di Igiene e Sanità Pubblica di ciascun Ambito e il Coordinatore Regionale del Progetto in ogni fase del programma e fornisce tutti i dati disponibili per la valutazione dello stato di avanzamento del progetto.</p> <p><i>Kepp-up</i> Offerta attiva e gratuita del vaccino (MPR) a tutti i nuovi nati entro il 15 mese (4).</p> <p><i>Catch-up</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - recupero dei non vaccinati (MPR) appartenenti a tutte le coorti in occasione degli accessi ai Servizi vaccinali per le altre vaccinazioni; - recupero dei non vaccinati (MPR) per tutte le coorti eleggibili dall'anagrafe vaccinale informatizzata Regionale attraverso l'invio ai P.L.S dell'elenco nominale dei propri assistiti per sollecitare i genitori che non hanno risposto all'invito. E' dimostrato come il consiglio del PLS influenza in modo rilevante le scelte sanitarie della famiglia e del bambino in ordine alle vaccinazioni, è fondamentale il suo ruolo nelle azioni di <i>counseling</i>, anche utilizzando le occasioni di contatto previste per i bilanci di salute; - recupero con chiamata attiva (via telefono o cartolina) dei suscettibili eleggibili dall'anagrafe vaccinale (banca dati disponibile dei nati fino al 2000); - recupero dei suscettibili di qualsiasi età che ne fanno richiesta; - recupero in tutte le occasioni opportune dei soggetti suscettibili (es. richiesta del certificato di vaccinazione, domande di adozione) attraverso la verifica dello stato vaccinale e offerta vaccinale, se necessario; - offerta vaccinale a tutti gli operatori sanitari suscettibili; - offerta vaccinale alle donne suscettibili esposte a elevato rischio professionale (scuole) - recupero delle donne suscettibili alla rosolia attraverso la loro identificazione durante la gravidanza, nel post-partum (al primo accesso del figlio al servizio di vaccinazione) e post interruzione di gravidanza. 	



Tutto questo definendo specifici protocolli di collaborazione con le Direzioni Sanitarie Ospedaliere e le figure professionali che svolgono un ruolo chiave nella prevenzione della rosolia congenita come i ginecologi e i medici di medicina generale.

Mop-up

setacciamento dei casi con interruzione della catena epidemica. Svolgimento dell'inchiesta epidemiologica per ogni caso al fine di identificare e vaccinare entro 72 ore tutti i contatti (familiari e scolastici) e bloccare la trasmissione.

Follow-up

miglioramento del sistema di notifica a livello regionale, verifica sierologica di ogni caso di morbillo.

- Registrazione nell'anagrafe vaccinale dei bambini vaccinati per monitorare regolarmente i dati di copertura vaccinale, in modo da identificare tempestivamente nelle coorti *target* eventuali aree di bassa copertura e per la valutazione dell'impatto nel tempo della prevenzione offerta.
- Promozione di due interventi di formazione/informazione degli operatori sanitari appartenenti ai centri vaccinali dell'ASReM per approfondire gli aspetti della comunicazione relativi al *counseling* vaccinale e alla gestione delle emergenze vaccinali.
- Promozione dell'adesione consapevole alle vaccinazioni mediante informazione e comunicazione personalizzata allo specifico *target* con predisposizione di apposito materiale informativo e incontri c/o le scuole medie.

6) Beneficiari:

Tutti i nuovi nati

Tutti i ragazzi fino ai 11 anni (registrati nell'anagrafe vaccinale Regionale)

Tutta la popolazione suscettibile al morbillo

Tutte le giovani donne suscettibili alla rosolia

7) Obiettivi di salute (e/o obiettivi di processo perseguiti):

OBIETTIVO GENERALE :

- Raggiungere e mantenere l'eliminazione del morbillo interrompendone la trasmissione indigena;
- ridurre e mantenere l'incidenza della rosolia congenita a valori inferiori a 1 caso ogni 100.000 nati vivi.

OBIETTIVI SPECIFICI:

- raggiungere e mantenere una copertura vaccinale del 95% per la prima dose di MPR, entro i 24 mesi di vita, in tutti e quattro gli Ambiti Territoriali dell'ASReM;
 - raggiungere una copertura vaccinale del 90% per la seconda dose di MPR entro il compimento dell' 11° anno in tutti e quattro gli Ambiti Territoriali dell'ASReM;
 - definire e attuare iniziative vaccinali supplementari rivolte alle popolazioni suscettibili sopra ai 2 anni inclusi gli adolescenti e i soggetti più a rischio (operatori sanitari e scolastici);
 - individuare e analizzare per ogni singolo Ambito i motivi della mancata o ritardata vaccinazione ed intraprendere azioni correttive al fine del raggiungimento dell'obiettivo;
 - definire e attuare iniziative vaccinali supplementari rivolte a donne in età fertile suscettibili alla rosolia;
 - definire una linea guida Aziendale per le figure mediche interessate (MMG e PLS) per migliorare la tempistica di segnalazione dei casi di morbillo;
 - migliorare l'indagine epidemiologica dei casi di morbillo ed eliminazione dei casi di morbillo di seconda generazione successivi al caso indice;
- garantire la diffusione del nuovo P.R.P. tra gli operatori sanitari e tra la popolazione generale.

Indicatori	Fonte di verifica	Valore dell'indicatore al 31 dicembre 2010	Valore dell'indicatore al 31 dicembre 2011		Valore dell'indicatore al 31 dicembre 2012	
			Atteso	Osservato	Atteso	osservato
Copertura con I dose MPR a 24 mesi	Rilevazione Ministeriale	88,8% (coorte 2007)	90%		95%	
Copertura con II dose MPR a 6 anni	Anagrafe vaccinale	In corso di elaborazione	85%		90%	
N° casi di morbillo	Sistema nazionale di notifica delle malattie infettive	0	0		0	
N° casi di rosolia congenita	Sistema nazionale di notifica delle malattie infettive	0	0		0	

RIFERIMENTI BIBLIOGRAFICI

1. Gruppo di lavoro ICONA; ICONA 2008: indagine di copertura nazionale nei bambini e negli adolescenti: Rapporti ISTISAN, 09/29
2. Vaccinazioni dell'età pediatrica. Anno 2009 coperture vaccinali (al 24° mese) (per 100 abitanti), calcolate sui riepiloghi inviati dalle Regioni e PP.AA. Disponibile indirizzo <http://www.ministerosalute.it>
3. Conferenza Stato Regioni. Accordo tra il Ministro della salute, le Regioni e le Province Autonome sul documento recante 'Piano nazionale per l'eliminazione del morbillo e della rosolia congenita. Disponibile indirizzo <http://www.ministerosalute.it>
4. Piano Regionali Vaccini della Regione Molise. DGR n°344 del 21/03/06





1) **Regione: MOLISE**

2) **PROGRAMMA: PREVENZIONE DELLE MALATTIE SUSCETTIBILI DI VACCINAZIONE**

3) **Linea di intervento generale: 2.4**

4) **Identificativo del programma: 2.4.2** Miglioramento della copertura vaccinale antipneumococcica nell'infanzia

5) **Descrizione dell'intervento programmato:**

RAZIONALE

Lo *Streptococco Pneumoniae* è responsabile di molte patologie infettive di tipo invasivo (meningiti, batteremie, empiema) e non invasive quali polmoniti, otiti medie acute, e le loro rispettive complicanze. Le malattie invasive da pneumococco non possono essere eliminate né eradicare ma, possono essere controllate dalla vaccinazione. Anche se l'effetto della vaccinazione è a livello individuale e di specifico siero gruppo si è dimostrato la presenza di una *herd-immunity*. Nel 2009 in Italia i casi notificati di meningite da *S. Pneumoniae* sono stati ben 260 e di sepsi 478 (1), le fasce di popolazione maggiormente colpite sono state i bambini sotto i 5 anni di età e gli anziani. Negli ultimi dieci anni, proprio grazie all'introduzione del programma di vaccinazione si è registrato in Italia tra il 1997 e il 2008 in termini assoluti una riduzione del 36% dei casi nei bambini con < di 1 aa e del 28% nei bambini da 0 a 4 aa (1). Considerata l'importanza delle malattie causate dallo *Streptococcus Pneumoniae* e la disponibilità oggi del nuovo vaccino antipneumococcico coniugato che, riflettendo il corrente scenario epidemiologico, protegge contro i 13 sierotipi responsabili del maggior numero di infezioni nell'infanzia la Regione Molise ritiene la vaccinazione pneumococcica pediatrica necessaria e si pone l'obiettivo di migliorare le coperture vaccinali nell'infanzia ribadendo l'offerta attiva della vaccinazione antipneumococcica nei primi anni di vita.

AZIONI:

- costituzione e formalizzazione di un'Unità Ambito di Progetto (U.A.P.) la quale, nel rispetto di un cronoprogramma in ciascuno dei quattro Ambiti del Territorio, garantisce la realizzazione delle azioni previste nella linea progettuale. La U.A.P. funge da interfaccia fra le U.O.C. di ciascun Ambito e il Coordinatore Regionale del Progetto in ogni fase del programma e fornisce tutti i dati disponibili per la valutazione dello stato di avanzamento del progetto

-Kepp-up:

- Offerta attiva e gratuita del vaccino coniugato 13 valente a tutti i nuovi nati(2).

-Catch-up:

- recupero dei bambini fino a 24 mesi di età con ciclo vaccinale completato con l'eptavalente per una offerta attiva di una dose di richiamo con il vaccino coniugato 13 valente;
- recupero dei non vaccinati dal ventiquattresimo mese di vita fino al quinto anno di vita attraverso l'invio ai PLS dell'elenco nominale, eleggibile dall'anagrafe vaccinale regionale informatizzata, dei propri assistiti per sollecitare i genitori che non hanno risposto all'invito. E' dimostrato come il consiglio del PLS influenza in modo rilevante le scelte sanitarie della famiglia e del bambino in ordine alle vaccinazioni, è fondamentale il suo ruolo nelle azioni di *counseling*, anche utilizzando le occasioni di contatto previste per i bilanci di salute;
- recupero dei suscettibili fino al quinto anno di vita che ne fanno richiesta(2);
- recupero con offerta della vaccinazione in tutte le occasioni opportune dei soggetti suscettibili fino al quinto anno di vita (es. richiesta del certificato di vaccinazione) attraverso la verifica dello stato vaccinale.

Follow-up:

- miglioramento del sistema di notifica a livello Territoriale, tipizzazione sierologica di ogni caso di meningite;
- registrazione nell'anagrafe vaccinale dei bambini vaccinati per monitorare regolarmente i dati

di copertura vaccinale, in modo da identificare tempestivamente nelle coorti interessate eventuali aree di bassa copertura e per la valutazione dell'impatto nel tempo della prevenzione offerta;

- attività d'informazione con predisposizione di apposito materiale informativo;
- Promozione di due interventi di formazione/informazione degli operatori sanitari appartenenti ai centri vaccinali dell'ASReM per approfondire gli aspetti della comunicazione relativi al *counseling* vaccinale e alla gestione delle emergenze vaccinali.

6) Beneficiari:

Tutti i nuovi nati

Tutti i bambini fino al quinto anno di vita suscettibile all'infezione da pneumococco

7) Obiettivi di salute (e/o obiettivi di processo perseguiti):

OBIETTIVO GENERALE :

- ridurre le infezioni invasive e non invasive da *Streptococco Pneumoniae* nella popolazione infantile

OBIETTIVI SPECIFICI:

- raggiungere e mantenere una copertura vaccinale dell'80% entro i 24 mesi di vita, in tutti e quattro gli Ambiti Territoriali dell'ASReM;
- individuare e analizzare per ogni singolo Ambito i motivi della mancata o ritardata vaccinazione ed intraprendere azioni correttive al fine del raggiungimento dell'obiettivo;
- definire e attuare iniziative vaccinali supplementari rivolte alle popolazioni suscettibili fino al quinto anno di vita;
- definire una linea guida Aziendale per le figure mediche interessate (MMG e PLS) per migliorare la tempistica di segnalazione dei casi di meningite da *Streptococco Pneumoniae*;
- migliorare l'indagine epidemiologica dei casi meningite da *Streptococco Pneumoniae* ed eliminazione dei casi di meningite di seconda generazione successivi al caso indice;
- garantire la diffusione del nuovo PRP tra gli operatori sanitari e tra la popolazione generale.

Indicatori	Fonte di verifica	Valore dell'indicatore al 31 dicembre 2010	Valore dell'indicatore al 31 dicembre 2011		Valore dell'indicatore al 31 dicembre 2012	
			Atteso	Osservato	Atteso	osservato
Copertura nei primi 24 mesi	*Studio ICONA 2008	56%	70%		80%	
N° casi di Meningite pneumococcica nell'infanzia	Sistema nazionale di notifica delle malattie infettive	0	0		0	

RIFERIMENTI BIBLIOGRAFICI

1. Dati di sorveglianza delle malattie batteriche invasive (agg.al 29/10/2010).I.S.S. *Disponibile indirizzo <http://www.ministerosalute.it>*
2. Piano Regionali Vaccini della Regione Molise. DGR n. 344 del 21/03/06





1) **Regione: MOLISE**

2) **PROGRAMMA: PREVENZIONE DELLE MALATTIE SUSCETTIBILI DI VACCINAZIONE**

3) **Linea di intervento generale: 2.4**

4) **Identificativo del programma: 2.4.3** Mantenimento e miglioramento della copertura vaccinale anti HPV nelle giovani adolescenti

5) **Descrizione dell'intervento programmato:**

RAZIONALE

In Italia, a dicembre 2007 l'Intesa tra il Ministero della Salute e le Regioni e PP.AA. (1) ha definito l'offerta attiva della vaccinazione contro il papilloma virus umano (HPV), identificando, in accordo con le raccomandazioni dell'OMS (2), come *target* prioritario le dodicenni. L'Intesa ha fissato come obiettivo del programma di vaccinazione una copertura con tre dosi di vaccino pari al 95% entro il 2013. Il monitoraggio condotto dal Reparto di Epidemiologia di Malattie Infettive del CNESPS, in collaborazione con il Gruppo Sanità Pubblica del Coordinamento Interregionale della Prevenzione (3) ha rilevato nella nostra Regione all'inizio del nuovo programma buoni risultati di copertura vaccinale, ma attualmente si sta registrando minore adesione indicandoci spazi di intervento per migliorare la promozione e la diffusione della iniziativa di prevenzione primaria sulla specifiche popolazioni *target*.

AZIONI

-Costituzione e formalizzazione di un'Unità Ambito di Progetto (U.A.P.) la quale, nel rispetto di un crono programma elaborato ad *hoc*, in ciascuno dei quattro Ambiti del Territorio, garantisce la realizzazione delle azioni previste nella linea progettuale. La U.A.P. funge da interfaccia fra le U.O.C. di Igiene e Sanità Pubblica di ciascun Ambito e il Coordinatore Regionale del Progetto in ogni fase del programma e fornisce tutti i dati disponibili per la valutazione dello stato di avanzamento del progetto.

Kepp-up

-Offerta attiva e gratuita del vaccino HPV a tutte le bambine al compimento dell'undicesimo anno(4).

Catch-up

-recupero delle non vaccinate (HPV) con mantenimento del diritto di gratuità alla vaccinazione fino al compimento del 16° anno in occasione degli accessi ai Servizi vaccinali per le altre vaccinazioni;

-recupero delle non vaccinate (HPV) fino a 16° anno, attraverso l'invio ai PLS dell'elenco nominale delle proprie assistite eleggibili dall'anagrafe vaccinale informatizzata Regionale per sollecitare i genitori che non hanno risposto all'invito. E' dimostrato come il consiglio del PLS influenza in modo rilevante le scelte sanitarie della famiglia e della bambina in ordine alle vaccinazioni, è fondamentale il suo ruolo nelle azioni di *counseling*;

-recupero con chiamata attiva (cartolina o telefonata) delle coorti *target* stabilita con crono programma ad *hoc*;

-recupero delle non vaccinate che ne fanno richiesta con mantenimento del diritto di gratuità alla vaccinazione fino al 16° anno;

-recupero fino al 16° anno di età in tutte le occasioni opportune delle bambine (es. richiesta del certificato di vaccinazione) attraverso la verifica dello stato vaccinale e offerta se necessario;

-mantenimento fino al 26° anno dell'offerta vaccinale in *co-payment* per le donne che lo richiedono;

-registrazione nell'anagrafe vaccinale delle coorti vaccinate ('96;'97;'98;'99) per monitorare regolarmente i dati di copertura vaccinale, in modo da identificare tempestivamente eventuali aree di bassa copertura e per la valutazione a medio e lungo tempo dell'impatto della prevenzione offerta.

-Promozione di due interventi di formazione/informazione degli operatori sanitari appartenenti ai centri vaccinali dell'ASReM per approfondire gli aspetti della comunicazione relativi al *counseling* vaccinale e alla gestione delle emergenze vaccinale.

-Informazione e comunicazione personalizzata allo specifico *target* con predisposizione di apposito materiale informativo e incontri c/o le scuole medie nelle aree dove si richiede una maggiore attività di *catch-up*.



6) Beneficiari: le ragazze dall'11° anno di vita fino al compimento del 16° anno di vita						
7) Obiettivi di salute (e/o obiettivi di processo perseguiti):						
OBIETTIVO GENERALE (4):						
<ul style="list-style-type: none"> prevenire le infezioni e le lesioni associate allo sviluppo di neoplasie da HPV nel <i>target</i> primario migliorando l'adesione alla vaccinazione HPV nelle giovani adolescenti. 						
OBIETTIVI SPECIFICI:						
<ul style="list-style-type: none"> raggiungere e mantenere una copertura vaccinale dell'95% a tre dosi nelle coorti in cui c'è stata l'offerta attiva della vaccinazione anti HPV(4); individuare e analizzare per ogni singolo Ambito i motivi della mancata o ritardata vaccinazione ed intraprendere azioni correttive al fine del raggiungimento dell'obiettivo; garantire la diffusione del nuovo PRP tra gli operatori sanitari e tra la popolazione generale. 						
Indicatori	Fonte di verifica	Valore dell'indicatore al 31 dicembre 2010	Valore dell'indicatore al 31 dicembre 2011		Valore dell'indicatore al 31 dicembre 2012	
			Atteso	Osservato	Atteso	osservato
Copertura vaccinazione HPV con III dosi Coorte 97	Rilevazione Ministeriale	74%	85%		95%	
Copertura vaccinazione HPV con III dosi Coorte 98	Rilevazione Ministeriale	24%	65%		75%	
Copertura vaccinazione HPV con III dosi Coorte 99	Rilevazione Ministeriale	nd	65%		75%	

RIFERIMENTI BIBLIOGRAFICI

- Intesa tra il governo, le Regioni e le Province Autonome concernente "Strategie per l'offerta attiva del vaccino contro l'infezione da HPV in Italia" del 20 dicembre 2007. Disponibile su: <http://www.statoregioni.it>
- WHO 2006. Preparing for the introduction of HPV vaccines: policy and programme guidance for countries. Disponibile su: <http://www.rho.org>
- C. Giambi, S. Declich, A. C. Finarelli, M. G. Pascucci,, S. Salmaso e il Gruppo di Sanità Pubblica del Coordinamento Interregionale della Prevenzione Strategie vaccinali nazionali e regionali per la vaccinazione anti-HPV e primi dati di copertura vaccinale: a che punto siamo. Disponibile su: <http://www.epicentro.it>
- Il programma di vaccinazione nella Regione Molise D.G.R. n. 368 del'08/04/08. BURM n°9 del 30/04/2008



1) **Regione: MOLISE**

2) **PROGRAMMA: PREVENZIONE DELLE MALATTIE SUSCETTIBILI DI VACCINAZIONE**

3) **Linea di intervento generale: 2.4**

4) **Identificativo del programma: 2.4.4** Miglioramento della copertura vaccinale antimeningococcica C nell'infanzia e nei giovani adolescenti

5) **Descrizione dell'intervento programmato:**

La malattia meningococcica ha come agente eziologico diversi sierogruppi di *Neisseria meningitidis*. L'incidenza è compresa tra i 0,5 e 5 casi per 100.000 abitanti. Ha una distribuzione globale e morbosità significativa soprattutto nei bambini piccoli e negli adolescenti. La maggiore incidenza della malattia meningococcica nei neonati continua a porre come obiettivo cruciale dell'intervento la protezione dell'intera popolazione nella fascia ad alto rischio. In Italia i dati del SIMI aggiornati ad ottobre 2010 rilevano la maggiore incidenza della malattia nella fascia di età inferiore all'anno con una percentuale di letalità bassa, ma comunque da forte impatto sociale. Valutando l'andamento del sierogruppo C, si osserva che dopo l'introduzione del Piano Nazionale Vaccini 2005-2007 si è rilevato una drastica riduzione dell'incidenza del sierogruppo di tipo C mentre il sierogruppo B ha mantenuto la sua normale attuale incidenza non essendo stata introdotta nessuna strategia di tipo vaccinale specifica. L'analisi dei dati sulle strategie adottate in alcuni Paesi (Olanda e in Belgio) con l'offerta ad una dose del vaccino antimeningococco C a tutti i nuovi nati e un intervento di *catch up* negli adolescenti dimostra una riduzione dell'incidenza della patologia meningococcica sia nella popolazione vaccinata che in quella non vaccinata grazie alla *herd immunity*, con conseguente riduzione del numero dei portatori e della trasmissione nella popolazione non vaccinata.

AZIONI:

- -costituzione e formalizzazione di un'Unità Ambito di Progetto (U.A.P.) la quale, nel rispetto di un cronoprogramma creato ad hoc in ciascuno dei quattro Ambiti del Territorio, garantisce la realizzazione delle azioni previste nella linea progettuale. La U.A.P. funge da interfaccia fra le U.O.C. di ciascun Ambito e il Coordinatore Regionale del Progetto in ogni fase del programma e fornisce tutti i dati disponibili per la valutazione dello stato di avanzamento del progetto.

-Kepp-up:

Offerta attiva e gratuita del vaccino coniugato antimeningococco C a tutti i nuovi nati(2).

-Catch-up:

- offerta attiva e gratuita del vaccino coniugato antimeningococco C a tutti i bambini nel corso dell'undicesimo anno di vita (11 anni ed un giorno);
- recupero attivo dei bambini fino a 24 mesi di età non vaccinati;
- recupero dei non vaccinati dal ventiquattresimo mese di vita fino ai 5 anni di vita attraverso l'invio ai PLS dell'elenco nominale, eleggibile dall'anagrafe vaccinale regionale informatizzata, dei propri assistiti per sollecitare i genitori che non hanno risposto all'invito. E' dimostrato come il consiglio del PLS influenza in modo rilevante le scelte sanitarie della famiglia e del bambino in ordine alle vaccinazioni, è fondamentale il suo ruolo nelle azioni di *counseling*, anche utilizzando le occasioni di contatto previste per i bilanci di salute;
- recupero dei suscettibili fino a cinque anni di età che ne fanno richiesta;
- recupero con offerta della vaccinazione in tutte le occasioni opportune dei soggetti suscettibili fino ai cinque anni di età (es. richiesta del certificato di vaccinazione) attraverso la verifica dello stato vaccinale.

Follow-up:

- miglioramento del sistema di notifica a livello Territoriale, tipizzazione sierologica di ogni caso di meningite.
- registrazione nell'anagrafe vaccinale dei bambini vaccinati per monitorare regolarmente i dati di

copertura vaccinale, in modo da identificare tempestivamente nelle coorti interessate eventuali aree di bassa copertura e per la valutazione dell'impatto nel tempo della prevenzione offerta.

- Attività d'informazione con predisposizione di apposito materiale informativo.
- Promozione di due interventi di formazione/informazione degli operatori sanitari appartenenti ai centri vaccinali dell'ASReM per approfondire gli aspetti della comunicazione relativi al *counseling* vaccinale e alla gestione delle emergenze vaccinali.

6) Beneficiari:

Tutti i nuovi nati

Tutti i bambini nel corso dell'11 anno di vita

7) Obiettivi di salute (e/o obiettivi di processo perseguiti):**OBIETTIVO GENERALE :**

- ridurre le infezioni invasive e non invasive da *Neisseria meningitidis* nella popolazione infantile e negli adolescenti.

OBIETTIVI SPECIFICI:

- raggiungere e mantenere una copertura vaccinale dell'80% entro i 24 mesi di vita, in tutti e quattro gli Ambiti Territoriali dell'ASReM;
- raggiungere e mantenere una copertura vaccinale dell'65% nella coorte degli adolescenti di anni 11 (coorte del 2000 nel 2011);
- individuare e analizzare per ogni singolo Ambito i motivi della mancata o ritardata vaccinazione ed intraprendere azioni correttive al fine del raggiungimento dell'obiettivo;
- definire e attuare iniziative vaccinali supplementari rivolte alle popolazioni suscettibili sopra ai 2 anni inclusi gli adolescenti fino all'età pediatrica;
- definire una linea guida Aziendale per le figure mediche interessate (MMG e PLS) per migliorare la tempistica di segnalazione dei casi di meningite da *Neisseria meningitidis*
- migliorare l'indagine epidemiologica dei casi meningite da *Neisseria meningitidis*; ed eliminazione dei casi di meningite di seconda generazione successivi al caso indice;
- garantire la diffusione del nuovo PRP tra gli operatori sanitari e tra la popolazione generale.

Indicatori	Fonte di verifica	Valore dell'indicatore al 31 dicembre 2010	Valore dell'indicatore al 31 dicembre 2011		Valore dell'indicatore al 31 dicembre 2012	
			Atteso	Osservato	Atteso	osservato
Copertura vaccinazione anti meningococco C nei primi 24 mesi	Studio* ICONA 2008	50%	65%		80%	
Copertura vaccinazione anti meningococco C all'11 anni di età	Dato non disponibile	-	50%		65%	
N° casi di Meningite da <i>Neisseria meningitidis</i> nell'infanzia	Sistema di notifica delle malattie infettive	0	0		0	

RIFERIMENTI BIBLIOGRAFICI:

1. Dati di sorveglianza delle malattie batteriche invasive (agg. al 29/10/2010) I.S.S. Disponibile indirizzo <http://www.ministerosalute.it>;
2. Piano Regionali Vaccini della Regione Molise DGR n. 344 del 21/03/06.



1) Regione: MOLISE

2) Titolo del programma: PREVENZIONE DELLE INFEZIONI CORRELATE ALL'ASSISTENZA SANITARIA

3) Identificativo della linea di intervento generale di cui in Tabella 1: 2.5

4) Identificativo del programma all'interno del piano operativo regionale: 2.5.1

5) Breve descrizione dell'intervento programmato:

PREMESSA: Nel panorama dei potenziali rischi per la sicurezza del paziente attribuibili all'assistenza sanitaria, le complicanze infettive giocano un ruolo di primo piano, perché sono frequenti, hanno un elevato impatto clinico ed economico e perché sono evitabili con l'adozione di misure di provata efficacia.

Le infezioni correlate all'assistenza (ICA) rappresentano la complicanza in assoluto più frequente tra i pazienti ricoverati in ospedale. Secondo uno studio ormai classico, condotto all'inizio degli anni '90 a New York, una singola infezione - l'infezione del sito chirurgico - si collocava al secondo posto tra tutti gli eventi avversi rilevati in pazienti ricoverati in ospedale.

Studi successivi hanno messo in luce come le complicanze infettive siano frequenti anche in altri ambiti sanitari, quali le strutture residenziali per anziani o l'assistenza domiciliare.

La frequenza con cui compare una complicanza infettiva è pari a 5-10% in pazienti ricoverati in ospedale, a 5% in pazienti residenti in strutture per anziani ed a 1% in pazienti assistiti a domicilio. Il 5-10% delle complicanze infettive si manifesta in modo epidemico; tali eventi si associano spesso a mortalità elevata, con problemi di natura medico legale ed un notevole impatto sulla opinione pubblica. Sono, inoltre, sempre più frequenti le infezioni sostenute da microrganismi resistenti agli antibiotici.

Oltre che essere frequenti, le infezioni correlate all'assistenza sanitaria sono anche gravi ed hanno un impatto economico rilevante: per le sepsi e le polmoniti si stima una mortalità attribuibile pari a 20-30%; secondo uno studio australiano, le infezioni della ferita chirurgica si collocano al primo posto in una graduatoria di eventi avversi ordinati per costo medio annuale atteso per il sistema sanitario; il costo annuale per le infezioni ospedaliere è stato stimato essere pari a 6,7 milioni di dollari negli Stati Uniti ed a 1,7 milioni di dollari nel Regno Unito.

Su 100 ICA in media 20 sono prevenibili; questa stima cambia, però, sostanzialmente a seconda del tipo di infezione e del contesto: i diversi studi hanno, infatti, riportato una riduzione della frequenza di complicanze infettive, in seguito a programmi di intervento, che andava dal 10% al 70%.

Le ICA possono essere prevenute adottando misure dimostrate efficaci a ridurre il rischio di trasmissione di microrganismi potenzialmente patogeni nel corso dell'assistenza sanitaria: in questi anni, numerose istituzioni sanitarie e associazioni scientifiche a livello internazionale hanno prodotto linee guida *evidence based* sulle misure di prevenzione da adottare per ridurre tali rischi.

IMPIANTO PROGETTUALE

Nella regione Molise sono presenti tre P.O.:

- 1) Campobasso-Larino
- 2) Termoli
- 3) Isernia-Venafro-Agnone.

Le tematiche di interesse sono le seguenti:

- Procedure comportamentali in Sala Operatoria,
- Procedure di verifica e di rintracciabilità dei preparati sterili,
- Procedure di verifica sul funzionamento delle autoclavi
- Linee - guida per il Processo di Sterilizzazione,
- Linee - guida per il Cateterismo vescicale,
- Linee -guida per il Lavaggio delle Mani,
- Linee- guida per il Cateterismo Venoso Centrale,



- Protocollo per la Tricotomia Pre-operatoria,
- Protocollo per gli Interventi di Pulizia Straordinaria,
- Linee - guida per la gestione dei rifiuti ospedalieri,
- Corso di Aggiornamento per il personale addetto alla Centrale di Sterilizzazione.



Le azioni utili da attuare sono:

- 1) verifica sulla istituzione ed attività delle CIO dei PP.OO;
- 2) monitoraggio degli errori clinici
- 3) parlare con figure chiave, ad esempio organizzare uno o più riunioni con le persone che hanno le conoscenze, le capacità e il ruolo utili a descrivere la situazione corrente e le resistenze a cambiare, ad esempio i coordinatori infermieristici per quanto concerne specifiche pratiche assistenziali;
- 4) monitoraggio delle linee guida eventualmente adottate per:
 - a) Cateteri Venosi
 - b) Sale Operatorie
 - c) Sterilizzazione
 - d) Sanificazione Ambientale
- 5) una volta uniformate le linee guida a tutte le strutture, organizzare la formazione del personale

Successivamente verrà elaborato un report dei dati ottenuti ed una relazione per centralizzare in Out-Sourcing la sterilizzazione: teleria, ferri chirurgici, fibre ottiche dei tre Presidi Ospedalieri della Regione Molise.

6) Beneficiari: tutti coloro che prestano assistenza sanitaria e devono rappresentare la base di riferimento per la definizione di protocolli operativi locali che contengano principi standard per il controllo delle ICA e per coloro che hanno responsabilità dirette nell'ambito dei programmi di controllo delle infezioni. Per sviluppare protocolli locali le raccomandazioni possono essere utilizzate per programmare le attività di controllo in modo appropriato e per programmi di audit - clinico, valutazione e formazione degli operatori, programmi di miglioramento della qualità dell'assistenza.

7) Obiettivi di salute perseguiti:

Obiettivo principale:

Individuare le misure di prevenzione e controllo delle ICA, sostenute da raccomandazioni forti, relative a temi di prevenzione di carattere generale, comuni ai vari ambiti assistenziali.

Obiettivi secondari:

-Fornire agli amministratori e ai responsabili dei programmi di controlli delle ICA un riferimento autorevole sulle misure e pratiche assistenziali, che devono rappresentare un obiettivo irrinunciabile dei programmi di intervento.

-Rendere disponibili standard di riferimento per la valutazione dei programmi di controllo, a livello di Azienda o di singola Unità Operativa.

Le raccomandazioni hanno l'obiettivo di promuovere le buone pratiche assistenziali. E' evidente che nell'attuazione dei programmi di controllo bisognerà anche ottemperare a quanto previsto dalla normativa vigente.

INDICATORI	FONTE di VERIFICA	VALORE DELL'INDICATORE AL 31 DICEMBRE 2010	VALORE DELL'INDICATORE AL 31 DICEMBRE 2011		VALORE DELL'INDICATORE AL 31 DICEMBRE 2012	
			ATTESO	OSSERVATO	ATTESO	OSSERVATO
Prevalenza	Report semestrale o annuale con gli indici standardizzati previsti dalle linee guida	standard	70%	90%	80%	95%
incidenza	idem	standard	70%	90%	80%	95%

1) Regione: MOLISE**2) PROGETTO:**

ISTITUZIONE DEL SISTEMA DI SORVEGLIANZA DELLE NUOVE DIAGNOSI DI INFEZIONE DA HIV NELLA REGIONE MOLISE E INTERVENTI DI INFORMAZIONE SULLE MALATTIE SESSUALMENTE TRASMESSE

3) Linea di intervento generale: 2.6**4) Identificativo del programma: 2.6.1****5) Descrizione dell'intervento programmato:**

Il programma si inserisce nell'ambito dell'intervento previsto da Decreto Ministeriale del 31/3/2008 e prevede l'istituzione di un sistema di sorveglianza sul territorio regionale delle nuove diagnosi di infezione da HIV. In rapporto alla rete regionale per la prevenzione, la diagnosi e il trattamento della malattia da HIV che prevede un unico centro di riferimento clinico situato presso la UOC Malattie Infettive dell'ospedale Cardarelli di Campobasso, di un unico centro di diagnostica per la conferma della infezione, situato nel Centro Trasfusionale dello stesso ospedale, il sistema sarà basato sul coinvolgimento delle strutture in cui viene effettuato il test di screening per la diagnostica dell'infezione.

Un operatore per ogni struttura diagnostica sarà formato agli aspetti di informazione e counselling e sarà responsabile della trasmissione dei dati alla UOS AIDS dell'UOC Malattie infettive che avrà il compito di :

1. Notificare i casi di AIDS al Centro Operativo AIDS dell'ISS;
2. I dati sui test HIV effettuati nella regione Molise;
3. Raccogliere le segnalazioni di nuove diagnosi di infezione da HIV e comunicarle al Ministero e al Centro Operativo AIDS dell'ISS secondo le modalità previste dal DM 31.03.2008;
4. Predisposizione di Materiale informativo da consegnare ai soggetti negativi con informazioni sulle MTS e sui tempi in cui effettuare il test dopo comportamenti a rischio oltre a indicazioni per la prevenzione dell'HIV e delle altre infezioni a trasmissione sessuale;
5. Organizzazione corsi di formazione rivolti al personale dei laboratori analisi pubblici e privati relativi alla epidemiologia, clinica e diagnostica della malattia da HIV e agli aspetti psicologici relativi al counselling pre-test HIV.

I laboratori di analisi, a loro volta dovranno:

- garantire l'accesso gratuito, anonimo e diretto al test;
- effettuare il counseling pre-test;
- in caso di esito negativo, consegnare materiale informativo;
- in caso di esito positivo, segnalare immediatamente al centro clinico, presso cui verrà predisposto un percorso preferenziale perché il paziente possa essere informato correttamente sulla infezione e, nel più breve tempo possibile, possa essere preso in carico per essere sottoposto alle indagini del caso ed, eventualmente, alla terapia;
- provvedere alla segnalazione periodica alla UOS AIDS del numero dei test effettuati nell'anno, al fine di ricostruire il numero complessivo di test effettuati sul territorio regionale.



La segnalazione rapida al centro clinico dei nuovi casi di malattia inciderà in senso positivo sulla prevenzione secondaria della malattia AIDS, dal momento che l'identificazione dei soggetti infetti ma non malati può evitare la progressione verso la malattia conclamata mediante l'assunzione di farmaci antiretrovirali.

Inoltre il counseling e la consegna di materiale informativo sulle Malattie a Trasmissione Sessuale ad una popolazione evidentemente esposta a rischio, come coloro che chiedono di sottoporsi al test anti HIV sarà efficace come intervento di prevenzione primaria. L'informazione incentrata non solo sulla malattia da HIV, ma su tutte le patologie infettive trasmesse sessualmente e su quelle trasmesse mediante l'uso di siringhe usate per l'auto-somministrazione di sostanze stupefacenti per via endovenosa sarà portata nell'ambito del programma, nelle scuole o in ambienti frequentati da soggetti a rischio. Pertanto verranno attivate campagne informative incentrate non solo sulla malattia da HIV, ma su tutte le patologie infettive trasmesse sessualmente e su quelle trasmesse mediante l'uso di siringhe usate per l'auto-somministrazione di sostanze stupefacenti per via endovenosa: sarà portata nell'ambito del programma, nelle scuole o in ambienti frequentati da soggetti a rischi. Pertanto verranno effettuati una serie di incontri da tenersi presso le scuole medie superiori della regione; inoltre si è deciso di focalizzare l'intervento presso le carceri (nel Molise ne sono presenti tre). E' quindi prevista la somministrazione di un questionario mirato a valutare le conoscenze sulle malattie sessualmente trasmesse e sui comportamenti a rischio, seguito da un seminario tenuto da medici esperti in malattie infettive e successiva riproposizione del questionario per valutare l'impatto formativo dell'intervento. Inoltre sarà elaborato un opuscolo sulle raccomandazioni per prevenire le MTS, da distribuire presso gli studi dei MMG, farmacie, centri di aggregazione giovanile (discoteche, centri sportivi, ecc) e ipermercati.

6) Beneficiari: la popolazione generale per quanto riguarda il monitoraggio dell'infezione da HIV e la distribuzione di opuscoli per la prevenzione delle MTS; i giovani studenti molisani e la popolazione a rischio quale quella detenuta, che per il 30% è tossicodipendente e dove sono presenti rischi da promiscuità sessuale, per quanto riguarda campagne informative di educazione sanitaria diretta.

7) Obiettivi di salute (e/o obiettivi di processo perseguiti): monitoraggio dell'infezione da HIV. Educare i giovani e popolazioni a rischio a corretti comportamenti e ridurre il rischio di contrarre malattie sessualmente trasmesse.

Indicatori	Fonte di verifica	Valore dell'indicatore al 31 dicembre 2010	Valore dell'indicatore al 31 dicembre 2011		Valore dell'indicatore al 31 dicembre 2012	
			Atteso	Osservato	Atteso	Osservato
Attivazione sistema informativo HIV	ISS	In attivazione	Copertura del 50% del territorio regionale		Copertura del 100% del territorio regionale	
Elaborazione opuscoli e diffusione negli studi di MMG, farmacie, ipermercati, luoghi di aggregazione	Attestazione dell'Assessorato regionale alle Politiche per la Salute	In corso l'elaborazione	Diffusione al 25% dei luoghi indicati		Diffusione al 75% dei luoghi indicati	
Campagne di informazione presso le scuole superiori del Molise e presso gli Istituti penitenziari regionali.	Attestazione dell'Assessorato regionale alle Politiche per la Salute e delle relative Istituzioni scolastiche e penitenziarie	In fase di elaborazione questionario e tempi per programmare interventi con gli Uffici Scolastici Provinciali e le Direzioni degli Istituti di Pena	30% degli incontri effettuati		100% degli incontri effettuati	

1) **Regione: MOLISE**

2) **PROGETTO:** Prevenzione delle patologie da importazione nelle donne immigrate

3) **Linea di intervento generale:** 2.6

4) **Identificativo del programma:** 2.6.3

5) **Descrizione dell'intervento programmato:**

L'immigrazione in Italia è in costante aumento, tanto da essere considerato un fenomeno stabile, e in modo strutturale, sia nella realtà demografica e sociale del nostro paese.

Quando la presenza degli stranieri diventa stabile tanto più è necessario conoscere a fondo i problemi ed il fenomeno per i suoi risvolti sociali, culturali e sanitari; tutto ciò affinché gli interventi siano mirati e specifici.

Nonostante la volontà di studiare il fenomeno dal punto di vista epidemiologico, ci sono diverse difficoltà.

In primo luogo l'eterogeneità della popolazione straniera: quando si parla di immigrati si fa riferimento a gruppi demografici diversi fra loro per provenienza sociale, appartenenza etnica, lingua, religione e status giuridico. Si capisce come questi aspetti non sono indifferenti sul piano di profilo di salute.

Negli ultimi anni anche grazie alle nuove normative si è assistito ad un aumento dei nuovi permessi per ricongiungimento familiare, in generale si assiste ad una "familiarizzazione" dei flussi migratori, ricongiungimento dei coniugi e l'aumento dei matrimoni e delle nascite di cittadini stranieri.

Donne straniere regolari e donne straniere irregolari (provviste del codice ENI stranieri europei e codice STP per le straniere extra-europee) possono usufruire degli ambulatori sul territorio finalizzati alla prevenzione, diagnosi e cura della patologia dell'apparato genitale legate alle malattie sessualmente trasmesse.

Scopo del progetto è quello di monitorare le patologie infettive da importazione. Le principali malattie infettive di cui un Ambulatorio dedicato si occuperà sono:

- sifilide
- gonorrea
- linfogranuloma inguinale o venereo
- infezioni da clamydia
- infezioni da HIV
- Herpes genitale
- Infezioni da HPV
- Infezioni fungine
- Trichomonias
- Parassitosi (pediculosi e scabbia)
- tubercolosi



Presso i Consultori Familiari sarà anche effettuato:

- informazione ed educazione sanitaria della popolazione immigrata, offrendo anche un opuscolo in multilingue (arabo, inglese, francese, ecc.) con indicazioni di prevenzione e di indirizzi sanitari con allegato un questionario facoltativo sulle condizioni igieniche dell'ambiente familiare e abitativo.
- counseling
- diagnosi precoce, gestione diagnostica dei quadri clinici e terapia degli stessi.

Estremamente importante che si instauri una collaborazione costante e fattiva con specialisti di altre branche con cui sono indispensabili sinergie cliniche (dermatologo, oncologo, infettivologo, etc.). Indispensabile la figura del "mediatore culturale".

Considerando la popolazione immigrata nel Molise, circa 1,5 % su una popolazione totale di circa 320.000, sono circa 4.800 persone straniere. Considerando la popolazione femminile del 60% circa 2900 donne straniere.

Si offrirà anche l'esecuzione di un tampone vaginale completo (micoplasma, clamidia, germi comuni) e HPV, il progetto prevede un arruolamento di circa il 60% delle donne immigrate.

In tal modo si avrà un database con indicazioni delle principali patologie da importazione presenti nella nostra regione, per poi poter attivare le misure di prevenzione per evitare la diffusione di focolai autoctoni.

6) Beneficiari: donne immigrate presenti nella regione Molise

7) Obiettivi di salute (e/o obiettivi di processo perseguiti):
monitoraggio del fenomeno immigratorio per la prevenzione delle patologie da importazione.

Indicatori	Fonte di verifica	Valore dell'indicatore al 31 dicembre 2010	Valore dell'indicatore al 31 dicembre 2011		Valore dell'indicatore al 31 dicembre 2012	
			Atteso	Osservato	Atteso	osservato
percentuale delle donne immigrate screenate	dati regionali	10	25		40	
percentuale delle donne immigrate che riconsegnano il questionario per raccolta dati	ati regionali	0	25		50	





1) Regione MOLISE

2) Titolo del progetto o del programma: Progetto di categorizzazione del rischio delle attività alimentari, inclusi gli impianti acquedottistici e verifica dell'applicazione delle rispettive procedure di autocontrollo attuate in ambito regionale

3) Identificativo della Linea o delle Linee di intervento generale di cui in Tabella 1:

2.0 Prevenzione Universale

2.8 Prevenzione delle malattie determinate da alimenti, ivi compresa l'acqua destinata al consumo umano

2.8.1 categorizzazione del rischio e verifica delle procedure di autocontrollo delle attività di ristorazione pubblica e collettiva

2.8.2 categorizzazione del rischio e verifica delle procedure di controllo interno degli impianti acquedottistici

4) Numero identificativo del progetto o programma all'interno del Piano operativo regionale:

5) Breve descrizione dell'intervento programmato:

Le attività previste dal progetto rientrano nel Livello Essenziale di Assistenza "Assistenza Sanitaria Collettiva negli ambienti di vita e di lavoro" e competono, in particolare, al Servizio Igiene degli Alimenti e della Nutrizione (SIAN). Il controllo igienico-sanitario nei settori della produzione, trasformazione, commercializzazione, trasporto, deposito distribuzione e somministrazione di alimenti e bevande, comprese le acque minerali e quelle destinate al consumo umano, è indispensabile ai fini della prevenzione e controllo delle tossinfezioni alimentari e delle patologie collettive di origine alimentare, per cui è importante sviluppare una modalità di attribuzione del rischio alle attività controllate omogeneo a livello regionale.

I mutamenti intervenuti, infatti, nell'organizzazione sanitaria regionale, che ha istituito un'ASReM unica, prevedendo anche un unico Dipartimento di Prevenzione, determinano la necessità di attivare un sistema di coordinamento fra le varie UU.OO. SIAN e di uniformare l'attività di analisi del rischio collegato al consumo di alimenti e dell'acqua destinata al consumo umano.

Linea progettuale 2.8.1 Le norme che definiscono il regime dei controlli per garantire la sicurezza igienico-sanitaria degli alimenti nell'Unione europea sono fissate nei Regolamenti del cosiddetto "Pacchetto Igiene", il cui nucleo è costituito da sei regolamenti, il Regolamento CE/178/2002 fissa i principi generali, il Regolamento CE/852/2004 definisce norme e requisiti per la produzione e commercializzazione di alimenti, il Regolamento CE 882/2004 definisce norme e procedure per lo svolgimento dei controlli da parte delle Autorità competenti, al fine di garantire la sicurezza dei prodotti alimentari, i restanti Regolamenti sono di stretta competenza veterinaria.

Il Dlgs N. 193/2007 stabilisce che, ai fini dell'applicazione dei Regolamenti Europei, le Autorità competenti (AC) in Italia sono il Ministero della salute, le Regioni e le province autonome di Trento e Bolzano, le Aziende Sanitarie Locali, ciascuno nell'ambito delle rispettive competenze.

Ai sensi del Regolamento CE/882/2004, l'Autorità Competente deve garantire che i controlli ufficiali siano eseguiti periodicamente, in base ad una valutazione dei rischi e con frequenza appropriata, tenendo conto sia dei rischi identificati associati con gli alimenti, che dei dati precedenti relativi agli operatori del settore, nonché dell'affidabilità dei propri controlli già eseguiti e di qualsiasi informazione che possa indicare un'eventuale non conformità.

Secondo le Linee Guida nazionali per il controllo ufficiale ai sensi del Regolamento CE/882/2004, ai fini del raggiungimento degli obiettivi in materia di controllo ufficiale, le AC devono prevedere, oltre all'anagrafica degli OSA, una pianificazione del lavoro basata sulla categorizzazione del rischio relativo alle imprese alimentari.

Le precitate Linee Guida hanno sviluppato una scheda da utilizzare nel corso delle attività di controllo ufficiale, contenente i criteri per la valutazione del livello di rischio, nonché la verifica della completezza, dell'adeguatezza e del grado di applicazione del sistema di autocontrollo ed hanno indicato come imprese a rischio elevato, la ristorazione (pubblica o collettiva).

La Regione Molise, con D.G.R. 1303 del 30 dicembre 2009 "Piano di Controllo Regionale Pluriennale Integrato 2010-2012" ha approvato i criteri di categorizzazione sopra esposti.

Linea progettuale 2.8.2 Il Decreto legislativo n. 178/2002 definisce alimento "Qualsiasi sostanza o prodotto trasformato, parzialmente trasformato o non trasformato, destinato ad essere ingerito, o di cui si prevede ragionevolmente che possa essere ingerito, da esseri umani", ivi incluse "...le bevande, le gomme da masticare e qualsiasi sostanza, compresa l'acqua, intenzionalmente incorporata negli alimenti nel corso della loro produzione, preparazione o trattamento".

La contaminazione delle acque contribuisce alla diffusione di malattie e al mantenimento dei livelli di endemia nelle popolazioni. I sistemi di sorveglianza e prevenzione delle malattie di origine idrica rappresentano elementi importanti nel quadro delle politiche di salute pubblica.

Analogamente a quanto previsto dalle normative comunitarie per gli operatori del settore alimentare, ai sensi del D.lvo 31/2001, gli Enti Gestori del pubblico acquedotto devono effettuare controlli interni sulla qualità dell'acqua destinata al consumo umano, dalla captazione al punto di consegna al consumatore.

A distanza di sette anni dall'entrata in vigore del D.lvo 31/01, recepito dalla Regione Molise con Deliberazione n. 520/2005, appare necessario verificare l'attuazione delle suddette normative da parte dei Gestori degli impianti acquedottistici e uniformare i criteri di valutazione del rischio derivante dalla distribuzione di acqua destinata al consumo umano nella regione Molise, in considerazione delle peculiarità locali, compresa la frammentazione delle fonti di approvvigionamento comunali, utilizzate talvolta in commistione, talvolta in alternativa all'acquedotto principale regionale.

Analogamente alla scheda sui criteri per la valutazione del rischio delle imprese alimentari, verrà predisposta una scheda contenente i criteri per la categorizzazione del rischio delle fonti di approvvigionamento idrico (caratteristiche, entità, tipologia attività servite, igiene, sistema di controllo interno, dati storici), da utilizzare presso tutti i SIAN.

Le due linee progettuali si articolano in una prima fase di sperimentazione e di stesura, nel caso delle acque, della scheda di categorizzazione del rischio; in una seconda fase di svolgimento dell'attività, con sopralluoghi del personale dirigente e tecnico dei SIAN presso le aziende individuate, o gli acquedotti per la raccolta e delle informazioni necessarie. Oltre al Personale sanitario, saranno coinvolti gli Operatori del Settore Alimentare (OSA) ed i Gestori degli Acquedotti. Punti critici dei progetti sono la frammentazione territoriale sia delle aziende produttrici, fra cui anche attività stagionali, come gli agriturismi, che dell'approvvigionamento idrico, costituito da numerose piccole sorgenti sparse su tutto il territorio regionale, talvolta di difficile raggiungimento, anche per le condizioni orografiche e climatiche.

UU.OO. coinvolte: SIAN - Direzione dipartimentale con gli uffici di Registrazione degli OSA - Tecnici della Prevenzione, secondo organizzazione delle UU.OO.


6) Beneficiari: Circa 1400 attività da categorizzare (1200 ristorazione pubblica, 200 ristorazione collettiva), da categorizzarne il 60%, di cui 20% di ristorazione pubblica e 40% di ristorazione collettiva; mentre gli Enti Gestori Impianti acquedottistici sono 140 circa, compresa l'Azienda Speciale Regionale Molise Acque, da categorizzarne il 20%.

7) Obiettivi di salute (e/o obiettivi di processo) perseguiti: Miglioramento dell'efficacia del processo di controllo ufficiale da parte dei Servizi dell'ASReM, per mezzo della conoscenza del livello di rischio delle aziende produttrici di alimenti e degli impianti idrici.
Si utilizzeranno gli indicatori riportati in tabella:



INDICATORI DI PROCESSO	FONTE DI VERIFICA	VALORE DELL'INDICATORE AL 31-12-2010	VALORE DELL'INDICATORE AL 31-12-2011		VALORE DELL'INDICATORE AL 31-12-2012		ATTESO	OSSERVATO
			ATTESO	OSSERVATO	ATTESO	OSSERVATO		
n. di aziende categorizzate rispetto al totale delle aziende di ristorazione pubblica e collettiva	n. di schede di categorizzazione compilate e n. di aziende registrate	0/ ristorazione pubblica 0/ ristorazione collettiva	5% ristorazione pubblica 10% ristorazione collettiva				15% ristorazione pubblica 30% ristorazione collettiva	
n. di enti gestori di acquedotti categorizzati rispetto al n. di enti gestori	n. di schede di categorizzazione compilate e n. di Enti gestori di acquedotti	0/150 Enti gestori di acquedotti	5% Enti gestori di acquedotti				15% Enti gestori di acquedotti	
n. di aziende categorizzate rispetto al totale delle aziende di ristorazione pubblica e collettiva	n. di schede di categorizzazione compilate e n. di aziende registrate	0/ ristorazione pubblica 0/ ristorazione collettiva	5% ristorazione pubblica 10% ristorazione collettiva				15% ristorazione pubblica 30% ristorazione collettiva	
n. di enti gestori di acquedotti categorizzati rispetto al n. di enti gestori	n. di schede di categorizzazione compilate e n. di Enti gestori di acquedotti	0/150 Enti gestori di acquedotti	5% Enti gestori di acquedotti				15% Enti gestori di acquedotti	



1) Regione: MOLISE	
2) PROGETTO: Sistema di sorveglianza epidemiologica della Regione Molise	
3) Linea di intervento generale: 2.9	
4) Identificativo del programma: 2.9.1	
<p>5) Descrizione dell'intervento programmato:</p> <p>Con tale progetto si intende attivare un sistema di Sorveglianza epidemiologica della Regione Molise: esplicherà una funzione di responsabilità condivisa tra Regione e Territorio, esprimendosi come rete-gruppo di lavoro coincidente non solo con un disegno di politica sanitaria coerente con i principi di autonomia e responsabilità reali dell'Azienda Sanitaria, ma anche con un'interpretazione dell'epidemiologia come lavoro comune.</p> <p>Sarà costituita da una struttura centrale presso la Direzione Generale V e di cinque strutture periferiche (una presso gli Ambiti ASREM di Campobasso, Termoli e Isernia) e le altre presso l'Università Cattolica del Sacro Cuore - sede di Campobasso e presso la NeuroMed di Pozzilli (IS).</p> <p>La struttura centrale espletterà funzioni di:</p> <ul style="list-style-type: none"> a) indirizzo-coordinamento delle attività; b) elaborazione e diffusione dei dati (tramite specifiche pubblicazioni o su specifiche richieste); c) piano di formazione; d) coordinamento, rilievo ed attestazioni dei dati di prevenzione sanitaria. <p>Le strutture periferiche avranno il compito di:</p> <ul style="list-style-type: none"> a) raccogliere i dati di interesse; b) selezionare i dati di interesse; c) trasmettere i dati d'interesse alla struttura centrale con cui, tra l'altro, individuano-condividono le priorità d'indagine. <p>Presso la struttura centrale opererà il seguente personale:</p> <ul style="list-style-type: none"> N. 1 coordinatore N. 2 unità di Collaboratore Medico N. 1 unità di Collaboratore Amministrativo N. 1 unità di operatore informatico/statistico <p>Presso ogni struttura periferica opererà un referente che coordini le attività sul territorio di competenza.</p> <p>Saranno poi individuati esperti esterni per singole materia.</p> <p>Compito sostanziale è la valorizzazione dei flussi informativi disponibili unitamente, ed in rapporto, all'analisi dell'offerta, a servizio della programmazione della prevenzione sanitaria.</p> <p>Fornirà una serie di dati (socio-demografici, morbi-mortalità, da specifici studi, relativi all'organizzazione dei servizi etc.), attraverso report semestrali.</p> <ul style="list-style-type: none"> a) registro regionale dei mesoteliomi asbesto-correlati; b) registro nominativo delle cause di morte; c) registro dialisi e trapianto renale; 	

- d) registro delle SDO (già attivo);
- e) progetto SINIACA (già attivo);
- f) anagrafe vaccinale informatizzata (già attivo);
- g) anagrafe degli incidenti stradali (già attivo);
- h) registro delle malattie infettive;
- i) registro della malattia da HIV;
- j) registro delle MTS;
- k) sorveglianza del Piano regionale della prevenzione;
- l) registro della malattia diabetica;
- m) registro delle IVG, aborti spontanei e CeDAP;
- n) registro della sanità penitenziaria;
- o) registro sulle dipendenze;
- p) registro delle malattie rare - MR (già attivo)

Si cercherà di organizzare un rapporto di collaborazione con la Medicina di Famiglia con l'obiettivo auspicabile di costruire una rete di sorveglianza permanente di eventi socio-sanitari rilevanti, e relativi percorsi assistenziali, e di realizzare con la Medicina di Famiglia lavori di ricerca.

Per alcune attività di particolare rilevanza e/o specificità, ci si potrà avvalere di diverse collaborazioni specialistiche (ISS-Università).

6) Beneficiari: direttamente la programmazione regionale e indirettamente tutta la popolazione molisana

7) Obiettivi di salute (e/o obiettivi di processo perseguiti): sorveglianza di patologie, determinanti e rischi per la salute nella regione Molise

Indicatori	Fonte di verifica	Valore dell'indicatore al 31 dicembre 2010	Valore dell'indicatore al 31 dicembre 2011		Valore dell'indicatore al 31 dicembre 2012	
			Atteso	Osservato	Atteso	Osservato
numero di registri attivati su quelli previsti	dati regionali	4/15	10/15		15/15	
numero di report semestrali	dati regionali	0	2/2		4/4	



1) Regione Molise	
2) Titolo del progetto o del programma: Progetto di sorveglianza e comunicazione delle informazioni derivanti dai sistemi di sorveglianza sui rischi comportamentali nella fascia di età dai 6 ai 17 anni, e sostegno allo svolgimento di progetti validati di educazione alla salute sui determinanti di "Guadagnare Salute".	
3) Identificativo della Linea o delle Linee di intervento generale di cui in Tabella 1: 2.0 Prevenzione Universale 2.9 Prevenzione e sorveglianza di abitudini, comportamenti, stili di vita non salutari e patologie correlate (alimentazione scorretta, sedentarietà, abuso di alcol, tabagismo, abuso di sostanze) 2.9.1 Adesione ai sistemi di sorveglianza nazionali OKkio alla Salute e HBSC-GYTS 2.9.2 Contrasto all'obesità e agli stili di vita non salutari, attraverso la comunicazione efficace ed integrata dei risultati del sistema di indagine nazionale in età 6-17 anni, anche con sostegno a progetti nazionali validati su alimentazione - attività fisica, in coerenza col programma nazionale "Guadagnare salute" e particolare attenzione agli eccessi e ai difetti nutrizionali, quali quelli di sodio, iodio, acido folico, calcio, ferro ed ai Disturbi del Comportamento Alimentare (DCA).	
4) Numero identificativo del progetto o programma all'interno del Piano operativo regionale:	
5) Breve descrizione dell'intervento programmato: Il programma " <u>Guadagnare salute: rendere facili le scelte salutari</u> " ha come obiettivi principali prevenire e cambiare i comportamenti nocivi che costituiscono i principali fattori di rischio per le malattie non trasmissibili più comuni, di grande importanza epidemiologica e di forte impatto sulla sanità pubblica, promuovendo scelte salutari immediate e stili di vita sani (non fumare, seguire un'alimentazione corretta, evitare o limitare il consumo di alcol e svolgere attività fisica regolare). Nell'ambito di tale programma, il progetto "Sistema di indagini sui rischi comportamentali in età 6-17 anni" ha la finalità di approfondire la conoscenza dei fenomeni nelle giovani generazioni attraverso tre filoni di attività: sorveglianza Okkio alla SALUTE, per i bambini della scuola primaria, e l'Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) e lo Global Youth Tobacco Survey (GYTS), per i ragazzi tra gli 11 e i 15 anni. I risultati nazionali dell'intero progetto di sorveglianza, sia OKKio che HBSC-GYTS, sono stati presentati presso il Ministero della Salute, per la prima volta, il 12 ottobre 2010 La seconda raccolta di OKkio alla SALUTE fornisce risultati non molto dissimili da quanto rilevato nel 2008, con un soprappeso nettamente superiore alla media nazionale, ma anche grazie allo studio ZOOM8 condotto in 6 regioni italiane, sono stati approfonditi alcuni aspetti, le cui risultanze devono essere ancora comunicate in ciascuna regione ai target più indicati (operatori sanitari, famiglie, insegnanti e alunni). Lo studio HBSC condotto per la prima volta a livello nazionale negli anni 2009-10, sui ragazzi tra gli 11 e i 15 anni, indica tra l'altro una riduzione dell'eccesso ponderale al crescere dell'età, pur se unitamente ad un minor consumo quotidiano di verdura, specie al Sud e tra i maschi, ed ad un minor svolgimento di attività fisica, soprattutto fra le femmine. Dallo studio è emerso, inoltre, che	

già a 15 i ragazzi dichiarano di consumare alcol almeno una volta a settimana (40% dei maschi e 24% delle femmine), così come circa 1 quindicenne su 5 dichiara di fumare almeno una volta a settimana. I valori registrati in Molise risultano peggiori della media nazionale, in particolar modo per il soprappeso, il consumo di alcol e l'abitudine al fumo.

Linea progettuale 2.9.1. Si aderirà ai sistemi nazionali di sorveglianza previsti per il periodo.

Linea Progettuale 2.9.2

Verranno sviluppati e diffusi rapporti regionali sui risultati delle indagini condotte fino ad oggi. Verranno preparati opuscoli e predisposto materiale idoneo per la comunicazione tramite media, sia dei risultati citati, sia delle azioni utili alla prevenzione degli eccessi o difetti nutrizionali, anche in considerazione delle abitudini e della realtà locale.

Verranno organizzati, anche con il coinvolgimento di altri Enti, eventi finalizzati alla conoscenza, da parte della popolazione generale e gruppi di interesse, di problematiche sia generali che specifiche sui determinanti della salute.

Verrà effettuata la formazione integrata degli operatori sanitari già coinvolti nel sistema di sorveglianza regionale, estensibile ad operatori di altri servizi e convenzionati, al fine della comunicazione efficace dei dati delle indagini ai target primari (famiglie, insegnanti e alunni).

Verranno programmati e svolti gli incontri fra gli operatori formati e il mondo della scuola.

Verranno illustrati ai dirigenti scolastici progetti nazionali validati di Buone Pratiche, per valutarne la fattibilità a livello locale, al fine di organizzare un percorso comune finalizzato alla promozione di stili di vita sani.

5) Beneficiari: 100% di famiglie e alunni delle scuole primarie per l'indagine campionaria "OKkio alla salute"; 70% di operatori sanitari formati, 60% di scuole raggiunte nella fase di comunicazione.

6) Obiettivi di salute (e/o obiettivi di processo) perseguiti: Migliorare la conoscenza dei comportamenti correlati alla salute in età infantile/adolescenziale e promuovere stili di vita sani, in sempre più stretta collaborazione con il mondo della scuola e coinvolgimento di altri Enti. Si utilizzeranno gli indicatori riportati in tabella:



INDICATORI DI PROCESSO	FONTE DI VERIFICA	VALORE DELL'INDICATORE AL 31-12-2010	VALORE DELL'INDICATORE AL 31-12-2011		VALORE DELL'INDICATORE AL 31-12-2012	
			ATTESO	OSSERVATO	ATTESO	OSSERVATO
n. di indagini di sorveglianza nutrizionale completate rispetto al totale di quelle da svolgere nel periodo	n. di schede e questionari di ciascuna indagine compilati in ciascuna scuola campionata	54/54 scuole campionate per OKkio alla salute (indagine svolta)	0% poiché non è prevista nessuna indagine nazionale		100% delle scuole campionate per OKkio alla salute	
n. di operatori sanitari formati rispetto a quelli dei servizi coinvolti;	Fogli di presenza alle giornate di formazione;	0/80	50%		20%	
n. di incontri effettuati con insegnanti, famiglie, o alunni per la presentazione dei risultati delle indagini, rispetto alle scuole esistenti	fogli di presenza agli incontri con il mondo della scuola compilate e controfirmati dagli insegnanti, o dirigenti scolastici	0/58 scuole primarie esistenti, OKkio	20%		40%	
n. di incontri effettuati con insegnanti, famiglie o alunni per la presentazione dei risultati delle indagini, rispetto alle scuole esistenti	fogli di presenza agli incontri con il mondo della scuola compilate e controfirmati dagli insegnanti, o dirigenti scolastici	0/73 scuole secondarie esistenti per HBSC e GYTS	20%		40%	



1) Regione: MOLISE
2) Titolo del Progetto : PROGRAMMA PER LA RIDUZIONE DELLA MORTALITÀ PER CARCINOMA DELLA CERVICIA UTERINA E PER LA SOSTENIBILITÀ DEL PROGRAMMA DI PREVENZIONE.
3) Identificativo della di Intervento Generale di cui in Tabella 1: 3.1.
4) Numero identificativo del progetto all'interno del Piano operativo regionale: 3.1.1. - 3.1.2.
5) Breve descrizione dell'intervento programmato <p>In linea con le indicazioni contenute nel PNP e sulla base delle evidenze scientifiche emergenti si propone di avviare la sperimentazione dell'utilizzo del test HPV come test di primo livello in considerazione del fatto che risulta ormai acclarata la maggiore sensibilità di questo test rispetto al pap-test convenzionale con minor numero di falsi positivi ed inadeguati.</p> <p>Inoltre, l'introduzione del test HPV consentirebbe una minore dipendenza dal prelevatore, la standardizzazione ed automazione del processo analitico con maggiore riproducibilità del test ed una diminuzione dell'errore umano.</p> <p>Si propone altresì di rafforzare l'intervento preventivo mediante l'integrazione dello screening cervicale con il programma di vaccinazione anti HPV avviato nella regione Molise da oltre due anni. A tal fine risulterebbe particolarmente utile la creazione di una rete tra i database gestionali dei due programmi attivi.</p> <p>Allo scopo di incrementare il tasso di adesione della popolazione invitata, obiettivo più volte richiamato nel PNP, si propone di prevedere espressamente nel Piano regionale: la programmazione di iniziative mirate per la realizzazione di una più incisiva campagna pubblicitaria; la programmazione di incontri informativi territoriali con il coinvolgimento delle amministrazioni locali; l'attivazione di percorsi formativi sulla comunicazione efficace nell'ambito della prevenzione, rivolti a tutto il personale coinvolto nelle attività di I e II livello.</p> <p>Inoltre, allo scopo di incrementare il tasso di adesione della popolazione invitata e di evitare che pazienti negative eseguano più volte il pap test nel triennio (fuori e dentro lo screening), obiettivo più volte richiamato nel PNP, si propone di prevedere la reingegnerizzazione del sistema al fine di impostare gli interventi di prevenzione secondaria non come prestazioni ma come "percorsi" (profili di assistenza) offerti al cittadino all'interno delle varie articolazioni organizzative sul territorio, con l'obiettivo dell'efficacia nella pratica.</p>
6) Beneficiari: Popolazione molisana femminile di età compresa tra i 25 ed i 64 anni (circa 83.000 soggetti)
7) Obiettivi di salute (e/o obiettivi di processo) perseguiti: Riduzione della mortalità per carcinoma della cervice uterina nella popolazione femminile a rischio per età (25 – 64 anni); Attraverso l'integrazione dell'HPV test con la vaccinazione HPV e mediante la reingegnerizzazione che rappresentano una reale razionalizzazione degli interventi di prevenzione, una piccola Regione come il Molise, dove il programma di screening è unico e ad estensione totale, si potrà raggiungere il duplice obiettivo di realizzare una prevenzione primaria ed una prevenzione secondaria su una

popolazione di 350.000 abitanti i cui dati anagrafici ed anamnestici sono in gran parte già disponibili grazie all'operatività ormai decennale degli screening oncologici. Tutto questo consentirà un considerevole abbattimento del tasso di mortalità per carcinoma della cervice uterina in futuro assai prossimo.

INDICATORI	FONTE DI VERIFICA	VALORE DELL'INDICATORE AL 31.12.2010	VALORE DELL'INDICATORE AL 31.12.2011		VALORE DELL'INDICATORE AL 31.12.2012	
			ATTESO	OSSERVATO	ATTESO	OSSERVATO
Tasso di adesione al pap - test/HPV test	GISCI ONS	39%	45%		50%	
Tasso di adesione alla vaccinazione HPV	Prevenzione mediante vaccinazione HPV attualmente operativa solo per le dodicenni	Estensione del vaccino HPV alle pz. di età compresa tra i 25 e 35 anni che si sottopongono a pap - test.	40%		80%	
Tasso di adesione alla colposcopia	GISCI ONS	51%	75%		95%	
Tasso di adesione alla biopsia	GISCI ONS	45%	75%		95%	
Tasso di adesione al trattamento	GISCI ONS	30%	45%		70%	



1) Regione: MOLISE
2) Titolo del Progetto o del Programma : PROGRAMMA PER LA RIDUZIONE DELLA MORTALITÀ PER CARCINOMA DEL COLON – RETTO E PER LA SOSTENIBILITÀ DEL PROGRAMMA DI PREVENZIONE.
3) Identificativo della Linea di Intervento Generale di cui in Tabella 1: 3.1.
4) Numero identificativo del progetto all'interno del Piano operativo regionale: 3.1.1. - 3.1.2.
5) Breve descrizione dell'intervento programmato L'obiettivo principale perseguito dal PNP riguardo allo screening del colon retto è rappresentato dal potenziamento/miglioramento dello stesso. Nell'ambito della regione Molise, per il conseguimento di tale obiettivo risulta essenziale l'accelerazione delle procedure di invio delle risposte all'utenza e la riduzione del rischio di errore nell'informatizzazione dei referti. A tal fine risulta imprescindibile l'adeguamento del software di gestione dello screening coloretale e la sua implementazione sul WEB in modo da realizzare la messa in rete di tutti i centri di I, II livello e III livello (Laboratorio analisi, Endoscopie, Chirurgie ed Oncologie) coinvolti in ambito regionale. In tal modo sarà possibile una più rapida ed accurata elaborazione dei dati ed un più sistematico controllo di qualità sulle attività poste in essere ed un efficace <i>disease management</i> . Per il potenziamento del programma in essere si rende inoltre necessario un migliore interscambio con gli "organismi regionali" gestori di flussi informativi sanitari (Molise-Dati, Osservatorio epidemiologico, etc.), nelle more della creazione di Registro tumori . Tanto, sia per un adeguato aggiornamento anagrafico del database di screening sia per l'esclusione dei soggetti già colpiti da neoplasia del colon o da patologie incompatibili con l'intervento di prevenzione (poliposi familiare, malattie psichiatriche, malattia di Alzheimer) sia per la individuazione di gruppi ad alto rischio da seguire con tempistiche e metodiche personalizzate sia, infine per la realizzazione di un programma di sorveglianza di soggetti con storia di neoplasia. Inoltre, si rende necessaria una maggiore collaborazione con i MMG pressoché assenti nel I round di attività ma da parte dei quali si rilevano segnali di crescente interesse sulla base delle positive segnalazioni della popolazione coinvolta. Infine, sulla base delle indicazioni contenute nel PNP, si propone, come progetto innovativo sperimentale, sostenibile a livello regionale, il simultaneo invito alla colonscopia endoscopica come test iniziale alternativo al test FOBT.



6) Beneficiari Popolazione molisana di età compresa tra i 50 ed i 70 anni (circa 87.000 soggetti)							
7) Obiettivi di salute (e/o obiettivi di processo) perseguiti Riduzione della mortalità per carcinoma del colon – retto nella popolazione a rischio per età (50 – 70 anni) ;							
INDICATORI	FONTE DI VERIFICA	VALORE DELL'INDICATORE AL 31.12.2010	VALORE DELL'INDICATORE AL 31.12.2011		VALORE DELL'INDICATORE AL 31.12.2012		
			ATTESO	OSSERVATO	ATTESO	OSSERVATO	
Tasso di adesione al I livello del programma	GISCOR ONS	33%	60%		70%		
Tasso di adesione al II livello del programma	GISCOR ONS	26%	60%		70%		



1) Regione: Molise**2) Titolo del Progetto o del Programma:**

PROGRAMMA PER LA RIDUZIONE DELLA MORTALITÀ PER CARCINOMA DELLA MAMMELLA E PER LA SOSTENIBILITÀ DEL PROGRAMMA DI PREVENZIONE.

3) Identificativo della Linea di Intervento Generale di cui in Tabella 1: 3.1.**4) Numero identificativo del progetto all'interno del Piano operativo regionale: 3.1.1. - 3.1.2.****5) Breve descrizione dell'intervento programmato**

Sulla base delle indicazioni contenute nel PNP si propone il mantenimento dell'attuale estensione geografica (100% della Regione Molise) nonché l'estensione dello screening alle fasce di età 45-49 anni e 70-74, oltre ovviamente al mantenimento del target 50 - 69.

In effetti, il personale addetto al call center registra un'altissima richiesta delle prestazioni di screening (mammografie, ecografie) da parte di utenti di età compresa tra i 45 ed i 49 anni e, in particolare, da parte di donne con familiarità per tumore mammario.

Tenuto conto delle risultanze dei dati nazionali ed internazionali che hanno dimostrato la rilevante efficacia dello screening mammografico nelle 50-69enni con una riduzione della mortalità che può arrivare fino al 50% si propone un potenziamento del programma in essere da perseguire:

- attraverso l'innovazione tecnologica e, in particolare, la sostituzione del sistema tradizionale di trattamento delle pellicole radiografiche (analogico) con sistema mammografico digitale (da valutare l'opportunità della mammografia 3D); risulterebbe altresì opportuno l'acquisto di un CAD per la diagnostica mammografica e di bobine per lo studio della mammella con RM nonché l'aggiornamento degli ecografi in dotazione con l'acquisto di sonda small - part multifrequenza;
- attraverso una migliore sinergia con i MMG, soprattutto per il coinvolgimento dei soggetti "fragili" che non aderiscono allo screening;
- attraverso la standardizzazione dei processi da attuarsi mediante la definizione di protocolli operativi per le diverse fasi dello screening; tanto anche ai fini di una migliore verifica della qualità ed adeguatezza delle prestazioni rese;
- attraverso una concreta interazione con l'istituendo Registro tumori, anche spostandone le attribuzioni nell'ambito del gruppo di lavoro degli screening oncologici regionali che nel corso degli anni hanno acquisito competenze specifiche nella gestione e valutazione dei dati.

6) Beneficiari: Popolazione femminile con

- a) Target 50 - 69 anni: 39.100
- b) Target 45 - 49 anni: 12.004
- c) Target 70 - 74 anni: 9.316

Target totale: popolazione femminile 45 - 74 anni = 60.420

**7) Obiettivi di salute (e/o obiettivi di processo) perseguiti:**

Riduzione della mortalità per carcinoma della mammella nella popolazione a rischio per età (45 - 74 anni) compresa fra il 30 - 50% nei prossimi 10 anni.

INDICATORI	FONTE DI VERIFICA	VALORE DELL'INDICATORE AL 31.12.2010	VALORE DELL'INDICATORE AL 31.12.2011		VALORE DELL'INDICATORE AL 31.12.2012	
			ATTESO	OSSERVATO	ATTESO	OSSERVATO
Estensione del programma della popolazione target indicata Regione Molise	GISMA ONS	95 %	97%		100%	
Mantenimento dell'estensione degli inviti della popolazione target indicata Regione Molise	GISMA ONS	95 %	97%		100%	
Rinnovamento e adeguamento tecnologico come da programma	Regione Molise	50%	75%		100%	
Tasso di adesione popolazione target	GISMA ONS	57%	60%		65%	
Coinvolgimento formale dei MMG	Regione Molise	15%	30%		60%	





1) Regione MOLISE

2) PROGRAMMA PREVENZIONE DELLE RECIDIVE CARDIOVASCOLARI

3) Linea di intervento generale 3.2

4) Identificativo del programma 3.2.1.

5) Descrizione dell'intervento programmato:

PREMESSA

L'intesa Stato-Regioni del 23 marzo 2005 ha previsto nell'ambito del Piano Nazionale della Prevenzione l'obiettivo della riduzione del rischio di recidive nelle persone affette da una malattia coronaria cronica.

Nella fase cronica la qualità delle cure e la prevenzione delle recidive si basano sulla stratificazione del rischio e chiare raccomandazioni alla dimissione, sulla competenza del paziente e del contesto familiare, la presa in carico da parte del medico di famiglia e la qualità della consulenza specialistica.

Nel successivo PRP 2010-2012, verrà implementato il programma.

CONTESTO EPIDEMIOLOGICO

Le malattie cardiovascolari costituiscono in Italia la principale causa di morbilità e mortalità.

In Molise le malattie del sistema circolatorio costituiscono la prima causa di morte ed i tassi standardizzati di mortalità superano quelli medi italiani.

Causa	Molise	Italia
Malattie del sistema circolatorio	517,8	426,9
Tumori	239,0	275,0
Disturbi psichici e malattie del SNC	35,6	38,8
Malattie infettive e parassitarie	5,2	6,2
Malattie dell'apparato respiratorio	66,4	67,8
Malattie dell'apparato digerente	65,1	44,5
Altre malattie	75,2	65,5
Stati morbosi mal definiti	13,4	13,0
Traumatismi e avvelenamenti	60,3	46,9
totale	1078,0	984,7

Tassi di mortalità per causa per 100.000 abitanti

La mortalità per malattie cardiovascolari occupa in Italia il primo posto: il 44% di tutte le morti sono dovute a malattie del sistema cardiocircolatorio.

Considerando gli anni potenziali di vita persi, cioè gli anni che ciascuna persona avrebbe potuto vivere in più secondo l'attuale speranza di vita media, le malattie cardiovascolari tolgono ogni anno circa 300 mila anni di vita alle persone di età inferiore a 65 anni (*Pessina G. per il Gruppo Italiano Burden of Disease*).

La mortalità per le malattie ischemiche del cuore è maggiore negli uomini rispetto alle donne. In Italia è in corso a partire dalla metà degli anni '70, una lenta e graduale diminuzione di queste malattie. La differenza fra Nord e Centro-Sud, evidente negli anni '70 si è ridotta, in particolare negli uomini.

La mortalità per gli accidenti cerebrovascolari è maggiore negli uomini rispetto alle donne, ed è in lenta e progressiva diminuzione.

Nelle donne gli accidenti cerebrovascolari sono maggiori al Sud, tanto che in questa area hanno recentemente scavalcato la mortalità degli uomini al Nord.

IMPIANTO PROGETTUALE

Come già specificato nel Progetto Cuore, la regione Molise intende implementare il **REGISTRO DEGLI EVENTI VASCOLARI** (eventi coronarici). Saranno utilizzati, come fonte di informazione i registri di mortalità, i dati dei PS regionali e i registri delle diagnosi di dimissione ospedaliera. Verrà quindi valutata la possibilità di partecipare al **REGISTRO DEGLI EVENTI CARDIOVASCOLARI** coordinato dall'Istituto Superiore di Sanità.

INDICAZIONI ALLE STRUTTURE OSPEDALIERE

Si continuerà ad utilizzare, da parte delle U.O. Cardiologia-UTIC il modello unico di foglio di dimissione indirizzato al medico curante, che, oltre ai dati di recapiti e riferimento utili per tenersi in contatto con la struttura ospedaliera, recherà indicazioni per:

- il rischio di mortalità a 4 anni espresso in percentuale (valutato attraverso la carta del rischio cardiovascolare nel post-infarto – GISSI)

Variabile	Risk points	
	Females	Males
Age (years)		
< 45	-2	11
45-49	-2	4
50-54	-1	4
55-59	0	0
60-64	8	2
65-69	12	8
70-74	16	9
≥ 75	20	13
Complications after myocardial infarction		
Left ventricular dysfunction		
No	0	0
Yes	7	7
Electrical instability		
No	0	0
Yes	2	3
Residual myocardial ischaemia		
No	0	0
Yes	0	2
Risk factors		
Diabetes		
No	0	0
Yes	7	3
Hypertension		
No	0	0
Yes	2	2
Smoker		
No	0	0
Yes	9	4
Intermittent claudication		
No	0	0
Yes	12	5
Leukocyte count ($\times 10^9 \cdot l^{-1}$)		
< 7.0	4	3
7.0-7.9	1	1
8.0-8.9	0	0
≥ 9.0	2	5
Fibrinogen (mg · dl ⁻¹)		
< 400	0	0
≥ 400	1	5
> 55	3	0
HDL-cholesterol (mg · dl ⁻¹)		
41-55	0	0
36-40	1	1
≤ 35	3	5
Heart rate (beats · min ⁻¹)		
≤ 64	2	1
65-69	3	0
70-74	0	0
≥ 75	1	3

Adding up the points
 Age
 Gender
 Left ventricular dysfunction
 Electrical instability
 Residual myocardial ischaemia
 Diabetes
 Hypertension
 Intermittent claudication
 Smoker
 Leukocyte count
 Fibrinogen
 HDL-cholesterol
 Heart rate

(a)

Age	< 44	45-49	50-54	55-59	60-64	65-69	70-74	≥ 75	Absolute risk of death
Low absolute risk*	88	13	13	26	26	30	34	72	
Average risk	33	44	31	35	80	167	201	284	
High risk	14	14	14	14	14	14	14	14	14
Very high risk	14	14	14	14	14	14	14	14	14
Very very high risk	14	14	14	14	14	14	14	14	14

*Low absolute risk: 0-4 year risk for death for a man for a given age, without complications after myocardial infarction, no hypertension, no hyperlipidaemia, no diabetes, non-smoker, HDL-C > 100 mg dl⁻¹, triglycerides < 150 mg dl⁻¹, leukocytes count < 7 × 10⁹ l⁻¹, heart rate < 65 beats min⁻¹. Percentage above 4-year absolute risk for each risk point.

(b)

Age	< 44	45-49	50-54	55-59	60-64	65-69	70-74	≥ 75	Absolute risk of death
Low absolute risk*	87	87	87	10	21	29	52		
Average risk	28	38	31	31	121	168	211		
High risk	14	14	14	14	14	14	14	14	14
Very high risk	14	14	14	14	14	14	14	14	14
Very very high risk	14	14	14	14	14	14	14	14	14

*Low absolute risk: 0-4 year risk for death for a woman for a given age, without complications after myocardial infarction, no hypertension, no hyperlipidaemia, no diabetes, non-smoker, HDL-C > 50 mg dl⁻¹, triglycerides < 150 mg dl⁻¹, leukocytes count < 7 × 10⁹ l⁻¹, heart rate < 65 beats min⁻¹. Percentage above 4-year absolute risk for each risk point.

For Heart I, Vol. 21, June 21, November 2004

- indicazioni sulla correzione dei fattori di rischio (fumo, ipertensione arteriosa, ipercolesterolemia, sovrappeso ed obesità, iperglicemia, inattività fisica);
- indicazioni sulla terapia (benefici sono stati riportati, da diversi trial internazionali, con l'utilizzo di 4 gruppi di farmaci: antiplastrinici, statine, ACE inibitori, β-bloccanti);
- indicazioni sulla riabilitazione (programmi di riabilitazione generale, presso centri regionali individuati, dovrebbero comprendere indicazioni sull'attività fisica, cambi di stile di vita, educazione sanitaria e supporto psicosociale);
- indicazioni sui controlli periodici da eseguire.

OFFERTA SERVIZI

All'atto della dimissione ospedaliera verrà indicato al paziente il centro, già individuato nel



precedente PRP, per la riabilitazione cardiovascolare. Tale struttura dovrà assicurare programmi di riabilitazione generale, incentivare indicazioni sull'attività fisica, sui cambi di stile di vita, promuovere l'educazione sanitaria e fornire un minimo di supporto psicosociale.

FORMAZIONE/INFORMAZIONE

Il piano formativo regionale per gli operatori sanitari comprenderà incontri (inseriti in contesto ECM), con particolare riguardo a:

- calcolo del rischio di mortalità cardiovascolare a 4 anni espresso in percentuale (valutato attraverso la carta del rischio cardiovascolare nel post-infarto – GISSI);
- principali fattori di rischio modificabili (fumo, ipertensione arteriosa, ipercolesterolemia, sovrappeso ed obesità, iperglicemia, inattività fisica);
- la riabilitazione cardiovascolare;
- la terapia farmacologia.

Inoltre verranno elaborati poster, depliant per l'informazione/educazione dei pazienti e loro famigliari; saranno anche utilizzati spots televisivi (per le radio/TV locali) per promuovere cambi di stili di vita e la visibilità dei centri regionali per la riabilitazione cardiovascolare. Utile potrebbe anche essere la creazione di un sito WEB per i pazienti e loro famigliari.

6) Beneficiari: pazienti dimessi, familiari, medici cardiologi e MMG.

7) Obiettivi di salute (e/o obiettivi di processo perseguiti):

- Registro degli Eventi Vascolari e partecipazione al Registro degli eventi cardiovascolari coordinato dall'Istituto Superiore di Sanità;
- adozione della carta del rischio nel proprio foglio di dimissione;
- indirizzare i pazienti con accidente cardiovascolare a rivolgersi al centro regionale di riabilitazione individuato;
- effettuazione di corsi di formazione in ambito regionale;
- coinvolgere gli operatori sanitari ai corsi regionali;

Indicatori	Fonte di verifica	Valore dell'indicatore e al 31 dicembre 2010	Valore dell'indicatore al 31 dicembre 2011		Valore dell'indicatore al 31 dicembre 2012	
			Atteso	Osservato	Atteso	Osservato
Implementazione del Registro Eventi cardiovascolari con copertura regionale	ISS	33%	66%		100%	
Adozione della carta del rischio nel proprio foglio di dimissione dalle cardiologie molisane	Reparti molisani di cardiologia-UTIC	33%	66%		100%	
percentuale di pazienti dimessi che si rivolgono al centro regionale di riabilitazione cardiovascolare	Centro regionale di riabilitazione cardiovascolare	15%	30%		50%	
Corsi di formazione regionale	Ufficio di formazione ASREM	0	1		2	
Percentuale di operatori partecipanti ai corsi	Ufficio di formazione ASREM	0	30%		60%	



1) Regione: MOLISE						
2) PROGRAMMA: PREVENZIONE DELLA MALATTIA DIABETICA						
3) Linea di intervento generale: 3.3						
4) Identificativo del programma: 3.3.1: Migliorare la diagnosi precoce						
5) Descrizione dell'intervento programmato:						
<p>Lo scopo del progetto è quello di individuare i soggetti a rischio, per anticipare quanto più precocemente possibile la diagnosi di diabete. Infatti si stima che la diagnosi clinica di diabete sia mediamente preceduta da una fase asintomatica della durata di circa 7 anni.</p> <p>Il progetto si articolerà in 4 fasi ed attività:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Individuazione dei soggetti a rischio mediante questionario da somministrare in occasione di campagne informative sulla popolazione generale, unitamente alla determinazione del Peso corporeo, dell'Altezza, della Circonferenza Vita, del BMI; 2) Determinazione della glicemia, con eventuale esecuzione di OGTT per i soggetti ad alto rischio; 3) Informativa per modificare lo stile di vita e per ridurre i fattori di rischio di diabete presenti; 4) Follow up per i soggetti con fattori di rischio. <p>I principali attori di questo progetto saranno gli operatori delle Unità Operative di Diabetologia e Medici di Medicina Generale.</p>						
6) Beneficiari: popolazione molisana con fattori di rischio per diabete.						
7) Obiettivi di salute (e/o obiettivi di processo perseguiti): miglioramento della diagnosi precoce di malattia diabetica nella popolazione molisana.						
Indicatori	Fonte di verifica	Valore dell'indicatore al 31 dicembre 2010	Valore dell'indicatore al 31 dicembre 2011		Valore dell'indicatore al 31 dicembre 2012	
			Atteso	Osservato	Atteso	osservato
n. pazienti con nuova diagnosi diabete	Elaborazione Dati UO Diabetologia	200	250		350	
n. pazienti con IFG o IGT	Elaborazione Dati UO Diabetologia	25	50		75	

1) Regione: MOLISE						
2) PROGRAMMA: PREVENZIONE DELLA MALATTIA DIABETICA						
3) Linea di intervento generale: 3.3						
4) Identificativo del programma: 3.3.2: <i>Migliorare la gestione del paziente con diabete</i>						
<p>5) Descrizione dell'intervento programmato: Lo scopo del progetto è quello di garantire livelli di cura più adeguati attraverso interventi orientati agli operatori sanitari, ai sistemi di erogazione ed ai pazienti. Il progetto si articolerà in 4 fasi ed attività:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Realizzazione di eventi formativi per una migliore conoscenza degli Standard di cura; 2. Realizzazione di eventi educativi rivolti alla persona con diabete e finalizzati alla autogestione della malattia; 3. Implementazione di sistemi informativi e banche dati in rete; 4. Definizione di percorsi dedicati, emergenti da una stratificazione del rischio di insorgenza o aggravamento delle complicanze. <p>I principali attori saranno gli operatori delle Unità Operative di Diabetologia, i Medici di medicina Generale e gli stessi diabetici.</p>						
6) Beneficiari: operatori delle UO di diabetologia, i MMG e soprattutto la popolazione diabetica molisana.						
7) Obiettivi di salute (e/o obiettivi di processo perseguiti): miglioramento della gestione della malattia diabetica.						
Indicatori	Fonte di verifica	Valore dell'indicatore al 31 dicembre 2010	Valore dell'indicatore al 31 dicembre 2011		Valore dell'indicatore al 31 dicembre 2012	
			Atteso	Osservato	Atteso	osservato
n. pazienti inseriti nella cc informatizzata	Elaborazione Dati UO Diabetologia	12000	12400		12900	
n. pazienti in monitoraggio domiciliare della glicemia	Elaborazione Dati UO Diabetologia	1000	1200		1400	



1) Regione: MOLISE							
2) PROGRAMMA: PREVENZIONE DELLA MALATTIA DIABETICA							
3) Linea di intervento generale: 3.3							
4) Identificativo del programma: 3.3.3: <i>Migliorare l'offerta assistenziale</i>							
5) Descrizione dell'intervento programmato:		<p>Lo scopo del progetto è l'individuazione di una pluralità di offerta assistenziale attraverso la definizione di percorsi assistenziali che ne definiscano la appropriatezza, con particolare riguardo al regime di ricovero ordinario o in Day Hospital, al regime ambulatoriale, semplice o complesso (PAC) o in Day Service, alla Educazione terapeutica dei pazienti.</p> <p>Il progetto si articolerà con incontri periodici per la definizione di schede di appropriatezza.</p> <p>I principali attori saranno gli operatori delle Unità Operative di Diabetologia, i Medici di medicina Generale e soprattutto i diabetici.</p>					
6) Beneficiari: operatori delle UO di diabetologia, i MMG e soprattutto la popolazione diabetica molisana.							
7) Obiettivi di salute (e/o obiettivi di processo perseguiti): miglioramento dell'offerta assistenziale ai pazienti con malattia diabetica.							
Indicatori	Fonte di verifica	Valore dell'indicatore al 31 dicembre 2010	Valore dell'indicatore al 31 dicembre 2011		Valore dell'indicatore al 31 dicembre 2012		
			Atteso	Osservato	Atteso	osservato	
n. pazienti seguiti in regime Ambulatoriale Complesso (PAC)	Elaborazione Dati UO Diabetologia	0	100		200		
n. pazienti seguiti in programmi di Educazione Terapeutica Strutturata	Elaborazione Dati UO Diabetologia	0	50		100		





1) **Regione: MOLISE**

2) **PROGETTO: SORVEGLIANZA DELLA TUBERCOLOSI**

3) **Linea di intervento generale: 3.4**

4) **Identificativo del programma: 3.4.1**

5) **Descrizione dell'intervento programmato:**

La tubercolosi (TB) è una patologia ormai relativamente rara in Italia anche se negli ultimi anni si è osservata una notevole recrudescenza di questa malattia in alcuni Stati Europei. Il tasso grezzo annuale di incidenza della TB nel nostro paese è in costante discesa: tra il 1995 ed il 2006 l'incidenza della tubercolosi ha registrato un decremento pari ad oltre il 25%, passando da 10 casi/100.000 abitanti (dell'anno 1995) a 7,5 casi/100.000 abitanti (nell'anno 2006); ciò pone l'Italia al di sotto del limite che definisce la classificazione di paese a bassa prevalenza (10 casi per 100.000 abitanti). Seppure le strategie adottate abbiano permesso di ridurre l'incidenza nella popolazione italiana, l'immigrazione dalle aree in cui la malattia è endemica svolge un ruolo importante nel mantenere l'endemia tubercolare: i casi di tubercolosi nella popolazione immigrata sono passati dal 22% del 1999 al 46% del 2006 dei casi totali di TB. Altri fattori che contribuiscono al mantenimento dell'endemia tubercolare sono l'aumento del numero di pazienti immunocompromessi a causa dell'AIDS, dei trapianti d'organo e dell'utilizzo di corticosteroidi o farmaci anti-TNF α somministrati per diverse patologie. L'aumento inesorabile delle forme di tubercolosi farmaco-resistenti (uno su dieci tra i nuovi casi di tubercolosi è resistente ad almeno 1 farmaco antitubercolare) e la diffusione preoccupante delle forme di "tubercolosi multi farmaco resistenti" - MDR-TB (resistenti a Isoniazide e Rifampicina) e di "tubercolosi a resistenza estrema" - XDR-TB (resistenti a Isoniazide, Rifampicina, ai fluorchinoloni e ad almeno 1 dei 3 farmaci di seconda scelta: Capreomicina, Kanamicina, Amikacina) rischiano di vanificare le azioni di controllo attualmente adottate. Tali forme sono infatti più difficilmente curabili e sono caratterizzate da elevata letalità.

Per poter garantire un adeguato controllo della TB in un contesto ad incidenza come quello descritto è necessario agire su più fronti.

Le linee guida italiane per il controllo della malattia tubercolare emanate nel 1998 sottolineano che per la programmazione e valutazione degli interventi di controllo della tubercolosi è essenziale disporre di un sistema di sorveglianza efficiente (*Linee Guida 17/12/1998, su proposta del Ministro della Sanità, del decreto legislativo 31 marzo 1998, n. 112*). Questo si articola attraverso la notifica di tutti i casi sospetti di tubercolosi, integrata per quanto concerne i laboratori dalla segnalazione dei micobatteri isolati e dalla raccolta delle informazioni sulla farmaco resistenza. Nel 1994 l'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) lanciò il progetto "*Global Project on Anti-tuberculosis Drug Resistance Surveillance*", con l'obiettivo di determinare la prevalenza, il pattern e i trend della TB antibiotico-resistente nel mondo. Il progetto misura la sensibilità in vitro dei micobatteri a 4 dei 6 farmaci di prima-linea: Isoniazide, Rifampicina, Streptomina ed Etambutolo.

Nel 2005 l'OMS ha inoltre costituito una task force per rafforzare la rete di laboratori in Europa (*Laboratory Strengthening Task Force for Tuberculosis Control - LSTF*) con l'obiettivo principale di fornire linee guida su aspetti strategici e tecnici per i laboratori di micobatteriologia. Il principio fondamentale sottolineato dall'LSTF è che ogni procedura di laboratorio relativa alla TB (microscopia, coltura, identificazione, saggi di sensibilità ai farmaci, amplificazione diretta da campione) dovrebbe essere eseguita da personale adeguatamente e specificatamente formato, che lavora secondo procedure operative standardizzate in un laboratorio idoneo quanto ad attrezzature e dotazioni per la sicurezza degli operatori con standard di competenza e qualità certificati a livello nazionale e internazionale.

In Italia, per quanto concerne la sorveglianza della farmaco-resistenza, dal 1995 è attivo a livello nazionale un sistema di sorveglianza delle resistenze ai farmaci antitubercolari, organizzato secondo le linee guida del WHO (Progetto SMIRA - Studio Multicentrico Italiano Resistenze Antitubercolari) coordinato dall'Istituto Superiore di Sanità. Tale sistema si basa su due laboratori di riferimento attivi presso l'ISS

(WHO Supranational Reference Laboratory, SRL) e, a livello nazionale (National Reference Laboratory, NRL), presso Villa Marelli, Ospedale Niguarda, Milano, che dispongono di competenze professionali e strutture adeguate. Esiste inoltre un centro di coordinamento (WHO Collaborating Centre di Tradate, Varese) che, insieme al SRL e al NRL e a 20 laboratori di micobatteriologia periferici e centri clinici per il trattamento della tubercolosi, collabora per il controllo della tubercolosi farmacoresistente in Italia. Questa attività ha permesso di creare una rete di laboratori di micobatteriologia, validati per il saggio di sensibilità nei confronti di *Mycobacterium tuberculosis* complex (MTC) ai quattro farmaci di prima linea (esclusa la Pirazinamide) in 13 regioni (cinque nell'Italia Settentrionale, tre nella Centrale e cinque nella Meridionale/Isole) operanti in collaborazione con centri clinici. La rete sorveglia circa il 30% di tutti i casi di TB notificati in Italia all'anno.

Nel Molise non è presente un sistema di monitoraggio della malattia tubercolare, né dei suoi esiti di trattamento. Non è dato di conoscere dettagliatamente ciò che i propri laboratori sono in grado di eseguire per la diagnosi di tbc. In attesa dell'attivazione di un proprio osservatorio epidemiologico regionale.

Scopo del progetto è.

- conoscere le caratteristiche dei laboratori che sul territorio regionale effettuano la diagnostica di TB
- Individuare una rete di laboratori di riferimento regionali o sovra-regionali per l'isolamento e la conservazione dei ceppi di micobatteri di particolare rilevanza (MDR e XDR) che potrebbero essere centralizzati in un laboratorio di riferimento nazionale.
- monitorare gli esiti di trattamento della tbc a livello regionale, coinvolgendo gli ambulatori territoriali che seguono i pazienti dimessi dagli ospedali
- creare una rete di monitoraggio della tubercolosi.

6) **Beneficiari:** popolazione molisana:

7) **Obiettivi di salute (e/o obiettivi di processo perseguiti):** conoscere il quadro esistente a livello regionale, concordare i requisiti minimi per la costruzione di flussi informativi per disporre di informazioni epidemiologiche come indicatore di valutazione dei programmi di controllo della tubercolosi. Creare una rete di sorveglianza della tubercolosi.

Indicatori	Fonte di verifica	Valore dell'indicatore al 31 dicembre 2010	Valore dell'indicatore al 31 dicembre 2011		Valore dell'indicatore al 31 dicembre 2012	
			Atteso	Osservato	Atteso	Osservato
rilievo dati laboratoristi	dati regionali	0	50%		100%	
monitoraggio centri di diagnosi e cura regionali per la Tbc	dati regionali	0	50%		100%	
creazione di una rete	dati regionali	0	50%		100%	



1) Regione: MOLISE
2) PROGETTO: PREVENZIONE DELLA DEPRESSIONE POST PARTUM
3) Linea di intervento generale: 3.7
4) Identificativo del programma: 3.7.1
<p>5) Descrizione dell'intervento programmato:</p> <p>I principali disturbi psicologici che si possono manifestare nel periodo del post parto sono:</p> <ol style="list-style-type: none"> Stati confusionali ad insorgenza precoce Disturbi post traumatici da stress Disturbi della relazione madre-bambino Disturbi d'ansia Disturbo da attacchi di panico, Disturbo Ossessivo Compulsivo Disturbi dell'umore Baby blues, Depressione post-partum Psicosi puerperali <p>E' importante ricordare che:</p> <ul style="list-style-type: none"> La depressione post-partum ha un'elevata prevalenza (10- 15% delle madri). Nella maggior parte dei casi gli episodi depressivi hanno una durata non trascurabile (3 - 9 mesi) La depressione post-partum trascurata o sottovalutata può avere effetti negativi su tutta la famiglia, condizionando il corretto sviluppo di una buona relazione madre-bambino. I sintomi della depressione post-partum sono spesso tenuti nascosti, per motivi di vergogna e disistima. Riconoscere i sintomi e poterne parlare liberamente con personale preparato, coinvolgendo anche i familiari più vicini, è il primo passo per la risoluzione del problema nella maggior parte dei casi. <p>Scopo del progetto è l'attivazione di un percorso di sensibilizzazione e di prevenzione della depressione post partum rivolto alle donne in gravidanza e nel post partum. Nel Molise partoriscono ogni anno circa 2500 donne. Si intende sensibilizzare, cioè, gli operatori preposti alla tutela della maternità, ai bisogni emotivi delle neomamme. Si individua così una rete di supporto socio - sanitario che facilita il reclutamento di donne gravide alla 28^ settimana, destinatarie di un'attività di screening precoce (PPDI e EPDS). Alla restituzione del dato segue o l'attività di counseling specialistico o l'attivazione del gruppo di Auto mutuo aiuto. L'attività di screening viene riproposta al secondo mese di vita del bambino e, come follow up, al nono mese. Alla fine del progetto è previsto l'inserimento della valutazione del rischio post partum nella carta dei servizi ASReM.</p>
6) Beneficiari: Gravide alla 28 settimana (20% delle gravide della regione), mediante il coinvolgimento delle strutture ostetrico-ginecologiche.
<p>7) Obiettivi di salute (e/o obiettivi di processo perseguiti):</p> <ul style="list-style-type: none"> Aumento della diagnosi precoce della depressione post partum Attivazione della rete di sostegno psico - sociale (ama - auto mutuo aiuto)



Indicatori	Fonte di verifica	Valore dell'indicatore al 31 dicembre 2010	Valore dell'indicatore al 31 dicembre 2011		Valore dell'indicatore al 31 dicembre 2012	
			Atteso	Osservato	Atteso	Osservato
percentuale strutture contattate/strutture aderenti	dati ASL e dati regione	0	25		75	
percentuale gravide contattate/gravide aderenti	dati ASL e dati regione	0	25		75	
percentuale gravide risultate positive/gravide screenate	dati ASL e dati regione	0	10		10	
percentuale gravide valutate/gravide inviate dallo specialista	dati ASL e dati regione	0	25		50	
percentuale gravide prese in carico/gravide valutate	dati ASL e dati regione	0	10		20	
percentuale ama attivati/ama presenti	ati ASL e dati regione	0	5		10	





1) Regione MOLISE
2) PROGRAMMA: PREVENZIONE PRIMARIA DELL'ICTUS NELLA POPOLAZIONE MOLISANA A RISCHIO
3) Linea di intervento generale 3.8
4) Identificativo del progetto 3.8.1
<p>5) Descrizione dell'intervento programmato:</p> <p>Il Ministero della salute ha definito l'ictus come: <i>"una sindrome caratterizzata dall'improvviso e rapido sviluppo di sintomi e segni riferibili a deficit focale delle funzioni cerebrali senza altra causa apparente se non quella vascolare"</i>.</p> <p>I meccanismi fisiopatologici alla base dell'ictus ne fanno distinguere due categorie (ictus ischemico ed emorragico) evidenziando una stretta correlazione con le malattie cardiovascolari.</p> <p>Numerosi sono i fattori di rischio per l'ictus cerebrale, alcuni <i>non modificabili</i>: l'età (l'incidenza raddoppia ogni 10 anni, a partire dai 55 anni), il sesso (l'incidenza è maggiore per il sesso maschile) e la familiarità per ictus o TIA (attacco ischemico transitorio); altri considerati <i>modificabili</i> perché legati allo stile di vita (fumo, obesità, abuso di alcool) ed ad una corretta sorveglianza delle patologie di cui il soggetto è affetto (comorbidità): ipertensione, diabete, dislipidemia, cardiopatie, fibrillazione atriale, stenosi carotidea asintomatica, iperomocisteinemia.</p> <p>La specificità e peculiarità dell'organo bersaglio (l'encefalo) rendono tale patologia di <i>imprescindibile competenza neurologica</i>.</p> <p>Come l'infarto del miocardio anche l'ictus è un'emergenza medica che dev'essere riconosciuta e trattata, nel più breve tempo possibile, in strutture idonee: le Stroke Unit. A tal proposito va sottolineato che più lungo è il tempo intercorso tra l'inizio dei sintomi ed il trattamento, maggiore sarà il danno determinato e minore la possibilità di recupero.</p> <p>L'ictus come emergenza medica necessita di un percorso in urgenza condiviso con tutti gli operatori sanitari (medici di Guardia Medica, di Medicina Generale, personale del 118, medici del Pronto Soccorso) e deve prevedere due momenti clinico-diagnostici nella fase acuta:</p> <ul style="list-style-type: none"> - la fase di pre-ospedalizzazione: il soggetto che presenta sintomi o i suoi familiari, devono essere in grado di sospettare una condizione acuta che necessita di un tempestivo intervento medico (<i>consapevolezza di malattia</i>) per un rapido trasporto in ospedale dotato di Stroke Unit. A tal fine è indispensabile un pronto intervento di tutti gli operatori sanitari coinvolti in questa fase, affinché garantiscano un corretto e rapido percorso del paziente affetto da ictus cerebrale acuto. - la fase di ospedalizzazione: ricovero in Stroke Unit per le cure farmacologiche e riabilitative più idonee per il paziente. <p>CONTESTO EPIDEMIOLOGICO</p> <p>L'ictus cerebrale rappresenta la seconda causa di morte nei paesi occidentali e la prima causa di disabilità. In Italia circa 800.000 persone sono affette da ictus; i casi che si verificano ogni anno sono circa 200.000, di cui 165.000 sono dovuti a nuovi casi e 35.000 alle recidive; la mortalità acuta (a 30 giorni) dopo ictus è pari a circa il 20%, mentre quella ad 1 anno è pari al 30% circa; di quelli che sopravvivono, circa 50.000 presentano un'inabilità grave; entro l'anno 2020 la mortalità per ictus sarà duplicata a causa dell'aumento dei soggetti anziani.</p> <p>L'ictus colpisce persone di età superiore ai 65 anni nel 75% dei casi. <i>Dalla quarta all'ottava decade di vita, l'incidenza della malattia aumenta di circa 100 volte.</i></p> <p>Si calcola che in media: una persona colpita da ictus nella fase acuta, per il ricovero, la diagnosi e l'assistenza, costi 6.500,00 euro circa; mentre l'inabilità permanente per le persone che superano la fase acuta determina una spesa per gli anni successivi di circa 70.000,00/80.000,00 euro.</p> <p>Sotto l'aspetto psicologico e familiare i costi sono incalcolabili.</p> <p>Per assistere i pazienti con esiti neurologici di ictus (circa un milione) e per le cure dei nuovi casi (circa</p>

200.000/anno), il Servizio Sanitario Nazionale sostiene un costo totale stimato di 3,7 miliardi di euro, sicuramente destinato ad aumentare.

Tra le nazioni a più alto sviluppo socio-economico, l'Italia risente in maniera particolare del processo di invecchiamento della popolazione, ed il Molise è tra le regioni italiane con il più alto tasso di popolazione anziana.

Nel Molise il 5% della popolazione rurale di età superiore ai 40 anni ha sofferto di un attacco ischemico transitorio cerebrale nella propria vita; la mortalità per ictus cerebrale è significativamente maggiore rispetto alla media nazionale (20,29 vs. 17,35 ogni 10.000 abitanti). Nell'anno 2007 e 2008 i casi di ictus (ischemico ed emorragico) in Molise sono stati circa 500. Nell'anno 2009 si è registrato un incremento di ictus cerebrale di circa il 14% (570 casi) il 70% dei quali aveva un'età compresa tra i 65-80 anni.

IMPIANTO PROGETTUALE

Il progetto si svilupperà in tre fasi:

Fase 1

- Campagna di informazione sull'ictus come emergenza medica rivolta a tutta la popolazione molisana, in particolare ai soggetti anziani (età >65 anni) e ritenuti più a rischio, in collaborazione con i Medici di Medicina Generale e di Guardia medica mediante incontri anche con i centri ricreativi per la terza età, le associazioni dei pazienti diabetici, ecc. Per una divulgazione capillare verranno utilizzati opuscoli informativi, distribuiti nei presidi ospedalieri, nell'ambulatorio dei medici di famiglia, nelle farmacie, negli uffici postali ed anche nelle scuole superiori ed in occasione di eventi sportivi e musicali, rivolti in particolare ai giovani, per formare una coscienza di malattia e fornire la conoscenza adeguata per un corretto stile di vita.
- Realizzazione di un protocollo regionale per l'emergenza ictus nella fase di pre-ospedalizzazione attraverso incontri e tavole rotonde con il personale sanitario coinvolto in questa fase.
- Elaborazione di un protocollo volto a:
 - selezionare, tra la popolazione molisana di età compresa tra i 65 e gli 80 anni, i soggetti più a rischio con la collaborazione dei MMG presenti sul territorio creando una rete informatica che consenta la raccolta delle informazioni cliniche riguardanti i soggetti inseriti nel programma di prevenzione.
 - organizzazione un percorso diagnostico (visite mediche, indagini ematochimiche e strumentali) cui sottoporre la popolazione selezionata per il progetto di prevenzione primaria dell'ictus.

Fase 2

- Applicare il protocollo di prevenzione primaria alla popolazione già selezionata, mediante ambulatori dedicati organizzati sul territorio, con la collaborazione dei MMG e con l'impiego di strumentazioni già in dotazione alle strutture ospedaliere coinvolte nel progetto. Per ciascun soggetto verrà predisposto un programma di prevenzione primaria in relazione alla comorbidità di cui è affetto.
- Raccogliere i dati ottenuti sulla popolazione studiata ed analizzarli a scopo epidemiologico.

Fase 3

- Trattamento farmacologico e follow-up clinico mediante visite di controllo periodiche in ambulatori dedicati alle patologie cerebrovascolari (attualmente meno del 50% continuano a sottoporsi a controlli in strutture dedicate, in collaborazione con i MMG);
- Raccolta ed analisi dei dati ottenuti, mediante la rete informatica con i MMG, a scopo epidemiologico e scientifico.



CRITICITA'

La mancanza di un valido coordinamento e supporto ai medici ed operatori sanitari per quanto concerne la prevenzione primaria dell'ictus cerebrale acuto. Nel percorso di emergenza il primo punto di debolezza dal quale scaturisce il ritardo nella diagnosi e nella cura dell'ictus, con conseguenti notevoli costi socio-sanitari derivanti dalle invalidità residue, è rappresentato dalla mancata *consapevolezza di malattia*, dalla scarsa informazione sociale sul tema dell'*ictus come emergenza medica* che richiede subito il trasporto in ospedale per le cure adeguate e precoci. Inoltre, una corretta informazione circa i fattori di rischio per l'ictus cerebrale, in particolare rivolta ai giovani, rappresenta l'arma più efficace per la prevenzione primaria.

6) **Beneficiari:** per quanto riguarda la comunicazione, essa sarà rivolta alla popolazione generale; la fase di screening è indirizzata ai soggetti con età compresa tra i 65 e gli 80 anni.

7) Obiettivi di salute (e/o obiettivi di processo perseguiti):

Osservare una riduzione degli ictus nella popolazione a rischio attraverso:

- o una corretta e capillare comunicazione istituzionale rivolta alla popolazione anziana a rischio ed ai giovani.
- o lo screening dei soggetti a rischio, nella fascia di età compresa tra i 65 e gli 80 anni, mediante una raccolta dati da parte dei medici di medicina generale.
- o Creazione di una rete con i MMG e strutture dedicate sul territorio per il follow-up dei pazienti.

Indicatori	Fonte di verifica	Valore dell'indicatore al 31 dicembre 2010	Valore dell'indicatore al 31 dicembre 2011		Valore dell'indicatore al 31 dicembre 2012	
			Atteso	Osservato	Atteso	Osservato
Incontri (scuole superiori, centri anziani, centri di aggregazione, ecc.)	Documentazione, attestati dell'Assessorato regionale alla Sanità	0	40		80	
Elaborazione opuscoli e diffusione negli studi di MMG e PLS, farmacie, ipermercati, luoghi di aggregazione	Attestazione dell'Assessorato regionale alle Politiche per la Salute (opuscoli)	Elaborazione	Diffusione al 25% dei luoghi indicati		Diffusione al 75% dei luoghi indicati	
Coinvolgimento MMG nella raccolta dati	Attestazione dell'Assessorato regionale alle Politiche per la Salute	0	25%		50%	
Screening della popolazione a rischio (65-80 anni)	Attestazione dell'Assessorato regionale alle Politiche per la Salute (compreso report dei dati)	0	25%		50%	
Creazione rete informatizzata con MMG	Attestazione dell'Assessorato regionale alle Politiche per la Salute	0	25% dei MMG		50% dei MMG	
Pazienti seguiti in collaborazione con follow-up post dimissione ospedaliera	Attestazione dell'Assessorato regionale alle Politiche per la Salute (con report dei dati)	50%	60%		75%	



1) Regione: MOLISE	
2) PROGETTO: PREVENZIONE DELLA IPOVISIONE E CECITÀ NEI SOGGETTI NATI PRETERMINE	
3) Linea di intervento generale: 3.9	
4) Identificativo del programma: 3.9.1	
<p>5) Descrizione dell'intervento programmato:</p> <p>La retinopatia della prematurità (Retinopathy Of Prematurity; ROP), già conosciuta come fibroplasia retrolentale, è una patologia che colpisce i nati pretermine, soprattutto quelli di peso molto basso alla nascita. La ROP è una malattia multifattoriale la cui base patogenetica consiste nell'anomala vascolarizzazione postnatale della retina immatura che, negli stadi più avanzati, può condurre al distacco di retina con conseguente cecità irreversibile del neonato. Ancora oggi tale patologia rappresenta una delle principali cause di cecità nell'infanzia non solo nel terzo mondo, ma anche nei paesi altamente sviluppati, paesi in cui vi è una maggiore sopravvivenza di neonati pretermine di bassissimo peso.</p> <p>Sono considerati, in letteratura, fattori di rischio: l'iperossia, l'ipossia, l'ipo-ipercapnia, le crisi di apnea, le sepsi, le exanguino-trasfusioni, la persistenza del dotto di Botallo, la lunga esposizione all'ossigeno, l'imaturità dell'autoregolazione del circolo cerebrale, il deficit globale del sistema antiossidante e, addirittura, secondo alcune ipotesi, l'esposizione a luce eccessiva nelle sale di degenza dei reparti di terapia intensiva neonatale.(T.I.N).</p> <p>Sulla base dei dati della letteratura si identificano, in linea di massima, tre fasce di neonati a rischio:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) neonati ad alto rischio di ROP con peso fino a 1250 gr, E.G. <30 sett. 2) neonati a medio rischio di ROP con peso 1251-1500 gr, E.G. > 30 sett. 3) neonati a basso rischio di ROP con peso > 1500 gr <p>Il gruppo di studio internazionale per la ROP ha dettato le norme per una classificazione omogenea della malattia ed ha proposto un protocollo per il follow-up oculistico dei pretermine: il neonato ad alto rischio di ROP, deve essere controllato dall'oculista precocemente e ripetutamente, con i mezzi più adeguati per esplorare la periferia retinica. Il neonato a medio rischio potrà essere controllato anche meno precocemente e, quindi, alla dimissione, fanno eccezione quei neonati con patologia neonatale importante nei quali (anche se il peso non è estremamente basso) si riscontrano spesso lesioni retiniche di un certo rilievo, a conferma che le varie patologie classiche del prematuro sono alla fine da ricondurre ad un unico fattore etio-patogenetico, l'azione tossica dei radicali liberi.</p> <p>Il neonato a basso rischio di ROP può essere visitato anche una sola volta, non solo per escludere la patologia legata alla prematurità, ma anche per diagnosticare eventuali patologie oculari congenite di altra natura, altrimenti misconosciute. Da queste considerazioni deriva che lo screening oftalmologico del pretermine a rischio non può avere lo stesso "timing" per tutti i neonati: esso sarà stabilito in ogni pretermine, in base all'età postconcezionale (età gestazionale + età postnatale), in modo da far coincidere la prima visita con il periodo di comparsa della ROP (29°- 44° settimana postconcezionale) intensificando la sorveglianza tra la 34° e la 42° settimana postconcezionale. Il trattamento chirurgico di elezione è rappresentato dalla crioterapia e dalla laserterapia ad argon e mira alla distruzione della retina avascolare ischemica per impedirne la produzione dei fattori angiogenici responsabili della proliferazione vascolare che conduce alla malattia vitro-retinica. Lo stadio "soglia" indica il momento in cui il trattamento è inderogabile per l'arresto della malattia ma anche lo stadio nel quale le sequele cicatriziali del trattamento sono meno invalidanti delle sequele spontanee. Quando un bambino sviluppa una ROP "soglia", il rischio del distacco di retina e di una prognosi visiva infausta è di circa il 50% in assenza di trattamento con chirurgia ablativa. La prognosi è quindi legata alla capacità di effettuare un corretto screening per individuare i casi e scegliere il timing più opportuno di intervento per l'arresto della malattia, al fine di avere la migliore prognosi funzionale post-chirurgica. Nei neonati</p>	

con peso alla nascita < 1000 g l'incidenza della ROP varia tra il 53% e l'88,5% mentre in quelli con peso neonatale tra 1001 e 1500 g varia tra il 12% e il 50%. Se si fa riferimento all'età gestazionale (EG), l'incidenza è stimata tra il 66% e l'84,4% per EG <28 sett. e tende a decrescere sino quasi ad annullarsi per EG sopra le 32 sett. Da questi brevi cenni risulta chiara l'importanza di una diagnosi precoce della ipovisione e/o cecità infantile e del suo corretto inquadramento nosologico, in particolare in rapporto alla eventuale co-presenza di altri fattori di handicap, in quanto questo può permettere non solo che venga stabilito un corretto programma riabilitativo, ma anche una previsione dell'incidenza della spesa sanitaria (costi-benefici).

ANALISI del CONTESTO:

In Molise nascono circa 2400 bambini/anno. L'incidenza della prematurità, riferita a età gestazionale < 32 settimane ammonta al 10-15 %. Nella regione sono attivi 3 punti nascita: 1 Terapia Intensiva Neonatale, con annessa Neonatologia e Nido, che funziona da centro regionale di riferimento operante a Campobasso (Centro di III livello), e 2 punti nascita (centri di I livello) a Termoli e Isernia. Considerando che presso il Centro TIN della Regione Molise sono accolti in media annualmente circa 10 neonati con peso < 1000gr e circa 20 con peso < 1500 gr, i neonati attesi coinvolti da ROP dal I al IV stadio, ammontano a circa 15 neonati/anno, a questi vanno aggiunti tutti i neonati di EG < 33 settimane, indipendentemente se trattati con ossigenoterapia e a tutti i nati tra la 33^a e la 36^a sett., che presentino fattori di rischio aggiuntivi. L'inizio delle screening deve cadere tra la 4^a e la 6^a settimana di vita o tra la 31^a e la 33^a settimana post-concezionale. Tutti i neonati vanno comunque ricontrollati ogni due settimane fino a completamento della fisiologica vascolarizzazione della retina, tranne i casi in cui l'oculista giudichi necessario, caso per caso, un controllo più assiduo. Il follow-up è previsto fino a un anno di vita. Gli esiti della "Retinopatia del prematuro", isolati o in associazione alle patologie neurologiche cui spesso tali neonati vanno incontro, possono determinare anche una menomazione visiva che può estrinsecarsi anche a distanza (miopia, nistagmo, strabismo, paralisi della muscolatura estrinseca del bulbo) e che va valutata e seguita nel tempo.

Il problema centrale per la nostra regione, dove lo screening è in corso da alcuni anni presso la TIN, è la gestione che avviene in maniera difforme per mancata attinenza ai protocolli di screening, soprattutto per carenza di personale infermieristico dedicato alla programmazione delle visite e alla collaborazione con l'oculista.

Il trattamento chirurgico delle forme gravi con crioterapia e/o laserterapia ad argon attuato nel tentativo di evitare l'ulteriore evoluzione della malattia verso un distacco di retina e quindi verso la cecità, avviene fuori regione, con dispersione presso vari Centri specialistici. Non esiste un registro epidemiologico riguardo i casi di ipovisione e/o cecità dovute alla ROP. La tipologia del personale coinvolto è rappresentata da medico oculista e infermieri.

PROBLEMA CENTRALE:

7. avvio al trattamento chirurgico tempestivo delle forme gravi di ROP, nel tentativo di evitare l'ulteriore evoluzione della malattia verso un distacco di retina e quindi verso la cecità
8. potenziale recupero totale della capacità visiva dei bambini affetti da ipovisione dovuta a ROP, screenati alla nascita e con diagnosi certa in corso di follow-up programmato fino a 12 mesi di vita.

OBIETTIVO DI SALUTE GENERALE:

è stato dimostrato che la diagnosi precoce di ROP, effettuata in corso di ricovero in Tin e secondo la tempistica summenzionata, evita la cecità e previene l'ipovisione. Il follow-up di questi bambini permette di evidenziare menomazioni visive quali: miopia, nistagmo, strabismo, paralisi della muscolatura estrinseca del bulbo. Migliorando l'outcome dei soggetti affetti offrendo possibilità di recupero, si apporta un beneficio in termini di salute.

6) Beneficiari:

- neonati prematuri di peso < 1500 gr o comunque di età gestazionale < 33 settimane afferenti al Centro Regionale di TIN di Campobasso
- tutti i nati tra la 33^a e la 36^a sett., che presentino fattori di rischio aggiuntivi

7) Obiettivi di salute (e/o obiettivi di processo perseguiti): è stato dimostrato che la diagnosi precoce di ROP, effettuata in corso di ricovero in Tin e secondo la tempistica summenzionata, evita la cecità e previene l'ipovisione. Il follow-up di questi bambini permette di evidenziare menomazioni visive quali: miopia, nistagmo, strabismo, paralisi della muscolatura estrinseca del bulbo. Migliorando l'outcome dei soggetti affetti offrendo possibilità di recupero, si apporta un beneficio in termini di salute:

- 4) ridurre i casi di cecità,
- 5) trattare adeguatamente i bambini affetti da ipovisione, in modo da consentire loro per il futuro l'inserimento nel mondo relazionale-sociale e lavorativo.

Si salvaguarda in tal modo il singolo soggetto, la famiglia, con la ricaduta del beneficio economico sull'intera comunità, evitando i costi al SSN.

INDICATORI	FONTE DI VERIFICA	VALORE DELL'INDICATORE AL 31 DICEMBRE 2010	VALORE DELL'INDICATORE AL 31 DICEMBRE 2011		VALORE DELL'INDICATORE AL 31 DICEMBRE 2012	
			ATTESO	OSSERVATO	ATTESO	OSSERVATO
percentuale di prime visite a 29° - 44° settimane di età post-concezionale dei neonati di EG < 33 settimane	dati regionali	80%	90%		95%	
a tutti i nati tra la 33 ^a e la 36 ^a sett., che presentino fattori di rischio aggiuntivi.	dati regionali	70%	80%		95%	





1) **Regione: MOLISE**

2) **PROGETTO: PREVENZIONE DELL'IPOACUSIA PROFONDA PERMANENTE INFANTILE**

3) **Linea di intervento generale: 3.10**

4) **Identificativo del programma: 3.10.1**

5) **Descrizione dell'intervento programmato:**

La prevalenza dell'handicap uditivo nella popolazione infantile è intorno a 5/1000 (1). L'ipoacusia neurosensoriale grave e/o profonda da causa genetica o congenita rappresenta l'1-2/1000 neonati sani (1,12 PNP 2010-2012) (2) e raggiunge il 4-5% (3,4) nei neonati che presentano alla nascita uno o più fattori di rischio audiologico (2,6). La prevalenza della sordità infantile è comunque più elevata di quella di altre patologie congenite per le quali i neonati sono già routinariamente sottoposti a screening, come per esempio la fenilchetonuria o l'ipotiroidismo.

La perdita della capacità uditiva periferica conduce ad una ridotta efficienza delle stazioni neurologiche tronco-encefaliche e delle aree corticali di elaborazione acustica che si traduce in una ridotta capacità di discriminazione, identificazione e riconoscimento del linguaggio parlato. Questo comporta un ostacolo allo sviluppo dei normali processi di apprendimento, in tal modo viene limitata la ricezione e l'espressione del linguaggio con conseguenti modificazioni della maturazione emozionale, difficoltà relazionali e di integrazione socio-culturale (9,10). Attualmente l'età media di riscontro di tali anomalie è intorno ai 14 mesi di vita, età considerata troppo avanzata perché gli interventi riabilitativi siano realmente efficaci. E' stato peraltro ampiamente dimostrato che i bambini che ricevono un tempestivo trattamento riabilitativo, hanno un potenziale di sviluppo delle capacità linguistiche sovrapponibile a quello dei normoudenti. Nel 1998 l'European Consensus Statement on Neonatal Hearing Screening (Grandori e Lutmann 1998) ha raccomandato l'effettuazione dello screening uditivo neonatale universale su tutti i bambini nei primi tre mesi di vita. Negli ultimi anni diversi studi (7,8) hanno comprovato la fattibilità di uno screening audiologico neonatale basato sulla registrazione delle otoemissioni acustiche evocate (OAE). Le otoemissioni acustiche evocate sono dei segnali acustici di tipo non-lineare emessi dalle cellule ciliate esterne della coclea, presenti nel 100% dei normoudenti e rappresentano l'espressione di una normale funzione cocleare. Le OAE sono stabili e riproducibili, assenti per ipoacusie superiori a 40 dB. L'apparecchio utilizzato per la rilevazione ha una elevata sensibilità (90%) e specificità (95%).

Da questi brevi cenni risulta chiara l'importanza di una diagnosi precoce della ipoacusia infantile e del suo corretto inquadramento nosologico, non solo per stabilire un corretto programma riabilitativo, ma anche per prevedere l'incidenza sulla spesa sanitaria (rapporto costi-benefici).

ANALISI del CONTESTO:

In Molise nascono circa 2400 bambini/anno, i casi attesi di ipoacusia sono circa 7/anno. Nella regione sono attivi 3 punti nascita: 1 Terapia Intensiva Neonatale, con annessa Neonatologia e Nido, che funziona da Centro regionale a Campobasso (Centro di III livello), e 2 punti nascita (Centri di I livello).

Il problema centrale per la nostra regione, dove lo screening regionale è in corso da circa 3 anni, è la gestione, che avviene in maniera difforme per tempi di effettuazione, indicazioni fornite ai soggetti patologici, copertura insufficiente per soggetti persi che non si presentano al rescreeing o non effettuano lo screening in prima battuta per avaria dell'apparecchio in dotazione (accuscreen), che è soggetto a tempi lunghi per la riparazione. Ogni punto nascita dispone di un solo apparecchio; la carenza è maggiormente avvertita a Campobasso, dove si registra il maggior numero di nascite presso il

nido e dove sono accolti tutti i neonati patologici essendo l'unica TIN della Regione. La tipologia del personale coinvolto nello screening audiologico è prevalentemente rappresentata da medici, infermieri, solo in un nido ci si avvale della collaborazione di un audiometrista. Non esiste un registro epidemiologico riguardo i casi di ipoacusia e/o sordità. La protesizzazione avviene fuori regione, con dispersione presso vari Centri specialistici.

6) Beneficiari:

popolazione dei nati nella regione Molise, circa 2400/anno.

7) Obiettivi di salute (e/o obiettivi di processo perseguiti): potenziale recupero totale della capacità uditiva dei bambini affetti da ipoacusia, già evidenziabile alla nascita, con l'obiettivo di salute di ridurre i casi di sordità, o almeno di trattare adeguatamente i bambini affetti da sordità profonda, in modo da consentire loro per il futuro l'inserimento nel mondo relazionale-sociale e lavorativo. Si salvaguarda in tal modo il singolo soggetto, la famiglia, con la ricaduta del beneficio economico sull'intera comunità, evitando costi aggiuntivi al SSN.

INDICATORI	FONTE DI VERIFICA	VALORE DELL'INDICATORE AL 31 DICEMBRE 2010	VALORE DELL'INDICATORE AL 31 DICEMBRE 2011		VALORE DELL'INDICATORE AL 31 DICEMBRE 2012	
			ATTESO	OSSERVATO	ATTESO	OSSERVATO
percentuale dei bambini con sospetto di sordità profonda posto entro il primo mese di vita	dati regionali	70	80		95	
percentuale diagnosi di sordità profonda, posta entro 3 mesi di vita	dati regionali	50	75		95	
percentuale di identificazione dei casi patologici, con l'avvio di questi soggetti ad un programma di terapia protesico-logopedica sufficientemente precoce (entro il VI mese di vita) per minimizzare i danni conseguenti alla sordità.	dati regionali	60	75		95	





1) Regione MOLISE

2) PROGETTO: PREVENZIONE E SORVEGLIANZA DELLA DISABILITA' E DELLA NON AUTOSUFFICIENZA

3) Linea di intervento generale 4.2

4) Identificativo del programma 4.2.1

5) Descrizione dell'intervento programmato:

PREMESSA

La sorveglianza di popolazione, per sua natura a costi limitati, mette a disposizione dati di qualità, legati al fatto che le informazioni sono raccolte sulla popolazione generale e non sugli utenti di singoli servizi o su un gruppo di popolazione selezionata su uno specifico problema. Il progetto di prevenzione e sorveglianza intende realizzare una serie di indagini periodiche che producono indicatori sulla popolazione anziana. Si tratta di indicatori che, essendo sensibili al cambiamento nel tempo, consentono di monitorare l'evoluzione delle problematiche socio-sanitarie legate all'invecchiamento ma anche di valutare la penetrazione degli interventi che le famiglie e i servizi della rete sociale e sanitaria mettono in atto. Ciò permetterà di indirizzare in maniera più razionale ed efficace azioni e strategie di intervento a favore della popolazione anziana.

CONTESTO EPIDEMIOLOGICO

In regione Molise la popolazione over 64 anni rappresenta una larga fetta di popolazione infatti con le sue 74.000 unità rappresenta oltre il 22.6% della popolazione molisana complessiva.

Da questo aspetto deriva che una descrizione della popolazione anziana in rapporto ai diversi bisogni di tipo sociale e sanitario rappresenta una priorità nella programmazione e nello svolgimento di interventi preventivi; monitorare da una parte l'evoluzione delle problematiche socio-sanitarie legate al progredire dell'età e dall'altra di valutare l'efficacia e la penetrazione degli interventi messi in atto dai servizi, dalle famiglie e dall'intera collettività.

IMPIANTO PROGETTUALE

Nell'ottica della sorveglianza finalizzata alla prevenzione ed al monitoraggio dello stato di salute della popolazione anziana, viene realizzata una descrizione della popolazione anziana con una suddivisione in quattro sottogruppi di persone ultra 64enni:

- 1) in buona salute a basso rischio di malattia
- 2) in buona salute ma a rischio di malattia e fragilità
- 3) con segni di fragilità
- 4) con disabilità.

In un'ottica di orientamento all'azione, ciascun sottogruppo identifica target di interventi specifici che vanno dalle azioni di prevenzione terziaria per le persone con disabilità, alle azioni di prevenzione primaria per le persone a rischio di malattia e fragilità alle azioni di valorizzazione e protezione sociali trasversali a tutti i sottogruppi.

L'individuazione di sottogruppi all'interno della popolazione anziana è funzionale all'identificazione delle priorità di intervento ed è essenziale per la programmazione e valutazione delle strategie messe in atto dai servizi del settore sociale e sanitario e dall'intera società civile.

6) Beneficiari: Persone di età maggiore o uguale a 65 anni non istituzionalizzate, vive e residenti in regione.

7) Obiettivi di salute (e/o obiettivi di processo perseguiti):

Elaborare e sperimentare un modello di indagine sulla qualità della vita, sulla salute e sulla percezione dei servizi nella terza età, che sia ripetibile nel tempo e sostenibile con le risorse dei servizi sanitari e sociali, a uso delle Azienda sanitaria regionale, dei Servizi sociali e delle Regione. La sorveglianza di popolazione anziana ha come obiettivo quello di creare e seguire dinamicamente una popolazione che può distribuirsi in 4 aree: anziani risorsa, anziani a rischio di fragilità, gli anziani fragili e gli anziani non autosufficienti o disabili.

Indicatori	Fonte di verifica	Valore dell'indicatore al 31 dicembre 2010	Valore dell'indicatore al 31 dicembre 2011		Valore dell'indicatore al 31 dicembre 2012	
			Atteso	Osservato	Atteso	Osservato
Attività di sensibilizzazione e comunicazione iniziale	Attestazione dell'Assessorato regionale alle Politiche per la Salute	80	100		100	
Campionamento e formazione regionale dei coordinatori locali e degli intervistatori	Attestazione dell'Assessorato regionale alle Politiche per la Salute	60	100		100	
Attivazione del sistema di sorveglianza con inizio realizzazione interviste	Attestazione dell'Assessorato regionale alle Politiche per la Salute	10	100		100	
Inserimento dati e creazione base dati regionale	Attestazione dell'Assessorato regionale alle Politiche per la Salute		50		100	
Analisi dei dati e redazione report	Attestazione dell'Assessorato regionale alle Politiche per la Salute		50		100	
Comunicazione e diffusione dei risultati	Attestazione dell'Assessorato regionale alle Politiche per la Salute		30		100	





1) Regione: MOLISE
2) PROGETTO: Promozione dell'attività fisica per invecchiare in salute.
3) Linea di intervento generale: 4.2.
4) Identificativo del programma: 4.2.2.
<p>5) Descrizione dell'intervento programmato:</p> <p>L'attività motoria è uno strumento di prevenzione indiscusso per ogni individuo. Nonostante ciò la sedentarietà, il sovrappeso e l'obesità sono in costante aumento nel mondo ma anche nel nostro Paese. C'è evidenza, inoltre, che la sedentarietà aumenti con l'avanzare dell'età (Sistema PASSI dati 2009).</p> <p>L'adozione di stili di vita salutari, come l'abitudine di effettuare attività fisica, rappresenta la via per un invecchiamento in salute. È dunque importante creare opportunità di movimento nella popolazione anziana attraverso strategie multi-intervento, efficaci in questa specifica fascia d'età. Sono utilizzate le strategie già validate per le esperienze di "Walk to school": si propone di aiutare gli anziani a riappropriarsi del piacere di camminare a piedi e rappresenta un modo sano, sicuro e divertente per stare in comunità.</p> <p>Il progetto affronta il tema della qualità dell'ambiente urbano, della sicurezza stradale e dei benefici per la salute derivanti da uno stile di vita fisicamente attivo.</p> <p>I problemi che la mobilità basata sul trasporto motorizzato privato causa all'ambiente urbano, alla salute dei cittadini - che diventano sempre più sedentari - e in particolare alla qualità di vita degli anziani nelle città sono al centro di un processo partecipato che coinvolge la società, la medicina, le famiglie, le associazioni e i cittadini.</p> <p>I luoghi di aggregazione di anziani (centri sociali, chiese, ecc) risultano essere i luoghi più idonei per avviare la riflessione e la sperimentazione di buone pratiche per la mobilità sostenibile.</p> <p>Il progetto intende incidere sugli stili di vita degli anziani e produrre proposte alternative sull'organizzazione dell'area limitrofa ai luoghi più frequentati, promuovendo un cambiamento culturale di atteggiamenti e comportamenti.</p> <p>La realizzazione del progetto presenta alcune criticità legate soprattutto alla necessità di un pieno coinvolgimento degli anziani e dei loro leader. Questo aspetto può essere affrontato con successo grazie all'utilizzo di una metodologia di progettazione intersettoriale e partecipata</p> <p>Il progetto prevede tre azioni principali che saranno implementate per il raggiungimento dell'obiettivo di salute prefissato. Anzitutto l'attuazione di un'indagine di prevalenza finalizzata allo studio degli stili di vita negli anziani >55 anni con particolare riferimento allo studio dei livelli di sedentarietà e attività fisica. Tale azione è finalizzata a coprire il vuoto epidemiologico relativo all'attività fisica e ai livelli di sedentarietà nella popolazione in età senile.</p> <p>Nel corso del biennio sarà elaborato un Piano regionale di promozione dell'attività fisica attraverso il quale fornire supporto alle migliori pratiche implementabili a livello locale, coerenti con l'obiettivo del presente progetto, sostenibili e basate su prove di efficacia.</p> <p>Le azioni previste dal Piano saranno implementate secondo i tempi stabiliti e saranno sostenute da una coerente campagna comunicativa regionale.</p>
6) Beneficiari: Popolazione regionale nella fascia d'età > 65 anni

7) Obiettivi di salute (e/o obiettivi di processo perseguiti): Ridurre i livelli di sedentarietà nella popolazione degli ultrasessantacinquenni, promuovendo e facilitando l'attività motoria con interventi intersettoriali e multidisciplinari sostenibili e basati su evidenza scientifica e attraverso la diffusione sul territorio regionale delle migliori pratiche esistenti.

Indicatori	Fonte di verifica	Valore dell'indicatore al 31 dicembre 2010	Valore dell'indicatore al 31 dicembre 2011		Valore dell'indicatore al 31 dicembre 2012	
			Atteso	Osservato	Atteso	Osservato
Numero di centri di aggregazione di anziani coinvolti su un totale di 30 luoghi censiti	Dati regionali	0/30	15/30		15/30	
Questionari somministrati ad anziani dopo campagna informativa/anziani >65 anni	Dati regionali	0/70.189	250/70189		500/70189	



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

IL SEGRETARIO
F.to de Santis

IL PRESIDENTE
F.to Angelo Michele Iorio

Per copia conforme all'originale, in carta semplice per uso amministrativo.

Campobasso, li 04 gennaio 2011



IL SEGRETARIO
Laura de Santis

Laura de Santis

Per copia conforme all'originale, in carta semplice per uso amministrativo.

Visto: IL PRESIDENTE

IL SEGRETARIO

Campobasso, li _____




Regione Molise

PRESIDENZA

Servizio Segreteria Giunta Regionale

Regione Molise
Giunta - Protocollo Generale
Prot. 0000270/11 Del 05/01/2011
Partenza -



Oggetto: Trasmissione deliberazioni adottate dalla Giunta Regionale.

ALL'ASSESSORATO REGIONALE

ALLA SANITA'

Per i successivi adempimenti di competenza, si trasmettono, in copia, le deliberazioni sotto indicate.

IL RESPONSABILE DEL SERVIZIO
(Dott.ssa *Lidia de Santis*)

Delib. N.	del	NOTE (Allegati) (1)	Delib. N.	del	NOTE (Allegati) (1)
1099	30/12/2010	ALLEGATI Atti			BG + GALLO
1101	" "	" "			PREV.
Regione Molise Assessorato Politiche Salute Prot. 0000169/11 Del 07/01/2011 Arrivo		6605	Regione Molise Assessorato Politiche Salute Prot. 0000173/11 Del 07/01/2011 Arrivo		1101

(1) = Documentazione, Fascicolo, Etc.