



## REGIONE MOLISE

### DIREZIONE GENERALE PER LA SALUTE

## PIANO REGIONALE DELLA PREVENZIONE 2014-2018

Intesa Stato Regioni 13-11-2014 concernente il PIANO NAZIONALE DELLA PREVENZIONE per gli Anni 2014-2018 - Rep. Atti n. 156/CSR

**ALLEGATO D.C.A. 30 giugno 2016, n. 44:** «D.C.A. 28-07-2015, n. 50: *Approvazione del Piano regionale della Prevenzione della Regione Molise per gli anni 2014-2018, ai sensi dell'Intesa Stato - Regioni del 13 novembre 2014 - Rep. Atti n. 156/CSR*». *Revisione ed integrazioni ai sensi dell'Accordo Stato-Regioni del 25-03-2015 «P.N.P. 2014-2018 - Documento per la Valutazione» - Rep. n. 56/CSR, Allegato "A", punto 5.1.*

# INDICE

PROGRAMMA I «SCREENING ONCOLOGICI»	Pag.
<i>Screening della mammella</i> .....	6
<i>Screening del colon retto</i> .....	13
<i>Screening della cervice uterina</i> .....	18
 PROGRAMMA II «LA PREVENZIONE DELLE MALATTIE CRONICHE NON TRASMISSIBILI E LE AZIONI IN FAVORE DEI MALATI CRONICI»	
<i>Quadro epidemiologico</i> .....	26
"Comunicazione per la salute".....	35
"Formazione per il cambiamento".....	37
"Sanità in salute".....	38
"Vita SiCura".....	40
"Non mi fermo".....	43
<i>L'allattamento al seno nella Regione Molise: dal rilievo del dato epidemiologico alla promozione</i> .....	56
 PROGRAMMA III «SCREENING NEONATALI»	
<i>Screening audiologico neonatale</i> .....	64
<i>Screening oftalmologico neonatale</i> .....	70
 PROGRAMMI : IV «SCUOLA, SALUTE E BENESSERE»	
V «PREVENZIONE DELLE DIPENDENZE»	

<i>Scuola, Salute e Benessere: ambiti di intervento e azioni</i>	76
--	----

PROGRAMMA VI «PREVENZIONE DEGLI INCIDENTI STRADALI»

<i>Strada sicura.....</i>	100
<i>Il problema OSAS (Sindrome delle Apnee Ostruttive nel Sonno).....</i>	102
<i>Attività e obiettivi specifici.....</i>	106

PROGRAMMA VII «PREVENZIONE DEGLI INCIDENTI DOMESTICI»

<i>Casa sicura.....</i>	111
-------------------------	-----

PROGRAMMA VIII «INFORTUNI SUL LAVORO E MALATTIE PROFESSIONALI»

<i>Analisi di contesto .....</i>	120
<i>Azioni .....</i>	122

PROGRAMMA IX «SALUTE E AMBIENTE»

<i>Monitoraggio della qualità dell'aria.....</i>	143
<i>Il problema amianto nella Regione Molise .....</i>	146
<i>Il ruolo del C.O.R. ....</i>	148
<i>La rete "Salute-Ambiente" nella Regione Molise.....</i>	153
<i>Percorsi formativi ed informativi integrati in tema di Ambiente e Salute .....</i>	156
<i>I controlli in base ai regolamenti "REACH" e "CLP" .....</i>	160
<i>Regolamenti "REACH" e "CLP": La formazione .....</i>	164
<i>L'Edilizia eco-compatibile: il rischio "radon" .....</i>	168
<i>I rischi da CEM e raggi UV .....</i>	171

PROGRAMMA X «PREVENZIONE E SORVEGLIANZA DELLE MALATTIE INFETTIVE NELLA REGIONE MOLISE»

<i>La sorveglianza epidemiologica regionale: ritardi e prospettive .....</i>	176
<i>I sistemi di sorveglianza regionale delle malattie infettive prioritarie .....</i>	177
<i>L'informatizzazione della sorveglianza delle malattie infettive .....</i>	182
<i>Il potenziamento della segnalazione delle malattie infettive da parte degli operatori sanitari .....</i>	185
<i>Le malattie croniche o di lunga durata: tubercolosi (TBC) e HIV .....</i>	190
<i>L'Anagrafe vaccinale informatizzata: interoperabilità .....</i>	199

<i>Coperture vaccinali e adesione consapevole alle vaccinazioni .....</i>	204
<i>La corretta informazione sulle vaccinazioni .....</i>	213
<i>Piani per il contrasto delle emergenze infettive .....</i>	219

SORVEGLIANZA, GESTIONE E PREVENZIONE DELLE INFEZIONI CORRELATE ALL'ASSISTENZA E DELLE ANTIBIOTICO-RESISTENZE

<i>Analisi di contesto .....</i>	225
<i>Azione 1: La sorveglianza delle infezioni invasive da enterobatteri produttori di carbapenemasi (CPE) .....</i>	231
<i>Azione 2: Il monitoraggio del consumo di antibiotici .....</i>	235
<i>Azione 3: Informare per migliorare l'uso di antibiotici .....</i>	239
<i>Azione 4: La sorveglianza e il controllo delle infezioni correlate all'assistenza .....</i>	242

PROGRAMMA XI « SICUREZZA ALIMENTARE E SANITÀ PUBBLICA VETERINARIA»

<i>Ricetta veterinaria elettronica: Verso la «dematerializzazione» dell'intera gestione del farmaco veterinario .....</i>	252
<i>Piani di controllo e monitoraggio integrati per la gestione del rischio nelle matrici alimentari: 1) Integrazione tra Sanità pubblica, Ambiente e Agricoltura.....</i>	260
<i>Piani di controllo e monitoraggio integrati per la gestione del rischio nelle matrici alimentari: 2) Le attività della rete dei laboratori.....</i>	268
<i>Piani di controllo e monitoraggio integrati per la gestione del rischio nelle matrici alimentari: 3) Gli audit previsti dall'articolo 4 paragrafo 6 del Regolamento CE 882/2004</i>	276
<i>La rete dei laboratori: Protocolli per la collaborazione nel settore alimentare e veterinario....</i>	285
<i>Le Anagrafi del settore veterinario: Implementazione dell'anagrafe degli operatori del settore mangimi; Adeguamento delle anagrafiche gestite dalle Autorità competenti alla "Masterlist" del Regolamento (CE) 852/2004 .....</i>	296
<i>La gestione delle emergenze veterinarie e di sicurezza alimentare .....</i>	304
<i>La sorveglianza della fauna selvatica: la prevenzione delle malattie infettive e diffuse di interesse veterinario trasmissibili tramite vettori animali .....</i>	310
<i>Tecniche e organizzazione del controllo ufficiale: Aspetti relativi alla formazione e agli audit</i>	315
<i>Celiachia, allergie e intolleranze alimentari:</i>	
<i>Linee guida ed iniziative per tutelare il consumatore, assicurando una produzione sicura di alimenti, confezionati e non, idonei alla sua patologia .....</i>	318
<i>Sale: "poco e iodato". Iniziative della Regione Molise per ridurre i disordini da carenza iodica.....</i>	323

PROGRAMMA X II «PREVENZIONE DEL RANDAGISMO»

<i>La prevenzione del randagismo e delle malattie zoonosiche legate agli animali d'affezione....</i>	330
<i>A) Promozione del possesso responsabile di animali d'affezione .....</i>	335
<i>B) Iniziative per favorire l'iscrizione all'anagrafe degli animali di proprietà .....</i>	336
<i>Controlli sanitari sulle strutture di ricovero dei cani .....</i>	338
<i>Quadro di sintesi degli indicatori di processo «sentinella»</i>	344



**MACRO 1**  
**RIDURRE IL CARICO PREVENIBILE ED EVITABILE DI MORBOSITA', MORTALITA' E DISABILITA'**  
**DELLE MALATTIE NON TRASMISSIBILI**

**PROGRAMMA REGIONALE "I" - DCA N. 24/2015 - GLI SCREENING ONCOLOGICI**

**A) SCREENING DELLA MAMMELLA**

*MACRO 1 – Ridurre il carico prevenibile ed evitabile di morbosità, mortalità e disabilità delle malattie non trasmissibili.*

Il complesso delle malattie cronico-degenerative non trasmissibili, di cui fanno parte le malattie cardiovascolari, i tumori, le patologie respiratorie croniche e il diabete, rappresentano nelle moderne società il principale problema di sanità pubblica. Sono la principale causa di morbosità, invalidità e mortalità avendo il maggior impatto in termini di costi umani, sociali ed economici.

Per tutte queste patologie esiste un'altissima potenzialità di prevenzione soprattutto se si esplicano tutte le potenzialità connesse alla prevenzione primaria che può far leva sugli stili di vita (alimentazione, attività fisica, fumo) e quelle connesse alla prevenzione secondaria utilizzando al meglio la potente arma degli screening.

Al rilevante peso epidemiologico che riveste tale gruppo di malattie si deve aggiungere l'impatto che avrà nei prossimi anni, nel nostro paese ed in particolare nella nostra regione, l'innalzamento dell'età media della popolazione con importante ricaduta in termini di numero di diagnosi, anche a parità di incidenza considerato che circa il 50% dei tumori viene diagnostico in età superiore ai 70 anni (AIRTUM-AIOM / *numeri del cancro in Italia 2013*).

Negli ultimi anni si è avuto un importante incremento della sopravvivenza imputabile a due strumenti principali, da un lato i miglioramenti diagnostici e i moderni approcci terapeutici, dall'altro la diffusione sempre più capillare della prevenzione secondaria (screening) il cui obiettivo è la riduzione della mortalità specifica [obiettivo principale degli screening per la prevenzione del tumore della mammella, del colon-retto e della cervice uterina (AIRTUM-AIOM / *numeri del cancro in Italia 2013*)].

La sopravvivenza a 5 anni è notevolmente aumentata negli ultimi anni passando dal 39% del triennio 1990-1992 al 57% del 2004-2007 fino all'attuale 63%.

**Breve descrizione dell'Intervento programmato**

**Razionale dell'Intervento:** Nella regione Molise è attivo un programma unico di screening oncologico per le tre patologie per le quali vi sono evidenze scientifiche di efficacia in termini di riduzione della mortalità causa-specifica. Dal 2003 sono attivi i programmi per il carcinoma della mammella e della cervice uterina, dal 2007 è attivo anche lo screening per la neoplasia del colon-retto.

Se la riduzione della mortalità è l'obiettivo principale degli screening, esistono obiettivi secondari non meno importanti quali la riduzione di procedure chirurgiche demolitive a favore di interventi sempre più



conservativi, uso di terapie mediche meno aggressive, miglioramento della qualità di vita del cittadino/paziente ma anche minor peso sociale e minor carico sul sistema sanitario.

Nel complesso gli indicatori mostrano che i programmi di screening regionali hanno raggiunto e mantenuto buoni livelli di qualità, in particolare per quanto attiene ai primi livelli.

L'intento perseguito per il quadriennio 2015/2018 è il consolidamento e/o il miglioramento degli apprezzabili standard di estensione e adesione fino ad ora raggiunti.

## **PIANO OPERATIVO**

*OBIETTIVO CENTRALE 12 – Aumentare l'estensione reale dei programmi di screening alla popolazione target (per ognuno dei 3 tumori di oggetto di screening).*

Codice dell'indicatore: 1.12.1

Nome Indicatore: Percentuale di persone che ricevono l'invito al programma di screening mammografico sulla popolazione bersaglio.

**Breve descrizione dell'intervento programmato:** Invio di una lettera d'invito + sollecito a tutte le donne residenti in fascia di età 50-69 anni con periodicità biennale.

**Obiettivo specifico 1): *Mantenere l'attuale standard di estensione  $\geq 90\%$ .***

Standard: 100% previsto dai LEA

### **Attori e portatori di interesse:**

- Coordinamento regionale dei programmi di screening;
- Segreteria organizzativa dei programmi di screening.

### **Beneficiari:**

- Popolazione target: donne molisane di età compresa tra i 50 -69 anni

### **Fasi di articolazione:**

- Formazione/aggiornamento per gli attori;
- Messa a punto di una nuova campagna informativa (mass media, manifesti, *brochures*, etc.) con coinvolgimento di attori istituzionali (Regione, Asrem, Associazioni di volontariato, etc.);

### **INDICATORI:**

1) Tasso di estensione al programma:

anno 2016:  $\geq 95\%$

anno 2017:  $\geq 95\%$

anno 2018:  $\geq 95\%$



Valore baseline: 95% (valore medio dell'ultimo decennio con un'anomalia circoscritta al 2010)

\* \* \* \* \*

*OBIETTIVO CENTRALE 13 - Aumentare i soggetti a rischio sottoposti a screening oncologico.*

Codice dell'indicatore: 1.13.1

Nome Indicatore: Percentuale di persone che hanno aderito all'invito sulla popolazione bersaglio.

**Breve descrizione dell'intervento programmato:** La prevenzione individuale si dimostra mediamente meno efficace, più costosa e meno equa rispetto alla prevenzione collettiva mediante programmi di screening. Si intende pertanto riorientare la prevenzione individuale e spontanea verso il programma di screening con conseguente riduzione dell'attività di mammografia extra screening e incremento del tasso di adesione allo stesso. Inoltre, a decorrere dal 2018, la Regione Molise intende adottare un protocollo operativo per ampliare gradualmente la popolazione target normalmente invitata allo screening mammografico all'età 45 - 74 anni.

OBIETTIVI SPECIFICI:

**Obiettivo specifico 1): *Incrementare o, almeno, mantenere l'attuale standard di adesione  $\geq$  52 %***

**Obiettivo specifico 2): *Estendere il target di popolazione includendo fasce di età che, in base alle più recenti evidenze scientifiche, risultano parimenti a rischio (segmenti «45-49 anni» e «70-74 anni»).***

**Attori e portatori di interesse:**

- Regione Molise;
- Segreteria organizzativa dei programmi di screening;
- Medici di Medicina Generale;
- Unità operative di Radiologia.

**Beneficiari:**

- Donne molisane di età compresa tra i 50-69 anni
- Donne molisane di età compresa tra i 45-74 anni (dopo il 2018)

**Fasi di articolazione:**

- a) Riorientare la prevenzione individuale e spontanea verso il programma di screening anche attraverso iniziative volte a sollecitare la collaborazione dei MMG;
- b) Ridefinizione dell'interfacciamento con i centri di prenotazione aziendali tenuto conto della complessiva riorganizzazione della rete ospedaliera attualmente in corso;
- c) Definizione e realizzazione di una nuova campagna informativa;
- d) Adozione atti regionali di ampliamento del target di popolazione.



#### INDICATORI:

- con riferimento all'obiettivo specifico 1): incremento del tasso di adesione al programma in relazione al target storico (50-69 anni):

anno 2016:  $\geq 52$  %

anno 2017:  $\geq 53$  %

anno 2018:  $\geq 54$  %

Valore baseline: (sul target attuale 50-69 anni): 52 %

- con riferimento all'obiettivo specifico 2): estensione al programma di screening della mammella al target 45/49 anni e 70/74 anni (adozione atto regionale di ampliamento del target nel 2018)

\* \* \* \* \*

**OBIETTIVO CENTRALE 15** - *Identificare precocemente i soggetti a rischio eredo-familiare per tumore della mammella.*

**Codice dell'indicatore:** 1.15.1

Nome Indicatore: adozione di indirizzi regionali programmatori.

**Codice dell'indicatore:** 1.15.2

Nome Indicatore: adozione di percorsi diagnostico terapeutici secondo programmazione regionale.

**Breve descrizione dell'intervento programmato:** la Regione Molise intende organizzare un percorso di diagnosi, sorveglianza e profilassi per le donne con rischio elevato per carcinoma mammario ereditario. A tal fine, sulla scorta delle evidenze prodotte dalla letteratura e da LG nazionali ed internazionali, verrà definito e successivamente adottato un protocollo operativo per l'identificazione delle donne con profilo di rischio eredo- familiare per tumore della mammella e per il loro inserimento in programmi di controlli periodici di screening.

#### OBIETTIVI SPECIFICI:

**Obiettivo specifico 1):** *Attivazione di un centro unico regionale di rilevamento dei soggetti a rischio eredo-familiare per tumore della mammella e delle possibili patologie correlate e implementazione di percorsi diagnostico-terapeutici dedicati.*

**Obiettivo specifico 2):** *Attivazione di un ambulatorio regionale di riferimento per la patologia oncologica mammaria eredo familiare con sistema di sorveglianza e di supporto (counselling familiare, psiconcologia, valutazione genetica, ecc.).*

**Attori e portatori di interesse:**

- Regione Molise;
- Coordinamento screening;
- Segreteria organizzativa programmi di screening;
- UO di Oncologia Medica
- UO di chirurgia – senologia;
- UO di Anatomia patologica;
- UO di Genetica medica
- Medici di medicina generale;

**Beneficiari:** Popolazione target (donne molisane a rischio eredo-familiare per tumore della mammella).

**Fasi di articolazione:**

- a) Formale adozione protocollo regionale entro il 2016;
- b) Identificazione dei soggetti a rischio eredo – familiare entro il 2017;
- c) Implementazione di percorsi diagnostico-terapeutici dedicati entro il 2017.

**INDICATORI:**

- Numero donne a rischio avviate al percorso previsto dal protocollo / numero totale dei casi a rischio individuati (*indicatore sentinella*);
- Numero di UO (Oncologie, AN.PA, CHIR ecc) che adottano il protocollo / totale delle UO coinvolte (*indicatore sentinella*).



MACRO 1: RIDURRE IL CARICO PREVENIBILE ED EVITABILE DI MORBOSITA', MORTALITA' E DISABILITA' DELLE MALATTIE NON TRASMISSIBILI  
PROGRAMMA SCREENING ONCOLOGICI - AZIONE: SCREENING DELLA MAMMELLA

Indicatori degli obiettivi centrali e relativi valori regionali							Indicatori di processo/esito					
Macroobiettivo	Obiettivo centrale	Nome indicatore	Tipo (quantitativo o qualitativo)	Valore di baseline	Standard di riferimento (Variazione attesa)	Obiettivo specifico regionale	Azioni specifiche	Nome indicatore	Valore atteso 2016	Valore atteso 2017	Valore atteso 2018	Sorveglianza/Fonte
1. Ridurre il carico prevenibile ed evitabile di morbosità, mortalità e disabilità delle malattie non trasmissibili.	12 Aumentare l'estensione reale dei programmi di screening alla popolazione target	1.12.1 Percentuale di persone che ricevono l'invito a partecipare al programma di screening mammografico sulla popolazione bersaglio	Quantitativo	95%	≥ 0	1) Mantenere l'attuale standard di estensione ≥ 90%	Formazione/aggiornamento attori  Nuova campagna informativa	Tasso di estensione del programma di screening della mammella	≥ 95%	≥ 95%	≥ 95%	ONS
	13 Aumentare i soggetti a rischio sottoposti a screening oncologico della mammella	1.13.1 Percentuale di persone che hanno aderito all'invito sulla popolazione bersaglio	Quantitativo	≥52%	≥ 1-3%	1) Incrementare o mantenere l'attuale standard di adesioni ≥52%  2) Ampliamento del target ai segmenti di popolazione 45-49 e 70-74 anni.	Riorientare la prevenzione individuale e spontanea verso il programma di screening; Ridefinizione dell'inter-facciamiento Cup; Nuova campagna informativa  Adozione atti regionali ampliamento target	Tasso di adesione al programma di screening della mammella	≥ 52%	≥ 53%	≥ 54%	OK



Indicatori degli obiettivi centrali e relativi valori regionali							Indicatori di processo/esito					
Macroobiettivo	Obiettivo centrale	Nome indicatore	Tipo (quantitativo o qualitativo)	Valore di baseline	Standard di riferimento (Variazione attesa)	Obiettivo specifico regionale	Azioni specifiche	Nome indicatore	Valore atteso 2016	Valore atteso 2017	Valore atteso 2018	Sorveglianza/Fonte
Segue	Obiettivo centrale 15 - Identificare i soggetti a rischio eredo-familiare per tumore della mammella	1.15.1 Adozione di indirizzi regionali programmatori	Qualitativo	-	-	1) Attivazione centro unico regionale di rilevamento di soggetti a rischio eredo-familiare e implementazione percorsi diagnostico-terapeutico dedicati	- Adozione protocollo operativo regionale		OK	-	-	REGIONE ASREM
		1.15.2 Adozione di percorsi diagnostico terapeutici secondo programmazione regionale	Quantitativo			2) Attivazione ambulatorio regionale per la patologia oncologica mammaria eredo-familiare  3) Definizione e approvazione PDTA soggetti a rischio	- Identificazione dei soggetti a rischio eredo-familiare  - Implementazione percorsi diagnostico-terapeutici dedicati	Numero donne a rischio avviate al percorso previsto dal protocollo/ numero totale dei casi a rischio individuati  (INDICATORE SENTINELLA)  Numero di UO (Oncologie, AN.PA, CHIR ecc) che adottano il protocollo / totale delle UO coinvolte  (INDICATORE SENTINELLA)	-	30%	50%	



## C) SCREENING DEL COLONRETTO

*MACRO 1 – Ridurre il carico prevenibile ed evitabile di morbosità, mortalità e disabilità delle malattie non trasmissibili.*

*OBIETTIVO CENTRALE 12 – Aumentare l'estensione reale dei programmi di screening alla popolazione bersaglio (per ognuno dei 3 tumori di oggetto di screening).*

*INDICATORE 1.12.1 – Percentuale di persone che ricevono l'invito a partecipare al programma di screening COLORETTALE sulla popolazione bersaglio.*

### **12-1 Controlli incrociati Segreteria screening/Database regionali/Medici di Medicina Generale.**

#### **Breve descrizione dell'intervento programmato:**

Il tasso di estensione del programma di screening del colon-retto ha già raggiunto livelli ottimali che collocano il Molise tra le regioni più virtuose come attestato dal *Rapporto breve 2014* dell'Osservatorio Nazionale Screening (pp.29-30).

Tuttavia un ulteriore miglioramento della *performance* potrà conseguirsi attraverso una migliore integrazione tra le anagrafiche di screening e database delle banche dati regionali e l'invio della lista degli assistiti non responder ai medici di medicina generale.

**OBIETTIVO CENTRALE:** 12.1 Aumentare l'estensione reale del programma di screening del colon retto alla popolazione target.

**OBIETTIVO SPECIFICO:** Incrementare la percentuale di persone che ricevono il kit-FOBT a domicilio.

#### **Attori e portatori di interesse:**

- Regione Molise;
- Medici di Medicina generale;
- Operatori sanitari e amministrativi coinvolti nell'organizzazione dei programmi discreening.

#### **Beneficiari**

Popolazione target: Molisani di età compresa tra i 50 ed i 69 anni

#### **Fasi di articolazione**

La linea di intervento prevede:

- a) Upgrade del software regionale screening con le banche dati regionali;
- b) Coinvolgimento dei Medici di medicina generale nella gestione degli inviti inesitati;
- c) Formazione/aggiornamento degli operatori coinvolti nell'organizzazione dei programmi di screening;

**INDICATORI:** Incremento del tasso di estensione del programma:

- anno 2016: 96%
- anno 2017: 98 %
- anno 2018: 100%

Valore *baseline*: 95%



OBIETTIVO CENTRALE 13 – *Aumentare i soggetti a rischio sottoposti a screening oncologico.*

*Obiettivo 1.13.1 – Percentuale di persone che hanno aderito all'invito sulla popolazione bersaglio (SCREENING COLORETTALE)*

**Breve descrizione dell'intervento programmato:**

Per sensibilizzare maggiormente la popolazione target sull'importanza della prevenzione oncologica si rende indispensabile promuovere una nuova campagna mediatica incisiva e costante.

Per incrementare il tasso di adesione al I e II livello del programma di screening del colon retto sarebbe auspicabile **una maggiore collaborazione dei MMG** che devono convogliare nell'ambito dello screening tutti gli assistiti in fascia di età (50-69 anni). I Medici di Medicina Generale dovranno inoltre sollecitare i pazienti FOBT positivi a sottoporsi alla colonscopia di II livello. Uno dei principali aspetti nella relazione con gli utenti è la chiarezza e completezza dell'informazione fornita sulle principali tappe del per corso dello screening. In particolare la proposta di eseguire un esame invasivo come la colonscopia deve essere accompagnata da un'informazione esauriente e chiara, momento particolarmente delicato per evitare situazioni di abbandono del programma da parte degli utenti.

I risultati dell'indagine endoscopica e le informazioni necessarie al monitoraggio del percorso devono essere trasmesse sempre e solo al centro screening per la corretta programmazione del percorso individuale del paziente, dell'eventuale *follow up* e per il monitoraggio degli indicatori di risultato e di percorso. Si rende altresì necessario un monitoraggio dell'impatto sui tempi di attesa per gli approfondimenti di II livello che non dovranno superare i 30 gg. dall'esito del FOBT. A tal fine appare indispensabile una riorganizzazione dei piani di lavoro delle Endoscopie regionali.

**OBIETTIVO SPECIFICO:**

- 1) Incrementare la percentuale di persone in età target che eseguono il test di primo livello;
- 2) Incrementare la percentuale di pazienti positivi al FOBT-test che eseguono le indagini endoscopiche di II livello.

**Attori e portatori di interesse:**

- Medici di Medicina Generale;
- Endoscopisti;
- Operatori sanitari e amministrativi coinvolti nella organizzazione dei programmi di screening.

**Beneficiari**

Popolazione target: Molisani di età compresa tra i 50 ed i 69 anni

**Fasi di articolazione**

La linea di intervento prevede:

- a) Predisposizione di un piano della comunicazione che preveda l'aggiornamento periodico dei materiali divulgativi e la realizzazione di campagne di sensibilizzazione indirizzate alla popolazione;
- b) Individuare i test FOBT eseguiti su base individuale dalla popolazione in fascia d'età target e ricondurli nell'ambito del programma di screening;
- c) Integrazione con la medicina di base per la presa in carico del ruolo di orientamento dei pazienti nel percorso screening, soprattutto di II livello;



- d) Ridefinizione dei piani di lavoro delle Endoscopie;
- e) Monitoraggio dei tempi di attesa;
- f) Trasmissione delle indagini endoscopiche al centro screening.

INDICATORI:

1) Incremento del tasso di adesione al I livello:

- anno 2016: 60%
- anno 2017: 65 %
- anno 2018: 70 %

Valore *baseline*: 52%

2) Incremento del tasso di adesione al II livello:

- anno 2016: 35 %
- anno 2017: 45%
- anno 2018: 55%

Valore *baseline*: 27 %

3) Recupero al programma screening di persone che effettuano controlli fuori da tale ambito:

- anno 2016: n.d.
- anno 2017: 15%
- anno 2018: 30%

Valore *baseline*: 0



**MACRO 1: RIDURRE IL CARICO PREVENIBILE ED EVITABILE DI MORBOSITA', MORTALITA' E DISABILITA' DELLE MALATTIE NON TRASMISSIBILI PROGRAMMA  
SCREENING ONCOLOGICI - AZIONE: SCREENING DEL COLON RETTO**

		Indicatori degli obiettivi centrali e relativi valori regionali						Indicatori di processo				
Macroobiettivo	Obiettivo centrale	Nome indicatore	Tipo	Valore <i>baseline</i>	Standard di riferimento (Variazione attesa)	Obiettivo specifico regionale	Azioni	Nome indicatore	Valore atteso 2016	Valore atteso 2017	Valore atteso 2018	Sorveglianza/ Fonte
Ridurre il carico prevenibile ed evitabile di morbosità, mortalità e disabilità delle malattie non trasmissibili.	12.1 Aumentare l'estensione reale dei programmi di screening alla popolazione bersaglio.	Percentuale di persone che ricevono l'invito a partecipare al programma di screening coloretale sulla popolazione bersaglio	Qualitativo	95%	5%	Incrementare la percentuale di persone che ricevono il kit-FOBT a domicilio	<p>Upgrade del software regionale screening con le banche dati regionali</p> <p>Coinvolgimento dei MMG nella gestione degli inviti inesitati</p> <p>Formazione /aggiornamento operatori coinvolti</p>	Pop. invitata – inviti inesitati / pop. bersaglio – esclusi prima dell'invito x 100	96%	98%	100%	ONS REGIONE
	13.1 Aumentare i soggetti a rischio sottoposti a screening oncologico.	Percentuale di persone che hanno aderito all'invito sulla popolazione bersaglio (SCREENING COLORETTALE)	Qualitativo	52%	18%	Incrementare la percentuale di persone in età target che eseguono il test di I livello	<p>Nuova campagna informativa</p> <p>Sinergia/collaborazione con i MMG per incanalare i FOBT individuali nel percorso screening</p>	Pop. aderente / pop. invitata – inviti inesitati – escluse dopo l'invito x100  (INDICATORE SENTINELLA)	60%	65%	70%	
			Qualitativo	27%	28%	Incrementare la percentuale di pazienti FOBT positivi che eseguono le indagini di II livello.	Collaborazione con i MMG per il ruolo di orientamento dei pazienti nel percorso screening		35%	45%	55%	
			Quantitativo				<p>Ridefinizione dei piani di lavoro delle Endoscopie</p> <p>Monitoraggio dei tempi di attesa</p> <p>Trasmissione delle indagini endoscopiche al centro screening per la corretta programmazione del follow up e per il monitoraggio degli indicatori di risultato e di percorso</p>					

Ridurre il carico prevenibile ed evitabile di morbosità, mortalità e disabilità delle malattie non trasmissibili.	13.1 Aumentare i soggetti a rischio sottoposti a screening oncologico.	Percentuale di persone recuperate allo screening dai controlli individuali fuori screening	Quantativo	-	-	Incrementare la percentuale di pazienti FOBT al I livello di screening e quelli positivi al II livello	Recupero dei dati dai CUP e invio sollecito personalizzato	Pop. in target che effettua FOBT individuale fuori screening / pop. recuperata alla screening x 100  (INDICATORE SENTINELLA)	-	15%	30%	ONS REGIONE
---	--	--	------------	---	---	--	--	--	---	-----	-----	-------------



## B) SCREENING DELLA CERVICE UTERINA

MACRO 1 *Ridurre il carico prevenibile ed evitabile di morbosità, mortalità e disabilità delle malattie non trasmissibili.*

OBIETTIVO CENTRALE 12 – *Aumentare l'estensione reale dei programmi di screening alla popolazione bersaglio (per ognuno dei 3 tumori di oggetto di screening).*

INDICATORE 1.12.1 – *Percentuale di persone che ricevono l'invito a partecipare al programma di screening per il tumore della cervice uterina sulla popolazione bersaglio.*

**12-1 Promuovere la c.d. reingegnerizzazione:** Messa in rete di tutti i Centri di prenotazione regionali (Cup-pass) con il Call-Center dei Programmi di Screening e informatizzazione degli ambulatori ginecologici dedicati allo screening.

### **Breve descrizione dell'intervento programmato.**

**Razionale dell'intervento:** la messa in rete dei tutti i centri di prenotazione regionali (Cup-pass) con il call-center dei Programmi di Screening e l'informatizzazione di tutti gli ambulatori ginecologici consentiranno di convogliare nell'ambito dello screening della cervice uterina le donne che ogni anno effettuano il pap-test/HPV-DNA in maniera volontaristica con impegnativa.

In tal modo sarà garantita la *riduzione degli esami inappropriati* ovvero degli esami negativi ripetuti prima dei tre anni dentro e fuori screening con inutile sovraccarico per le anatomie patologiche ed il laboratorio – analisi.

Inoltre si determinerà una maggiore disponibilità in termini di inviti per le c.d. *no- responders*.

OBIETTIVO CENTRALE: 12.1 Aumentare l'estensione reale del programma di screening della cervice uterina alla popolazione target.

OBIETTIVO SPECIFICO: Incrementare la percentuale di persone che ricevono l'invito a partecipare al programma di screening recuperando le c.d. *spontanee* dai cup – pass e reinserendole nel percorso di screening.

### **Attori e portatori di interesse:**

- Ostetriche prelevatrici degli ambulatori ginecologici regionali dedicati allo screening;
- Cup – pass regionali;
- Segreteria/call – center dei programmi di screening.

### **Beneficiari**

- Popolazione target: donne molisane di età compresa tra i 25 ed i 64 anni.



- Servizio Sanitario Regionale (in termini di appropriatezza degli interventi e razionalizzazione della spesa)

### Fasi di articolazione

La linea di intervento prevede:

- a) Adeguamento del software gestionale dello screening per la messa in rete dei centri di interesse;
- b) Formazione/aggiornamento degli operatori coinvolti.

### Criticita':

- Farraginosità delle procedure burocratiche sottese alla messa in rete dei Cup-pas / call-center di screening ed alla informatizzazione degli ambulatori ginecologici;
- Disservizi postali (es. discrepanze tra i dati annotati dai portalettere e i riscontri telefonici diretti).

### INDICATORI:

Incremento del tasso di estensione del programma:

- 85% anno 2016
- 90 % anno 2017
- 100% anno 2018

Valore *baseline*: 60%

\* \* \* \* \*

OBIETTIVO CENTRALE 13 – *Aumentare i soggetti a rischio sottoposti a screening oncologico.*

*Obiettivo 1.13.1 – Percentuale di persone che hanno aderito all'invito sulla popolazione bersaglio (SCREENING CERVICALE).*

**13-1 Promuovere la c.d. reingegnerizzazione:** messa in rete di tutti i Centri di prenotazione regionali (Cup-pass) con il Call-Center dei Programmi di Screening e informatizzazione degli ambulatori ginecologici dedicati allo screening.

### **Breve descrizione dell'intervento programmato.**

**Razionale dell'intervento:** La messa in rete di tutti i centri di prenotazione regionali (Cup-pass) con il call-center dei Programmi di Screening e l'informatizzazione di tutti gli ambulatori ginecologici consentiranno di convogliare nell'ambito dello screening della cervice uterina le donne che ogni anno effettuano il pap-test/HPV-DNA in maniera volontaristica con impegnativa.

In tal modo sarà garantita la *riduzione degli esami inappropriati* ovvero degli esami negativi ripetuti prima dei tre anni dentro e fuori screening con inutile sovraccarico per le anatomie patologiche ed il laboratorio – analisi.

Inoltre si determinerà una maggiore disponibilità in termini di inviti per le c.d. *no- responders*.



OBIETTIVO CENTRALE: 13.1 Aumentare i soggetti a rischio sottoposti a screening oncologico.

OBIETTIVO SPECIFICO: Incrementare la percentuale di persone in età target che eseguono il test di primo livello.

**Attori e portatori di interesse:**

- Ostetriche prelevatrici degli ambulatori ginecologici regionali dedicati agli screening;
- Cup – pass regionali;
- Segreteria/call – center dei programmi di screening.

**Beneficiari:**

- Popolazione target: donne molisane di età compresa tra i 25 ed i 64 anni
- Servizio Sanitario Regionale (in termini di appropriatezza degli interventi e razionalizzazione della spesa)

**Fasi di articolazione:**

La linea di intervento prevede:

- a) Adeguamento del software gestionale dello screening per la messa in rete dei centri di interesse;
- b) Formazione/aggiornamento degli operatori coinvolti.

**Criticita':**

- Farraginosità delle procedure burocratiche sottese alla messa in rete dei Cup-pas / call-center di screening ed alla informatizzazione degli ambulatori ginecologici;
- Presenza di *alias* nell'anagrafica condizionante i dati statistici e la pianificazione delle attività con pesanti ripercussioni sul raggiungimento degli obiettivi e gravi ricadute in termini economici.

**INDICATORI:**

Incremento del tasso di adesione al programma:

- 45% anno 2016
- 50 % anno 2017
- 55% anno 2018

Valore *baseline*: 30%

OBIETTIVO CENTRALE 14 – *Orientare/riavviare i programmi di screening per il Cancro della Cervice Uterina introducendo il Test HPV-DNA.*



OBIETTIVO 1.14.1 – *Adozione di indirizzi regionali programmatori per lo screening per il cancro della cervice uterina a introducendo il test HPV-DNA (entro un anno dall'avvio del PRP).*

1.14.1 Adozione con Deliberazione di Giunta regionale di un protocollo operativo per l'introduzione del test HPV-DNA.

**Breve descrizione dell'intervento programmato:** Entro un anno dall'approvazione del PRP la Regione Molise definirà un protocollo operativo per l'attivazione del nuovo sistema di screening con test HPV-DNA in sostituzione del pap-test tradizionale. Il protocollo operativo dovrà individuare: Razionale, obiettivi, riferimenti normativi, popolazione target, intervallo di screening, invito allo screening e materiali informativo, costi cessanti e sorgenti, formazione e campagne di informazione, monitoraggio del programma.

**Obiettivo specifico:** Pianificare un nuovo sistema di screening della cervice uterina con test HPV-DNA .

**Attori e portatori di interesse:**

- Regione Molise;
- Coordinamento screening;

**Beneficiari**

- Popolazione target: donne molisane di età compresa tra i 25 ed i 64 anni
- Servizio Sanitario Regionale (in termini di appropriatezza degli interventi e razionalizzazione della spesa)

**Fasi di articolazione**

Adozione di atti formali relativi agli indirizzi programmatori regionali.

**INDICATORI**

Non rilevato.



OBIETTIVO 1.14.2 – *Avvio del programma di screening per il cancro della cervice uterina introducendo il test HPV-DNA entro il 2018*

**14-2 Introdurre il test HPV-DNA** come test di screening primario in sostituzione del pap-test tradizionale.

**Breve descrizione dell'intervento programmato.**

In linea con le indicazioni contenute nel PNP e sulla base delle evidenze scientifiche emergenti verrà introdotto l'utilizzo del TEST HPV come test di primo livello.

OBIETTIVO CENTRALE:

14.2 Orientare/riavviare il programma di screening per il Cancro della Cervice Uterina introducendo il Test HPV-DNA.

OBIETTIVO SPECIFICO:

Miglioramento dell'appropriatezza clinica dell'intervento di prevenzione:

- a) identificazione precoce dei soggetti con rischio di malattia;
- b) Miglioramento della qualità degli interventi ed utilizzo efficiente delle risorse e delle competenze professionali.

**Attori e portatori di interesse:**

- Ostetriche prelevatrici degli ambulatori ginecologici regionali dedicati agli screening;
- Laboratorio analisi centralizzato;
- Unità operative di Anatomia patologica;
- Ginecologi colposcopisti;
- Autisti per trasporto campioni dagli ambulatori periferici al Laboratorio centralizzato;
- Segreteria organizzativa dei programmi di screening;

**Beneficiari**

- Popolazione target: donne molisane di età compresa tra i 25 ed i 64 anni
- Servizio Sanitario Regionale (in termini di appropriatezza e qualità degli interventi e razionalizzazione della spesa)

**Fasi di articolazione**

La linea di intervento prevede:

- a) Adeguamento del software gestionale dello screening per la sostituzione del pap-test tradizionale con il test HPV-DNA;



- b) Messa in rete del Laboratorio-analisi centralizzato con i centri d'interesse (Segreteria organizzativa degli screening oncologici, Ambulatori ginecologici periferici, etc);
- c) Adozione protocollo diagnostico-terapeutico;
- d) Formazione/aggiornamento degli operatori coinvolti.

INDICATORI:

1) *Incremento del tasso di adesione al programma:*

- 45% anno 2016
- 50% anno 2017
- 55% anno 2018

Valore *baseline*: 30%



MACRO 1: RIDURRE IL CARICO PREVENIBILE ED EVITABILE DI MORBOSITA', MORTALITA' E DISABILITA' DELLE MALATTIE NON TRASMISSIBILI  
PROGRAMMA SCREENING ONCOLOGICI - AZIONE: SCREENING DELLA CERVICE UTERINA

		Indicatori degli obiettivi centrali e relativi valori regionali						Indicatori di processo				
Macro obiettivo	Obiettivo centrale	Nome indicatore	Tipo	Valore di baseline	Standard di riferimento (variazione attesa)	Obiettivo specifico regionale	Azioni	Nome indicatore	Valore atteso 2016	Valore atteso 2017	Valore atteso 2018	Sorveglianza/ Fonte
Ridurre il carico prevenibile ed evitabile di morbosità, mortalità e disabilità delle malattie non trasmissibili.	12. Aumentare l'estensione reale del programma di screening della cervice uterina alla popolazione target	Percentuale di persone che ricevono l'invito a partecipare al programma di screening per il tumore della cervice uterina sulla popolazione bersaglio.	Quantitativo	60%	40%	Pianificazione ed avvio operativo della c.d. "reingegnerizzazione" (messa in rete di tutti i Cup pass regionali con il call center di screening)  Informatizzazione di tutti i centri di prelievo regionali	Reingegnerizzazione	Incremento del tasso di estensione del programma di screening della cervice uterina alla popolazione target  Informatizzazione	85%	90%	100%	ONS/ REGIONE
	13. Aumentare i soggetti a rischio sottoposti a screening oncologico	Percentuale di persone che hanno aderito all'invito sulla popolazione bersaglio (SCREENING CERVICALE)	Quantitativo	30%	25%	Pianificazione ed avvio operativo della c.d. "reingegnerizzazione" (messa in rete di tutti i Cup pass regionali con il call center di screening) entro 31/12/2016  Informatizzazione di tutti i centri prelievo regionali	Reingegnerizzazione	Incremento del tasso di adesione al programma di screening della cervice uterina  Informatizzazione	45%	50%	55%	ONS/ REGIONE



		Indicatori degli obiettivi centrali e relativi valori regionali						Indicatori di processo				
Macro obiettivo	Obiettivo centrale	Nome indicatore	Tipo	Valore di baseline	Standard di riferimento (variazione attesa)	Obiettivo specifico regionale	Azioni	Nome indicatore	Valore atteso 2016	Valore atteso 2017	Valore atteso 2018	Sorveglianza/ Fonte
	14. Orientare/ riavviare i programmi di screening per il cancro della Cervice uterina introducend o il test HPV-DNA	14.1 Adozione di atti programmat ori per lo screening della cervice uterina introducend o il test HPV-DNA	Qualitativo	---	OK	Pianificare un nuovo sistema di screening della cervice uterina con test HPV-DNA	Pianificazio ne screening cervicale con test HPV - DNA	Adozione protocollo operativo screening cervicale con test HPV	OK	OK	OK	ONS/ REGIONE
		14.2 Avvio operativo del programma di screening per il cancro della cervice uterina con test HPV- DNA	Quantitativo	30%	25%	Miglioramento dell'appropriat ezza clinica e della qualità dell'intervento di prevenzione ed utilizzo efficiente delle risorse	Attivazione screening cervicale con test HPV - DNA	Incremento del tasso di adesione al programma di screening della cervice uterina	25%	50%	75%	
									Invitate a test HPV di I livello nell'anno/tot ale invitate nell'anno x100 (INDICATORE SENTINELLA)	45%	50%	



## MACRO 1: PROGRAMMA REGIONALE "II" - DCA N. 24/2015

### LA PREVENZIONE DELLE MALATTIE CRONICHE NON TRASMISSIBILI E LE AZIONI IN FAVORE DEI MALATI CRONICI

#### Quadro epidemiologico

Una corretta prevenzione primaria delle malattie croniche non trasmissibili passa sicuramente attraverso una capillare conoscenza dei fattori di rischio cosiddetti modificabili che ne consenta, laddove possibile, un adeguato controllo e correzione.

“Un fattore di rischio” è una condizione specifica statisticamente associata ad una malattia e che pertanto si ritiene possa concorrere alla sua patogenesi, favorirne lo sviluppo o accelerarne il decorso.

La sua assenza non esclude la comparsa della malattia, ma la sua presenza, o la compresenza di più fattori di rischio, aumenta notevolmente il rischio di malattia.

Il fattore di rischio può essere un aspetto del comportamento, una caratteristica intrinseca del soggetto o genetica, un'esposizione ambientale o uno stile di vita.

Numerosi sono i fattori di rischio per le malattie croniche, in particolare le patologie cardio-cerebrovascolari. Alcuni fattori sono definiti non modificabili quali: l'età, il sesso e la familiarità.

Altri fattori sono considerati modificabili perché legati allo stile di vita: la sedentarietà o scarsa attività fisica; il fumo attivo e passivo; l'assunzione di alcool; una dieta povera di vegetali e frutta ma ricca di grassi, assunzione di farmaci, ormoni o droghe, ipertensione arteriosa, dislipidemie, diabete, esposizione ad agenti biologici (batteri, virus) a radiazioni ionizzanti e ad agenti inquinanti.

#### ***Lo stile di vita***

Secondo la definizione dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) “Lo stile di vita consiste in un modo di vivere impostato secondo modelli di comportamento identificabili, che sono frutto dell'azione reciproca delle caratteristiche proprie di un individuo, delle interazioni sociali con le condizioni di vita di carattere socioeconomico e ambientale. Questi modelli di comportamento vengono continuamente interpretati e vagliati in situazioni sociali diverse e non sono quindi immobili, bensì soggetti al cambiamento.”

Lo stile di vita diventa fondamentale se il soggetto è già affetto da patologie quali l'ipertensione arteriosa, il diabete, dislipidemie.

#### ***L'attività fisica***

L'attività fisica è definita dall'OMS come “qualsiasi movimento corporeo prodotto dai muscoli scheletrici che richiede un dispendio energetico” e la sedentarietà, cioè la mancanza di esercizio fisico, è considerata il quarto principale fattore di rischio per la mortalità globale e causa di circa 3,2 milioni di morti a livello mondiale.

Praticare quotidianamente attività fisica moderata, come camminare, andare in bicicletta o fare sport, aiuta a ridurre il rischio di malattie



cardiovascolari e di malattie croniche (diabete) e influisce positivamente anche sullo stato psicologico delle persone.

“In Italia circa 18 milioni di persone di età superiore ai 3 anni (pari al 31% della popolazione) praticano sport: il 21,5% in modo continuativo e il 9,6% saltuariamente. L’abitudine all’attività fisica non è uguale in tutte le Regioni, infatti, dall’analisi dei dati locali emerge un gradiente Nord-Sud, con livelli più elevati e continui di attività fisica nelle Province autonome di Bolzano (55,1%) e di Trento (41,5%), in Valle d’Aosta (46,4%) e in Veneto (39,6%), e livelli più bassi in Campania (21,2%), Molise (22,1%), Sicilia (22,5%) e Calabria (23,8%).” (Dati ISTAT 2010)

Come suggerito anche dall’OMS, “praticare una regolare attività fisica, insieme ad una corretta alimentazione, contribuisce al mantenimento dello stato di salute fin dall’infanzia e favorisce il controllo del peso corporeo.”

Nei bambini è consigliata ogni giorno almeno un’ora di attività fisica (attività motoria svolta a scuola o in strutture con personale specializzato e il gioco all’aperto). Solo un bambino su quattro, in età scolare, si reca a scuola in bicicletta o a piedi, mentre gli altri utilizzano un mezzo di trasporto pubblico o privato.

Anche la scuola può giocare un ruolo importante favorendo un’attività motoria ben strutturata durante tutta la settimana.

“La sedentarietà che è associata ad un’alimentazione quantitativamente e qualitativamente non corretta, diventa un problema di salute pubblica mondiale con relativi costi sociali.

La sedentarietà cresce all’aumentare dell’età ed è significativamente più frequente nelle donne, nelle persone che hanno il minor grado di istruzione e molte difficoltà economiche” (Sistema sorveglianza Passi).

### ***Il fumo***

I fumatori nel mondo sono circa 650 milioni. Secondo l’OMS il fumo è “la prima causa di morte facilmente evitabile” responsabile ogni anno della morte di 5 milioni di persone in tutto il mondo per cancro, malattie cardiovascolari e respiratorie; un numero peraltro destinato ad arrivare a 10 milioni entro il 2030 se non saranno adottate misure efficaci.

Nell’Unione europea si stima che fumino 4,5 milioni di persone e che ogni anno siano 650 mila i decessi correlati al fumo.

Secondo i dati riferiti dal Ministero della Salute, “si stima che in Italia siano attribuibili al fumo di tabacco dalle 70 mila alle 83 mila morti l’anno. Oltre il 25% di questi decessi è compreso tra i 35 e i 65 anni di età e oltre un milione sono gli anni di vita in buona salute persi. Questi dati fanno del fumo di tabacco la principale causa prevenibile di mortalità anche nel nostro Paese, come nel resto del mondo occidentale.”

I fumatori in Italia sono 11,3 milioni, il 22% della popolazione: 6,2 milioni di uomini (il 25,4%) e 5,1 milioni di donne (18,9%).

Aumentano i forti fumatori, soprattutto tra i giovanissimi. Tra i 15 e i 24 anni il 67,8% fuma meno di 15 sigarette al giorno. Oltre il 72,5% dei fumatori ha iniziato a fumare tra i 15 e i 20 anni e il 13,2% anche prima dei 15 anni.

La fascia d’età con la più alta percentuale di fumatori è quella compresa tra i 25-44 anni dove si registra un 33,7% per gli uomini e un



24,1% per le donne. La percentuale dei fumatori che ha iniziato prima dei 15 anni è diminuita negli ultimi anni passando dal 18,8% nel 2009 al 13,3% nel 2012.

I tentativi di smettere senza successo riguardano circa il 30% dei fumatori, i quali hanno tentato nella maggior parte dei casi (75%) senza alcun aiuto. L'Italia è agli ultimi posti in Europa nella vendita di farmaci utilizzati nella terapia di disassuefazione dal fumo.

In Italia il divieto del fumo nei luoghi pubblici (legge n.3 del 16 gennaio 2003) ha indotto un netto calo del consumo di sigarette, che si tradotto in una riduzione dei ricoveri per infarto del miocardio. L'Italia è stato uno dei primi Paesi europei a regolamentare il fumo nei locali pubblici, compresi i luoghi di lavoro. Nel 2007, la comunità scientifica internazionale ha riconosciuto all'Italia un ruolo di capofila nella promozione di politiche *smoke free*.

“L'esposizione al fumo passivo in ambito domestico è ancora frequente, soprattutto se si considera che il divieto parziale ha un'efficacia ridotta. Si dovrebbe dunque promuovere una maggiore comunicazione sulla pericolosità dell'esposizione al fumo passivo, rivolta principalmente ai genitori di bambini.” (Sistema Sorveglianza Passi)

### ***Il consumo di alcol***

Secondo i dati del Ministero della Salute, il nostro Paese negli ultimi dieci anni ha registrato un progressivo cambiamento dei comportamenti di consumo di alcol. Sempre meno diffuso appare il tradizionale modello di consumo basato sull'assunzione quotidiana di vino durante i pasti, che tuttavia persiste nella popolazione adulta e anziana, mentre si consolida il consumo occasionale e al di fuori dei pasti. Continua ad essere una criticità il fenomeno del *binge drinking* (letteralmente “abbuffata alcolica”) soprattutto nella popolazione più giovane. La Regione Molise non è immune da fenomeno.

Tale consuetudine comporta l'assunzione di numerose unità alcoliche al di fuori dei pasti in un breve intervallo di tempo, con gravi rischi per la salute e la sicurezza non solo del singolo bevitore, ma anche dell'intera società.”

Le nuove linee guida dell'Istituto Superiore di Sanità stabiliscono che “sotto i 18 anni qualunque consumo deve essere evitato e che per gli adulti che scelgano di bere, occorre mantenere un consumo giornaliero inferiore a 1 Unità Alcolica per la donna e per l'anziano ultra 65enne, inferiore a 2 Unità Alcoliche al giorno per l'uomo, di 1 Unità Alcolica dopo i 18 anni e prima dei 21 anni” .

Un drink con 12 grammi di alcol puro equivale ad 1 Unità Alcolica (U.A.), cioè: 330 ml di birra (4,5% alcol) o 125 ml di vino (12% alcol) o 40 ml di superalcolico (40% di alcol).

Al fine di prevenire l'esposizione a rischi per la salute del singolo bevitore e per la sicurezza sociale, soprattutto in relazione agli incidenti

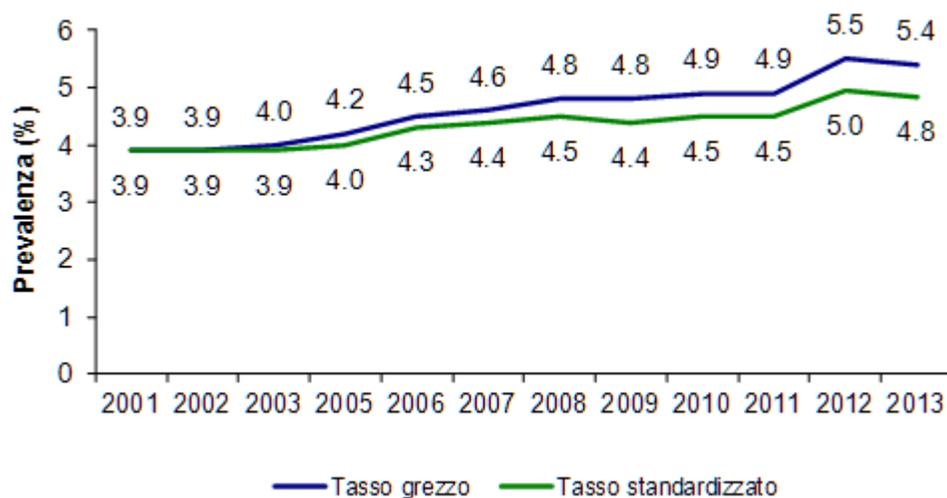


stradali, agli incidenti sul lavoro e alle violenze di vario genere, è molto importante monitorare i comportamenti di consumo a rischio e quindi individuare interventi mirati in campo socio-sanitario. Occorre tener conto dei due comportamenti definiti a rischio: il consumo abituale eccedentario ed il *binge drinking* entrambi indicatori di rischio. Tra i giovani di 18-24 anni è in crescita il consumo di altri alcolici (aperitivi alcolici) oltre a vino e birra. Tra gli uomini è costante il numero di quanti consumano solo vino e birra; tra le donne è stabile la quota di chi beve anche altri alcolici ed è in diminuzione il numero di coloro che bevono solo vino e birra.

Le fasce di popolazione più a rischio sono quelle degli adolescenti (tra 11-17 anni) che non dovrebbero mai consumare bevande alcoliche, dei giovani di 18-24 anni con il fenomeno del *binge drinking* e degli anziani di età compresa tra i 65 e i 74 anni responsabili di un consumo giornaliero non moderato, ovvero abituale eccedentario.”

### **Il Diabete**

Secondo i dati Istat il 5,4% degli italiani (5,3% delle donne e 5,6 % degli uomini) è affetto da diabete, pari a oltre 3 milioni di persone. Vengono riportati nel grafico sia i valori grezzi della prevalenza del diabete in Italia (linea blu), sia quelli standardizzati (linea verde), che tengono cioè conto del cambiamento nella composizione per età e sesso della popolazione italiana nel corso degli anni. La prevalenza standardizzata è aumentata dal 3,9% nel 2001 al 4,8% nel 2013.



La prevalenza del diabete aumenta con l'età fino a raggiungere il 20,4% nelle persone con età uguale o superiore ai 75 anni. Per quanto riguarda la distribuzione geografica, la prevalenza è più alta nel Sud e nelle Isole, con un valore del 6,6%, seguita dal Centro con il 5,3% e



dal Nord con il 4,6%(Dati Istat 2013).

Bisogna considerare che il diabete, per il Molise, è una vera e propria “emergenza sanitaria regionale”; in Regione i diabetici sono circa 23.000; inoltre si stima che altri 8.000 molisani hanno il diabete ignorando di avere la malattia; alla luce di questi dati ed in rapporto alla popolazione residente in Regione, è corretto affermare che con il “problema diabete” convive oltre il 9% della popolazione regionale e la stima, purtroppo è destinata a repentini innalzamenti.

Con DGR 9 gennaio 2014, n. 9 è stato approvato il "Piano per la Malattia diabetica", in recepimento dell'Accordo Stato-Regioni 6 dicembre 2012 - Rep. Atti n. 233/CSR; in prospettiva è improcrastinabile la realizzazione di una vera e propria rete diabetologia regionale; è necessario procedere alla definizione di percorsi assistenziali che garantiscano l’appropriatezza dell’offerta, con particolare riguardo al regime di ricovero ordinario o Day Hospital; inoltre l'azione deve essere orientata nel senso di una maggiore condivisione dei protocolli di lavoro con i MMG ed è essenziale superare le ben note difficoltà legate al blocco del *turn over* imposto dal Piano di rientro dal disavanzo sanitario regionale che si riflettono anche sul personale impegnato nelle Unità operative di Diabetologia.

#### ***Le malattie cardiovascolari***

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. Il Piano 2010-2013 ha individuato, nell’ambito della Macroarea della “Medicina Predittiva” uno specifico intervento denominato «Progetto CUORE – Applicazione della carta del rischio cardiovascolare» avente, quale obiettivo generale, la corretta identificazione di individui ad alto rischio cardiovascolare e l’implementazione di azioni che possano modificare lo stile di vita; popolazione target è quella rappresentata da soggetti di 35-69 anni che non abbiano avuto in precedenza eventi cardiovascolari, con esclusione delle donne in gravidanza. Oltre alla “Carta del Rischio Cardiovascolare” (sistema grafico), alcuni MMG coinvolti nel progetto hanno utilizzato, quale ulteriore strumento operativo, l’algoritmo per il calcolo del “Punteggio individuale” del software “cuore.exe” che raccoglie dati per l’Osservatorio nazionale del Rischio Cardiovascolare implementato dall’Istituto Superiore di Sanità; a novembre 2013 risultavano essere state eseguite 6775 valutazioni del rischio da medici molisani attraverso l’algoritmo di cuore.exe (52% donne; 48% uomini). Nell’ambito della Macroarea della “Prevenzione della Popolazione a Rischio” è stata attivata una specifica progettualità concernente la prevenzione delle recidive cardiovascolari per la riduzione del relativo rischio in pazienti affetti da malattia coronarica cronica: è stato attivato un Registro regionale degli Eventi cardiovascolari (eventi coronarici), utilizzando come fonte di informazione, i registri di mortalità, i dati dei PS regionali, le SDO; detto Registro, che è online ed è consultabile sul sito [www.cuoremolise.it](http://www.cuoremolise.it), contiene statistiche epidemiologiche, informazioni e note di educazione sanitaria ed è in continuo aggiornamento. Tutte le Cardiologie del Molise (Campobasso, Isernia e Termoli)



concorrono ad inserirvi dati; nel cartellino di dimissione dei tre reparti di cardiologia è stata inserita la carta del rischio cardiovascolare; è comunque necessaria una maggiore sensibilizzazione dei MMG all'invio di dati all'Osservatorio nazionale del Rischio Cardiovascolare per avere un quadro epidemiologico regionale più completo e l'acquisizione di una maggiore consapevolezza della utilità della prevenzione di lungo periodo.

Le **malattie vascolari** sono notevolmente aumentate negli ultimi anni e sono tuttora la prima causa di inabilità e di morte nel nostro Paese e nel mondo occidentale; i trend epidemiologici confermano il dato per gli anni futuri. L'**ictus cerebrale**, nello specifico, è un evento drammatico, spesso gravemente invalidante, che comporta conseguenze non solo per il malato ma anche per la famiglia, la società, il Sistema Sanitario in termini di peggioramento della qualità della vita e di costi diretti e indiretti, oltre che sociali; l'ictus cerebrale è la terza causa di morte e la prima causa di disabilità permanente in Italia. Poiché tre quarti degli episodi di ictus si manifestano dopo i 65 anni di età, è evidente come la frequenza di questa patologia stia aumentando e aumenterà ancora di più in una regione come il Molise, caratterizzata da un progressivo invecchiamento della popolazione e da una nuova emigrazione, poco apparente ma consistente, che si riscontra soprattutto tra le fasce più giovani.

L'ictus colpisce persone di età superiore ai 65 anni nel 75% dei casi; dalla quarta all'ottava decade di vita, l'incidenza della malattia aumenta di circa 100 volte.

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. Il precedente Piano operativo 2010-2013 ha incluso una specifica azione per la prevenzione primaria della popolazione molisana a rischio di ictus e specificamente il segmento 65-80 anni, implementata dall'UOC di Neurologia dell'ASREM; nel 2012 è stata altresì avviata dall'IRCCS Neuromed di Pozzilli una ulteriore iniziativa, finanziata nell'ambito della programmazione CCM 2011, e precisamente il progetto "RE.MOL.IC." per la costruzione di una REte MOLisana dell'Ictus Cerebrale; tale progetto ha raccolto attorno all'IRCCS Neuromed, capofila, tutti i soggetti molisani interessati al tema (Università del Molise, Servizio di Emergenza Territoriale 118, ASREM e Direzione Generale per La Salute della Regione Molise), in collaborazione con l'IRCCS Mondino di Pavia e la Direzione Generale della Prevenzione - CCM del Ministero della Sanità.

Di tali esperienze e nell'ottica della continuità declinata dal PNP 2014-2018 si terrà conto per la implementazione e lo sviluppo dell'intervento denominato «Vita SiCura».



### **Lo studio "Moli-Sani".**

Le considerazioni ampiamente espresse nel documento allegato al D.C.A. Regione Molise n. 24 del 22 aprile 2015 di recepimento dell'Intesa Stato Regioni 13 novembre 2014 sul PNP 2014-2018 e di approvazione delle "Linee programmatiche della Regione Molise" riferite allo stato di salute della popolazione molisana evidenziano in modo assolutamente incontrovertibile che le malattie croniche non trasmissibili (MCNT) - malattie cardiovascolari, neoplasie, diabete e patologie respiratorie croniche costituiscono il principale problema regionale in tema di sanità pubblica.

Il peso epidemiologico, sociale ed economico delle malattie croniche, si ribadisce, è destinato ad aggravarsi in ragione dell'innalzamento dell'età media della popolazione molisana che, in effetti, già al presente registra indici allarmanti.

Fattori generali ben noti quali la globalizzazione e l'urbanizzazione, associati all'invecchiamento della popolazione, interagiscono con determinanti sociali, culturali ed economici di salute (scolarità, lavoro, abitazione) nel predisporre gli individui a fattori comportamentali di salute (comportamenti alimentari scorretti, uso di tabacco e alcol, sedentarietà ovvero insufficiente attività fisica) in grado di determinare alterazioni metaboliche e biologiche (aumento della pressione arteriosa, sovrappeso e obesità, aumento della glicemia e dei grassi nel sangue) tali da provocare le MCNT.

Nella tabella che segue è rappresentato l'identikit preliminare della popolazione molisana dello studio epidemiologico denominato "Moli-sani", condotto da un team multidisciplinare di ricercatori dell'Università Cattolica di Campobasso (attuale Fondazione "Giovanni Paolo II), a partire dal 2005 e tuttora in corso per la fase di follow up, con reclutamento di cittadini molisani (inizialmente "random" e successivamente con invito esteso a componenti del medesimo nucleo familiare) di età pari o superiore ad anni 35

#### **Sesso:**

- *Uomini 47%*
- *Donne 53%*

#### **Età**

- 35-45 anni 26 %*
- 46-55 anni 26 %*
- 56-65 anni 25 %*
- 66-75 anni 17 %*
- > 75 anni 6 %*

#### **Professione**

- uomini: 41% non manuale, 20% manuale, 36 % pensionato, 2% disoccupato*
- donne: 30% non manuale, 12% manuale, 20 % pensionata, 36% casalinga, 1% disoccupata*



### **Fumo**

- 26% degli uomini e 22 % delle donne fumano
- 29 % degli uomini e 61 % delle donne dichiarano di non aver mai fumato

### **Sovrappeso, obesità, sindrome metabolica**

- 35 % delle donne e 51% degli uomini sono in **sovrappeso**
- 29 % delle donne e 25% degli uomini sono francamente **obesi**
- La prevalenza della **sindrome metabolica** è il 26% nelle donne e il 28% negli uomini

### **Rischio cardiovascolare globale assoluto (Progetto Cuore)**

#### **minore del 5%**

- 84% delle donne
- 47% degli uomini

#### **maggiore del 20%**

- <1% delle donne
- 9% degli uomini

### **Pressione arteriosa**

- Il 32% della popolazione riferisce di essere ipertesa. Di questi l'87% è in trattamento farmacologico, mentre solo il 33% segue una dieta iposodica
- Del 66% delle persone che non riferiscono di essere ipertese, solo il 15% ha una **pressione arteriosa** ottimale (inferiore a 120 mmHg per la massima e 80 mmHg per la minima); il 39% ha valori di pressione border-line e il 46% francamente elevati

### **Colesterolemia**

- Il 25% della popolazione riferisce di essere ipercolesterolemica. Di questi il 30% è in trattamento farmacologico, il 47% segue una dieta povera di grassi
- Del 70% delle persone che non riferiscono di essere ipercolesterolemiche, il 52% ha livelli di colesterolo ottimali (inferiore a 200 mg/dl); il 35% ha valori di colesterolo border-line e il 13% francamente elevati

### **Glicemia**

- Il 6% della popolazione riferisce di essere diabetica. Di questi l'81% è in trattamento farmacologico, il 69% segue una dieta povera di zuccheri
- Del 93% delle persone che non riferiscono di essere diabetiche, il 67% ha livelli di glicemia a digiuno ottimali (inferiore a 100 mg/dl); il 30% ha valori di glicemia border-line e il 3% francamente elevati.



## Descrizione del programma

La Regione Molise intende favorire la promozione della salute della collettività attraverso:

1. la promozione di stili di vita sani e il potenziamento dei fattori di protezione, secondo le indicazioni del programma ministeriale “Guadagnare salute” agendo, oltre che sull’individuo, sul suo contesto socio-ambientale, costruendo e rafforzando alleanze con altri soggetti della Comunità locale (vedi programma “Scuola salute e benessere”);
2. il sostegno a scelte salutari attraverso una campagna di comunicazione a supporto delle azioni del piano “**ComunicAzione per la salute**”;
3. l’offerta di un percorso motivazionale al cambiamento finalizzato alla riduzione dell’incidenza delle MCNT, ovvero delle loro complicanze, attraverso la formazione e l’addestramento al *counselling* breve e al colloquio motivazionale degli operatori sanitari: Medici di Medicina Generale, Pediatri di Libera Scelta, personale dipendente che opera nelle strutture ospedaliere e territoriali “**FormAzione per il cambiamento**”;
4. la creazione di ambienti sanitari smoke & alcol free “**Sanità in salute**” (vedi programma “Scuola salute e benessere: Scuole che promuovono salute”);
5. L’individuazione precoce dei soggetti considerati a rischio, ai quali proporre, sulla base del rischio individuale, un intervento multisettoriale sugli stili di vita e un follow up clinico: “**Vita SiCura**”;
6. lo sviluppo di programmi per promuovere e diffondere la pratica dell’esercizio fisico, anche attraverso la prescrizione, nelle persone con patologie croniche “**Non mi fermo**”.

Il programma riconosce come scelte strategiche la formazione del personale e la creazione di reti.



<b>“Comunicazione per la salute”</b>	<p>La promozione della salute si attua prevalentemente con la costruzione di reti e di alleanze per la salute, per il cui funzionamento è indispensabile la condivisione delle informazioni sulle attività realizzate e da realizzare e il coordinamento delle azioni.</p> <p>Il progetto prevede, pertanto, l’istituzione di un comitato di coordinamento che, oltre a svolgere tale funzioni, individui e metta in atto campagne di comunicazione a sostegno delle azioni del piano dirette alla promozione di stili di vita sani:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>➤ <i>campagne sui temi di “Guadagnare salute” con l’uso di materiale già validato, disponibile sui siti ISS , Ministero della Salute o DORS e non utilizzato in Molise;</i></li><li>➤ <i>campagna per l'uso delle scale negli edifici pubblici e luoghi accessibili al pubblico;</i></li><li>➤ <i>campagne a sostegno dell’attività fisica nella popolazione generale e dei “gruppi di cammino”;</i></li><li>➤ <i>diffusione di informazioni, messaggi , decaloghi in situazioni opportunistiche (p.es. invito a screening oncologici: invio decalogo prevenzione tumori, invito seduta vaccinale: promozione consumo di frutta e verdura, comunicazioni tessera sanitaria: invito alla riduzione del sale, rinnovo patenti: consumo di alcol a rischio ecc.; al fine di ottenere il coinvolgimento dei medici di medicina generale ogni messaggio terminerà con "l’invito a rivolgersi al proprio medico".</i></li></ul>
<b>Setting</b>	Comunità.
<b>Gruppi d’interesse</b>	<p><b>Popolazione Target:</b> comunità, gruppi selezionati raggiunti dalla comunicazione sanitaria;</p> <p><b>Attori:</b> Regione (Assessorati), Personale sanitario ASReM che attua progetti del Piano Regionale della Prevenzione, Direttori di Distretto, altro personale sanitario a contratto o volontario appositamente formato, Pediatri di Libera Scelta, MMG, Enti Locali;</p> <p><b>Partnership:</b> Associazioni che realizzano e sostengono interventi per la promozione di sani stili di vita; Centri per i servizi al volontariato.</p>
<b>Azioni</b>	<p><b>Obiettivo specifico regionale a) : Istituire un Comitato di coordinamento per la comunicazione.</b></p> <p>1) Istituire un Gruppo di Coordinamento, costituito da referenti degli Assessorati Regionali alla Sanità, all’Istruzione, alle Politiche Agricole, Referenti ASReM e dei sistemi di sorveglianza, Rappresentanti di Enti locali, esperti in marketing sociale, per la realizzazione di</p>



	<p>un programma di collaborazione mirato alla promozione della salute e del benessere nella collettività, basato sui principi della pianificazione partecipata, con possibilità di integrazione con Enti o soggetti pubblici e privati, il cui apporto sia ritenuto significativo per la promozione della salute (es. Enti di Promozione Sportiva, Ass. volontariato, LILT, Luoghi di Prevenzione, ecc.). che garantisca la condivisione delle informazioni sulle attività realizzate e da realizzare e il coordinamento delle azioni.</p> <p><b>Obiettivo specifico regionale b) : Realizzare campagne di comunicazione sui temi di “Guadagnare salute”</b></p> <ol style="list-style-type: none"><li>1) Sviluppare il piano e la strategia per la comunicazione individuando: obiettivi, target, contesti e possibili partner;</li><li>2) Selezionare e preparare il materiale per la comunicazione;</li><li>3) Pre-testare il materiale di comunicazione;</li><li>4) Informare/formare i MMG, altri operatori sanitari, altri attori coinvolti;</li><li>5) Attuare la campagna;</li><li>6) Monitorare e valutare la campagna;</li><li>7) Perfezionare la campagna.</li></ol>
<b>Prove di efficacia</b>	Campagne con mass-media con attività di comunità a sostegno, interventi nelle cure primarie collegati o coordinati con altri soggetti (come le organizzazioni delle comunità o le società sportive), semplici messaggi collocati nei punti in cui si assumono le decisioni (come la scelta tra le scale e l'ascensore) si sono dimostrati efficaci nel promuovere corrette abitudini alimentari e aumentare l'attività fisica.
<b>Rischi</b>	Scarso coinvolgimento dei professionisti sanitari, difficoltà di raggiungere i gruppi di popolazione più svantaggiati.
<b>Sostenibilità</b>	Il presente intervento é intimamente legato al funzionamento di reti per la promozione della salute, che si autosostengono.



<b>“FormAzione per il cambiamento”</b>	<p>Il progetto si pone l’obiettivo di mettere in grado il personale sanitario, operante presso le strutture ospedaliere e territoriali dell’ASReM, di sfruttare alcune occasioni di contatto con i cittadini (c.d. momenti “opportunistici”) per favorire il cambiamento dei comportamenti.</p> <p>Il progetto prevede un approccio al tema degli stili di vita di tipo motivazionale, in applicazione del modello transteorico degli stadi del cambiamento di De Clemente-Prochaska.</p> <p>Le modalità di intervento che gli operatori potranno adottare, l’avviso breve (<i>minimal o brief advice</i>) o l’intervento motivazionale breve (detto anche <i>counselling</i> motivazionale breve), saranno scelte sulla base del tempo disponibile e delle competenze acquisite dagli operatori</p> <p>Il progetto contribuirà a perseguire gli obiettivi del Piano, incrementando il numero di cittadini che riceveranno informazioni e consigli su comportamenti e corretti stili di vita da adottare; verranno, inoltre, selezionati i soggetti più motivati da inviare a servizi specialistici di secondo livello per un <i>counselling</i> più strutturato.</p> <p>La formazione del personale avverrà secondo le indicazioni e con la supervisione del Centro di formazione Regionale “Luoghi di Prevenzione “ di Reggio Emilia, con il quale sono stati già intrapresi rapporti di collaborazione.</p>
<b>Setting</b>	Ambito sanitario (ambulatori, centri vaccinali, aggregazioni di MMG e PLS, Consulitori famigliari, Servizi del Dipartimento di Prevenzione, dimissioni da ricovero ecc.).
<b>Gruppi d’interesse</b>	<p><b>Popolazione Target:</b> Popolazione che entra in contatto con i Servizi sanitari.</p> <p><b>Target secondario:</b> Operatori sanitari.</p> <p><b>Attori:</b> Operatori sanitari formati, associazioni di volontariato, direzioni delle strutture sanitarie, Regione (Assessorati), Personale sanitario ASReM che attua progetti del Piano Regionale della Prevenzione, Direttori di Distretto, altro personale sanitario a contratto o volontario appositamente formato, Pediatri di Libera Scelta, MMG;</p> <p><b>Partnership:</b> Associazioni che realizzano e sostengono interventi per la promozione di sani stili di vita, LILT. Luoghi di Prevenzione.</p>
<b>Azioni</b>	<p><b>Obiettivo specifico regionale c): sensibilizzare gli operatori sanitari sull’importanza dell’approccio motivazionale al cambiamento.</b></p> <p>1) Preparazione materiale corso e formalizzazione della collaborazione con LDP.</p> <p>Formazione diffusa degli operatori e dei volontari sugli strumenti a supporto degli interventi di avviso breve e intervento motivazionale breve, mediante l’inserimento nel piano di formazione aziendale.</p>



	<p><b>Obiettivo specifico regionale d): incrementare il numero di cittadini che hanno ricevuto consigli su stili di vita salutari, attraverso interventi opportunistici .</b></p> <ol style="list-style-type: none"><li>1) Definizione presso le strutture sanitarie degli ambiti di intervento su cui attivare il progetto;</li><li>2) Definizione delle modalità di contatto con le persone per ciascun ambito di intervento;</li><li>3) Condivisione del progetto con i diversi portatori di interesse per la definizione del loro eventuale contributo;</li><li>4) Monitoraggio avanzamento del progetto e copertura degli interventi.</li></ol>
<b>Prove di efficacia</b>	<p>Interventi di promozione della salute con offerta di breve colloquio motivazionale basato sul modello transteorico del cambiamento hanno dimostrato di essere efficaci in diversi contesti e per tutti i maggiori ambiti di stili di vita: fumo, consumo di alcol, alimentazione, attività fisica.</p>
<b>Rischi</b>	<p>Proporzione di personale formato disomogenea nei diversi ambiti. Necessità di riorganizzazione.</p>
<b>Sostenibilità</b>	<p>L'investimento nella formazione degli operatori potrà garantire la sostenibilità del progetto attraverso la sua individuazione e assegnazione a cascata, come obiettivo, in ambito ASReM.</p>
<b>“Sanità in salute”</b>	<p>La lotta al fumo di <b>tabacco</b> e al consumo di <b>alcol</b> nei luoghi di lavoro trova negli ambienti sanitari la sua naturale cornice, consentendo di valorizzare il contributo dei lavoratori in quanto <i>testimonial</i> di scelte di vita salutari.</p> <p>Il progetto è conforme all'obiettivo generale del Programma degli Ospedali per la Promozione della Salute: quello di migliorare la qualità dell'assistenza ospedaliera, incorporando nella struttura organizzativa dell'ospedale, nella sua cultura e nei comportamenti quotidiani, i principi, le attività e le azioni strategiche della promozione della salute, intesa come processo che <i>"mette in grado le persone e le comunità di aumentare il controllo sulla propria salute"</i> (Carta di Ottawa, 1986).</p> <p>Nonostante il divieto di fumo nei locali della Pubblica Amministrazione e nei Servizi pubblici, dati di letteratura dimostrano che più di un terzo dei pazienti-fumatori ha problemi a rispettare il divieto e fuma nonostante l'ospedale sia stato dichiarato "libero dal fumo"; inoltre</p>



	<p>che i fumatori dopo l'applicazione del divieto tendono a fumare al di fuori della struttura, in particolare in prossimità degli ingressi.</p> <p>D'altro canto la diffusa accettazione sociale del consumo dell'alcol, a meno che non si configuri con chiarezza come una situazione di abuso, si oppone allo sviluppo all'interno delle aziende sanitarie di una cultura della lotta al consumo di tale sostanza.</p> <p>La finalità del progetto è appunto quella di promuovere <i>l'empowerment</i> dell'operatore quale <i>testimonial smoke and alcol-free</i>, riorientare gli ambienti sanitari, regolamentare i comportamenti, comunicare il cambiamento.</p>
<b>Gruppi d'interesse</b>	<p><b>Popolazione Target:</b> Lavoratori. Pazienti. Cittadini.</p> <p><b>Attori:</b> Medici competenti, Direzioni sanitarie, Direzioni di distretto.</p> <p><b>Partnership:</b> Associazioni di volontariato, Sindacati.</p>
<b>Setting</b>	Luoghi di lavoro.
<b>Prove di efficacia</b>	<p>Manuale pratico per il controllo del fumo di tabacco negli ambienti sanitari.</p> <p>La rete degli ospedali che promuovono salute.</p>
<b>Azioni principali</b>	<p><b>Obiettivo specifico regionale e): promuovere l'empowerment dell'operatore quale testimonial smoke and alcol-free.</b></p> <ol style="list-style-type: none"><li>1) Sensibilizzazione ed informazione dei dipendenti e utenti/cittadini rispetto ai rischi per la salute determinati dal fumo attivo e passivo e dal consumo di alcol;</li><li>2) Formazione degli operatori coordinatori e medici competenti.</li></ol> <p><b>Obiettivo specifico regionale f): riorientare gli ambienti sanitari e regolamentare i comportamenti.</b></p> <ol style="list-style-type: none"><li>1) Definire di una politica aziendale contro il fumo di tabacco e il consumo di alcol;</li><li>2) Redigere capitolati alcol free</li><li>3) Garantire il rispetto del divieto di fumo all'interno delle strutture sanitarie, eliminando l'esposizione dei lavoratori e dei pazienti/cittadini al fumo passivo;</li></ol>



	4) Evitare vendita e consumo di alcol in ambienti sanitari; 5) Comunicare il cambiamento attraverso periodici aziendali, siti asl, manifesti ecc)
<b>Rischi</b>	Elementi di rischio sono rappresentati dalla resistenza degli operatori sanitari e delle Direzioni Aziendali.
<b>Sostenibilità</b>	Individuazione e assegnazione a cascata come obiettivo in ambito ASReM

<b>“Vita SiCura”</b>	<p>Il progetto rappresenta la prosecuzione dei seguenti progetti già attivati nel precedente Piano della Prevenzione 2010-2013 della Regione Molise: “Applicazione della carta del <b>rischio cardiovascolare</b>”, “Prevenzione primaria dell’<b>ictus</b>”, “Prevenzione della <b>malattia diabetica</b>: migliorare la diagnosi precoce”.</p> <p>Il presente intervento ha la finalità di instaurare rapporti di collaborazione fra una rete di professionisti impegnati nella diagnosi e cura di patologie che riconoscono fattori di rischio comuni, operanti in Strutture ospedaliere, e MMG, PLS e altri medici operanti sul territorio.</p> <p>L’obiettivo è quello di <i>conoscere la distribuzione dei fattori di rischio delle malattie cardiovascolari nella popolazione adulta molisana</i> e di offrire alla popolazione selezionata un trattamento comportamentale o farmacologico, sulla base del rischio cardiovascolare individuale.</p> <p>Una prima tappa del progetto è dunque rappresentata dalla realizzazione di uno studio di fattibilità per l’identificazione precoce dei soggetti in fascia d’età 45-60 anni in condizioni di rischio aumentato per MCNT, a partire dall’esperienze maturate nell’attuazione dei precedenti Piani.</p> <p>In particolare il Piano 2010-2013 ha individuato, nell’ambito della Macroarea della “Medicina Predittiva”, uno specifico intervento denominato «Progetto CUORE – Applicazione della carta del rischio cardiovascolare» avente, quale obiettivo generale, la corretta identificazione di individui ad alto rischio cardiovascolare e l’implementazione di azioni che possano modificare lo stile di vita, con popolazione target rappresentata da soggetti di 35-69 anni senza precedenti cardiovascolari e con esclusione delle donne in gravidanza.</p> <p>Oltre alla “Carta del Rischio Cardiovascolare” (sistema grafico), alcuni MMG coinvolti nel progetto hanno utilizzato, quale ulteriore strumento operativo, l’algoritmo per il calcolo del “Punteggio individuale” del software “<b>cuore.exe</b>” che raccoglie dati per l’Osservatorio nazionale del Rischio Cardiovascolare implementato</p>
----------------------	--



	<p>dall'Istituto Superiore di Sanità; a novembre 2013 risultavano essere state eseguite 6775 valutazioni del rischio da 25 medici molisani attraverso l'algoritmo di cuore.exe (52% donne; 48% uomini).</p> <p>Lo stesso piano ha incluso una specifica azione per la prevenzione primaria della popolazione molisana a rischio di ictus e specificamente il segmento 65-80 anni, implementata dall'UOC di Neurologia dell'ASREM; nel 2012 è stata altresì avviata dall'IRCCS Neuromed di Pozzilli una ulteriore iniziativa, finanziata nell'ambito della programmazione CCM 2011, e precisamente il progetto "RE.MOL.IC." per la costruzione di una REte MOLisana dell'Ictus Cerebrale.</p> <p>Lo studio di fattibilità terrà conto, inoltre, dei sopra riferiti risultati dello <b>studio epidemiologico denominato "Moli-sani"</b>, condotto da un team multidisciplinare di ricercatori dell'Università Cattolica di Campobasso (attuale Fondazione "Giovanni Paolo II), a partire dal 2005, con reclutamento di cittadini molisani (inizialmente "random" e successivamente con invito esteso a componenti del medesimo nucleo familiare) di età pari o superiore ad anni 35. Lo studio attualmente prosegue presso l'IRCCS Neuromed.</p> <p>Ai soggetti selezionati, sulla base dello studio di fattibilità e del protocollo della presa in carico stilato, verrà offerto, in ragione del rischio individuale, un intervento multisettoriale sugli stili di vita, ovvero un percorso terapeutico e/o un follow up clinico.</p> <p>Sarà svolta, inoltre, un'attività di sensibilizzazione sui corretti stili di vita, rivolta, oltre che ai soggetti appartenenti alle fasce di età a rischio, agli studenti delle scuole secondarie.</p> <p>Tale ultimo intervento, da inserire nel piano dell'offerta formativa alle scuole, oltre a promuovere una corretta alimentazione e uno stile di vita sano, consentirà di raggiungere i familiari in età a rischio (genitori, nonni etc.).</p>
<b>Setting</b>	Ambito sanitario.
<b>Gruppi d'interesse</b>	<p><b>Popolazione Target:</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>➤ Pazienti e cittadini della fascia di età 45-60 anni per l'identificazione precoce dei soggetti a rischio;</li><li>➤ Soggetti appartenenti a fasce di età a maggior rischio (65-80 anni) selezionati secondo un protocollo condiviso per un adeguato controllo delle morbidità presenti;</li><li>➤ Studenti delle scuole medie superiori per la prevenzione delle patologie ed il corretto stile di vita.</li></ul> <p><b>Attori:</b> neurologi, cardiologi, diabetologi, medici di Medicina Generale (MMG), altri medici operanti sul territorio.</p> <p><b>Partnership:</b> Associazioni ONLUS impegnate in campo socio-sanitario.</p>



<b>Prove di efficacia</b>	In letteratura è riportata l'efficacia di interventi di individuazione precoce di fattori di rischio quali ipertensione, iperglicemia, ipercolesterolemia e sovrappeso nel prevenire l'insorgenza di patologie cardiovascolari e diabete.
<b>Azioni principali</b>	<p><b>Obiettivo specifico regionale g) : valutare la fattibilità a livello regionale di un programma di popolazione per l'identificazione precoce dei soggetti in fascia d'età 45-60 anni in condizioni di rischio aumentato per MCNT.</b></p> <ol style="list-style-type: none"><li>1) Creazione di un gruppo di lavoro, che si avvalga delle conoscenze e dell'esperienze maturate nell'attuazione di progetti di prevenzione delle patologie croniche non trasmissibili, inseriti nel precedente Piano della Prevenzione;</li><li>2) Realizzare lo studio di fattibilità e stilare il protocollo della presa in carico.</li></ol> <p><b>Obiettivo specifico regionale h): sensibilizzare la popolazione a rischio sui corretti stili di vita.</b></p> <ol style="list-style-type: none"><li>1) incontri con i MMG ed i PLS finalizzati a creare una collaborazione per una capillare campagna di sensibilizzazione sui corretti stili di vita (corretta alimentazione, attività fisica, riduzione del consumo del sale fumo attivo e passivo, consumo di alcolici) rivolta alla popolazione delle fasce di età a rischio e sull'importanza dell'approccio motivazionale al cambiamento per la modifica degli stili di vita,</li><li>2) incontri con gli studenti delle scuole superiori di I e II grado, previo accordo con l'USR, al fine della promozione di una corretta alimentazione ed uno stile di vita sano e della sensibilizzazione sui rischi di esposizione al fumo passivo,</li><li>3) distribuzione di opuscoli informativi nelle scuole e nei luoghi di aggregazione dei giovani (centri sportivi, centri culturali, conservatorio di musica, teatri),</li><li>4) incontri con la popolazione considerata a maggior rischio (uomini e donne tra i 65 e gli 80 anni) nelle strutture aggregative presenti nella provincia di Campobasso ed Isernia, circoli e centri culturali, centri anziani, anche con il coinvolgimento di Associazioni ONLUS impegnate in campo-socio-sanitario.</li></ol>



	<p><b>Obiettivo specifico regionale i): selezionare i soggetti a rischio.</b></p> <ol style="list-style-type: none"><li>1) Attivazione del programma, in continuità con le progettualità già realizzate, tenendo conto delle correzioni derivanti dallo studio di fattibilità.</li><li>2) Arruolamento dei soggetti a rischio, ai quali verrà offerto un trattamento comportamentale o farmacologico sulla base del rischio cardiovascolare individuale.</li><li>3) Follow-up dei soggetti a seconda della classe di rischio.</li></ol>
<b>Rischi</b>	Scarso coinvolgimento dei MMG, difficoltà di coordinamento con altri attori.
<b>Sostenibilità</b>	Sarà possibile attraverso la creazione di reti che si autosostengano.

<b>“Non mi fermo”</b>	<p>La nuova proposta di definizione di salute come “capacità di adattarsi e di autogestirsi di fronte alle sfide sociali, fisiche ed emotive” evidenzia come la capacità di sviluppare strategie efficaci di fronteggiamento degli impedimenti (in gran parte età-correlati) dell’organismo, consente di conservare una percezione positiva della qualità della vita (quello che si definisce il «paradosso della disabilità»).</p> <p>Nell’attuale situazione epidemiologica regionale, in ragione dell’invecchiamento della popolazione e della prevalenza di malattie croniche, è sempre più importante sviluppare tali capacità per cercare di conservare una buona qualità della vita.</p> <p>I soggetti affetti da MCNT o portatori di fattori di rischio sensibili all’esercizio fisico, pertanto, possono essere avviati in sicurezza verso un’attività fisica o sportiva congrua alle proprie condizioni fisiche e psicologiche, in grado migliorare lo stato di salute o, comunque, di non farlo deteriorare ulteriormente per cause connesse ad uno stile di vita sedentario o non sufficientemente attivo.</p> <p>A livello regionale mancano chiare indicazioni sui criteri da adottare e sulle modalità di attuazione di tale intervento, che comprende l’Attività Fisica Adattata (AFA), ossia programmi di esercizio non sanitari svolti in gruppo appositamente predisposti per cittadini con malattie croniche, indirizzati al mantenimento delle abilità motorie residue e finalizzati alla modificazione dello stile di vita, una strategia di intervento finalizzata</p>
-----------------------	---



	<p>alla promozione di un'attività fisica regolare e non di cura della malattie e l'Esercizio Fisico Adattato (EFA), ossia esercizi svolti su prescrizione medica (MMG, Medici dello sport, Cardiologi, Diabetologi...) effettuata in modo individualizzato sulla base di una specifica valutazione delle condizioni di salute della persona interessata; il medico prescrittore effettua anche periodiche valutazioni dopo l'avvio della somministrazione degli esercizi prescritti, che si svolge, in forma individuale o in piccoli gruppi, in ambito extra-sanitario presso palestre selezionate.</p> <p>I programmi di prescrizione dell'esercizio fisico, d'altro canto, si intersecano e sostengono necessariamente anche i programmi di promozione dell'attività fisica e, in generale, di stili di vita sani (gruppi di cammino, nordic walking per la salute, active doctor-active patient).</p>
<b>Setting</b>	Ambito Sanitario. Comunità.
<b>Gruppi d'interesse</b>	<p><b>Popolazione Target:</b> Soggetti affetti da patologie o portatori di fattori di rischio sport o esercizio fisico sensibili</p> <p><b>Attori:</b> MMG, Medici dello Sport, Igienisti, Fisiatri, Psichiatri, Cardiologi, Reumatologi, Neurologi, Medici per i DCA, Oncologi, etc. famigliari, <i>caregiver</i></p> <p><b>Partnership:</b> Società ed Enti di promozione sportiva, Palestre, Enti Locali, Laureati in scienze motorie.</p>
<b>Prove di efficacia</b>	<p>Relazione finale al progetto di collaborazione fra Regione Emilia-Romagna e Ministero della salute "La prescrizione dell'esercizio fisico e dell'attività fisica come strumento di prevenzione e terapia"</p> <p>Contributi n. 78/2014: "L'esercizio fisico come strumento di prevenzione e trattamento delle malattie croniche. L'esperienza dell'Emilia-Romagna nella prescrizione dell'attività fisica.</p>
<b>Azioni principali</b>	<p><b>Obiettivo specifico regionale I) : stesura di un documento contenente gli indirizzi regionali sulla promozione dell'esercizio fisico nei soggetti con patologie croniche.</b></p>



	<ol style="list-style-type: none"><li>1) Individuazione di un gruppo di lavoro per la stesura di un documento contenente gli indirizzi regionali sulla promozione dell'esercizio fisico nei soggetti con patologie croniche;</li><li>2) Adozione del documento (entro un anno dall'avvio del PRP) e attuazione degli indirizzi (entro il 2018);</li><li>3) Promozione di corsi di formazione per i medici prescrittori anche del tipo "Active doctor-active patient";</li><li>4) Realizzazione di una rete tra Servizi di Medicina dello Sport, altri specialisti coinvolti e MMG;</li><li>5) Verifica efficacia implementazione del programma AFA ed EFA come da indicazioni regionali</li></ol> <p><b>Obiettivo specifico regionale m): Sensibilizzare le amministrazioni al fine dell'individuazione di percorsi per attivazione gruppi di cammino e nordic walking</b></p> <ol style="list-style-type: none"><li>1) Sensibilizzazione delle Amministrazioni coinvolte nel Gruppo di Coordinamento previsto dal progetto «Comunicazione per la Salute» per l'individuazione di percorsi salutari per lo svolgimento di attività fisica non strutturata (gruppi di cammino, <i>nordic walking</i>).</li></ol>
<b>Rischi</b>	Difficoltà nel raggiungere le fasce di popolazione più povere e fragili e residenti nei Centri minori. Errori nella prescrizione e nella somministrazione.
<b>Sostenibilità</b>	Messa in rete e valorizzazione dell'esistente. Potenziamento e formazione dei servizi Medicina dello Sport.
<b>Trasversalità</b>	Il programma é trasversale e agevola le intersettorialità con i Programmi Regionali IV e V – DCA n. 24/2015 "Scuola, salute e benessere- Prevenzione delle dipendenze"( <b>obiettivi centrali 1,3,5,6,7,8,10</b> ); Programma Regionale VI – DCA n. 24/2015 "Prevenire gli incidenti stradali"( <b>obiettivi centrali 5.1; 5.2; 5.3</b> ); Programma Regionale VII – DCA n. 24/2015 "Prevenire gli incidenti domestici"( <b>obiettivi centrali 6.2</b> ); Programma Regionale XI – DCA n. 24/2015 "Sicurezza alimentare e sanità pubblica veterinaria"( <b>obiettivi centrali 9 e 10</b> ).



### Quadro degli indicatori di processo "sentinella"

Obiettivi Centrali coperti dal programma	Obiettivo specifico Regionale	Indicatori di processo "sentinella"	Fonte verifica	Formula calcolo	Valore di partenza (2014)	Valori attesi			
						2015	2016	2017	2018
1.1.Stesura e realizzazione di un piano di azione intersettoriale di promozione della salute nei diversi ambiti, con definizione di accordi e condivisione di indirizzi con i settori della pianificazione territoriale	<b>Istituire un Gruppo di coordinamento per la comunicazione</b> (Obiettivo regionale "a")	<b>n. attori coinvolti nel gruppo di coordinamento</b>	Regione	<b>(n. attori coinvolti/n. attori previsti) x 100</b>	0		30%	60%	80%
1.4 Ridurre il numero dei fumatori 1.6 Ridurre il consumo di alcol a rischio 1.7 aumentare il consumo di frutta e verdura 1.8 ridurre il consumo eccessivo di sale 1.9 aumentare l'attività fisica delle persone	<b>Realizzare campagne di comunicazione sui temi di "Guadagnare salute"</b> (Obiettivo regionale "b")	<b>n. temi trattati nei materiali predisposti</b>	ASReM	<b>n. temi trattati /n. temi previsti</b>	0		2/7	4/7	6/7
		<b>Proporzione di contesti individuati nella campagna</b>	ASReM	<b>n. di contesti individuati / n. contesti previsti</b>	0		1/6	2/6	4/6
		<b>Proporzione di persone raggiunte dai messaggi in contesti opportunistici</b>	ASReM	<b>(n. persone raggiunte dai messaggi in contesti opportunistici/n. messaggi inviati) x 100</b>	0		10%	20%	30%
1.10 Aumentare l'offerta di approccio comportamentale o farmacologico per le persone con fattori di rischio per MCNT	<b>Sensibilizzare gli operatori sanitari sull'importanza dell'approccio motivazionale al cambiamento</b> (Obiettivo regionale "c")	<b>Proporzione di personale formato</b>	ASReM	<b>(n. di appartenenti al ruolo sanitario formati/ n. totale da formare) x 100</b>	Non rilevato		20%	40%	50%
1.3 Promuovere il potenziamento dei fattori di protezione (life skill, empowerment) e l'adozione di comportamenti sani (alimentazione, attività fisica, fumo e alcol) nella popolazione giovanile e adulta	<b>Incrementare il numero di cittadini che hanno ricevuto consigli su stili di vita salutari, attraverso interventi opportunistici</b> (Obiettivo regionale "d")	<b>Proporzione di strutture sanitarie che sostengono il progetto</b>	ASReM	<b>(n. strutture sanitarie che sostengono il progetto nel proprio ambito /n. totale delle strutture previste) x 100</b>	0		20%	30%	50%



Obiettivi Centrali coperti dal programma	Obiettivo specifico Regionale	Indicatori di processo "sentinella"	Fonte verifica	Formula calcolo	Valore di partenza (2014)	Valori attesi			
						2015	2016	2017	2018
1.4 Ridurre il numero dei fumatori 1.5 Estendere la tutela dal fumo passivo 1.6 Ridurre il consumo di alcol a rischio	Regolamentare i comportamenti (Obiettivo regionale "f")	n. report per accertamenti presenza fumatori	ASReM	( n. accertamenti effettuati/ n. accertamenti previsti -almeno 1 settimanale per ogni struttura) x100	Non rilevato		70%	80%	90%
		n. capitolati senz'alcol	ASReM	1 per ogni struttura	0		1	2	5
1.10 Aumentare l'offerta di approccio comportamentale o farmacologico per le persone con fattori di rischio per MCNT	Realizzare di uno studio di fattibilità a livello regionale di un programma di popolazione per l'identificazione precoce dei soggetti in fascia d'età 45-60 anni in condizioni di rischio aumentato per MCNT (Obiettivo regionale "g")		Regione	Documento	0		Presenza		
1.3 Promuovere il potenziamento dei fattori di protezione (life skill, empowerment) e l'adozione di comportamenti sani (alimentazione, attività fisica, fumo e alcol) nella popolazione giovanile e adulta	Sensibilizzare la popolazione giovanile e adulta sui corretti stili di vita (Obiettivo regionale "h")	n. incontri effettuati nelle scuole	ASReM USR	(n. scuole raggiunte/ n. previste) x 100	Non rilevato		30%	50%	80%
		n. incontri centri anziani	ASReM	n. incontri effettuati	Non rilevato		4	4	4
		incontri con i MMG (Ordine dei Medici della provincia di Campobasso e di Isernia)	ASReM	n. incontri effettuati	Non rilevato		2		
	Selezionare i soggetti a rischio (Obiettivo regionale "i")	proporzione di soggetti a rischio arruolati	ASReM	(n. soggetti arruolati/n. soggetti individuati)x 100	Non rilevato			Da definire sulla base dello studio di fattibilità: >= 15 % del target individuato	>=30% del target individuato



1.11 Adozione di indirizzi regionali sulla promozione dell'esercizio fisico nei soggetti con patologie croniche (entro un anno dall'avvio del PRP) e loro attuazione (entro il 2018)	<b>Redigere un documento contenente gli indirizzi regionali sulla promozione dell'esercizio fisico nei soggetti con patologie croniche</b> (Obiettivo regionale "l")	<b>Stesura/adozione Documento di indirizzo</b>	<b>Regione</b>	<b>Presenza documento</b>	<b>0</b>			<b>Presenza</b>	<b>Attuazione</b>
	<b>Formare i prescrittori (per la promozione e diffusione della pratica dell'esercizio fisico)</b>	<b>Proporzione operatori specificamente formati</b>	<b>ASReM</b>	<b>(n. operatori raggiunti dalla formazione specifica/ n. previsti) x 100</b>	<b>0</b>			<b>30%</b>	<b>40%</b>
1.9 Aumentare l'attività fisica delle persone;	<b>Sensibilizzare le amministrazioni al fine dell' individuazione di percorsi per attivazione gruppi di cammino e nordic walking</b> (Obiettivo regionale "m")	<b>Comuni che hanno attivato gruppi di cammino</b>	<b>Regione</b>	<b>n. comuni che hanno attivato gruppi di cammino</b>	<b>Non rilevato</b>			<b>2</b>	<b>5</b>



## Cronoprogramma delle attività

Attività principali	2016				2017				2018			
	I	II	III	IV	I	II	III	IV	I	II	III	IV
Istituire un Gruppo di coordinamento per la comunicazione		X	X									
Sviluppare il piano e la strategia per la comunicazione			X									
Informare/formare i MMG, altri operatori sanitari, altri attori coinvolti			X	X								
Attuare la campagna				X	X	X	X	X	X	X	X	X
Monitorare e valutare la campagna Perfezionare la campagna							X				X	
Preparazione materiale corso Counselling e formalizzazione della collaborazione con LDP			X	X								
Formazione diffusa degli operatori e dei volontari sugli strumenti a supporto degli interventi di avviso breve e intervento motivazionale breve, mediante l'inserimento nel piano di formazione aziendale					X	X	X	X	X	X	X	X
Definizione presso le strutture sanitarie degli ambiti di intervento su cui attivare il progetto Definizione delle modalità di contatto con le persone per ciascun ambito di intervento			X									
Condivisione del progetto con i diversi portatori di interesse per la definizione del loro eventuale contributo		X	X	X								
Monitoraggio avanzamento del progetto e copertura degli interventi							X				X	
Sensibilizzare e informare i dipendenti e utenti/cittadini rispetto ai rischi per la salute determinati dal fumo attivo e passivo, e dal consumo di alcol			X									
Formazione operatori coordinatori e medici competenti			X									



Attività principali	2016				2017				2018			
	I	II	III	IV	I	II	III	IV	I	II	III	IV
Definizione di una politica aziendale contro il fumo di tabacco e il consumo di alcol			X									
Stesura capitolati alcol free			X									
Garantire il rispetto del divieto di fumo all'interno delle strutture sanitarie, eliminando l'esposizione dei lavoratori e dei pazienti/cittadini al fumo passivo			X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Evitare vendita e consumo di alcol in ambienti sanitari			X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Comunicare il cambiamento attraverso periodici aziendali, siti asl, manifesti ecc			X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Creazione di un gruppo di lavoro per la realizzazione di uno studio di fattibilità a livello regionale di un programma di popolazione per l'identificazione precoce dei soggetti in fascia d'età 45-60 anni in condizioni di rischio aumentato per MCNT		X										
Incontri con gli studenti delle scuole superiori di I e II grado per promuovere un'educazione alimentare ed uno stile di vita sano e sensibilizzare sui rischi di esposizione al fumo passivo				X				X				X
Distribuzione di opuscoli informativi nelle scuole e nei luoghi di aggregazione dei giovani (centri sportivi, centri culturali, conservatorio di musica, teatri)				X	X	X	X	X	X	X	X	X
Incontri con la popolazione considerata a maggior rischio (uomini e donne tra i 65 e gli 80 anni) nelle strutture aggregative presenti nella provincia di Campobasso ed Isernia, circoli e centri culturali, centri anziani, anche con il coinvolgimento di Associazioni ONLUS impegnate in campo-socio-sanitario.				X	X	X	X	X	X	X	X	X
Incontri con i MMG ed i PLS per una capillare campagna di sensibilizzazione sui corretti stili di vita				X								



Attività principali	2016				2017				2018			
	I	II	III	IV	I	II	III	IV	I	II	III	IV
Arruolamento dei soggetti a rischio ai quali verrà offerto un trattamento comportamentale o farmacologico sulla base del rischio cardiovascolare individuale					X	X	X	X	X	X	X	X
Istituzione di un gruppo di lavoro per la stesura di un documento contenente gli indirizzi regionali sulla promozione dell'esercizio fisico nei soggetti con patologie croniche			X	X								
Adozione del documento							X					
Effettuazione di corsi di formazione per i medici prescrittori					X	X	X	X	X	X	X	X
Realizzazione di un corso del tipo "Active doctor-active patient"								X				
Realizzazione di una rete tra Servizi di Medicina dello Sport, altri specialisti coinvolti e MMG;				X	X	X	X	X	X	X	X	X
Verifica efficacia implementazione del programma AFA ed EFA come da indicazioni regionali								X				X
Azione sulle amministrazioni presenti nel Gruppo di Coordinamento per la Comunicazione affinché individuino percorsi per attivazione gruppi di cammino e nordic walking				X	X	X	X	X	X	X	X	X



PNP								MOLISE			
Macro obiettivo	Obiettivi centrali	n. programmi che coprono gli obiettivi centrali	programmi che coprono gli obiettivi centrali	Indicatori centrali	Baseline Nazionale	Standard Nazionale	definizione di indicatore centrale da PRP	Baseline regionale	Baseline regionale dati Cnesps	Standard regionale	Fonte dei dati
MACRO 1: Ridurre il carico prevenibile ed evitabile di morbosità, mortalità e disabilità delle malattie non trasmissibili	1.1 Stesura e realizzazione di un piano di azione intersettoriale di promozione della salute nei diversi ambiti, con definizione di accordi e condivisione di indirizzi con i settori della pianificazione territoriale	2	<p>Programma Regionale II "La prevenzione delle malattie croniche non trasmissibili e le azioni a favore dei malati cronici" ---</p> <p>Programma Regionale IV e V – "Scuola, salute e benessere- Prevenzione delle dipendenze" ---</p> <p>Programma Regionale XI - Dca N. 24/2015 "Sicurezza alimentare e sanità pubblica veterinaria"</p>	1.1.1 Numero di accordi quadro intersettoriali nazionali attivati e/o mantenuti	Da definire	Da definire	Numero di accordi quadro intersettoriali nazionali attivati e/o mantenuti	0	n.a.	5 accordi regionali G.S.	Regione
	1.3 Promuovere il potenziamento dei fattori di protezione (life skill, empowerment) e l'adozione di comportamenti sani (alimentazione, attività fisica, fumo e alcol) nella popolazione giovanile e adulta	2	<p>Programma Regionale II "La prevenzione delle malattie croniche non trasmissibili e le azioni a favore dei malati cronici" ----</p> <p>Programma Regionale IV e V – "Scuola, salute e benessere -Prevenzione delle dipendenze"</p>	1.3.1 Proporzioni di istituti scolastici che aderiscono (con almeno l'80% delle classi) alla progettazione regionale specifica	Ogni Regione individua il proprio valore baseline	Ogni Regione individua il suo standard. Lo standard nazionale è: 100% delle Regioni raggiunge almeno l'80% dello standard individuato dalla Regione stessa (con un minimo del 10% di scuole coinvolte)	Proporzioni di istituti scolastici che aderiscono (con almeno l'80% delle classi) alla progettazione regionale specifica	0	n.a.	> o = 10% scuole	USR-ASREM



	1.5 Estendere la tutela dal fumo passivo	2	Programma Regionale II "La prevenzione delle malattie croniche non trasmissibili e le azioni a favore dei malati cronici" Programma Regionale IV e V – "Scuola, salute e benessere -Prevenzione delle dipendenze"	1.5.1 Prevalenza di persone che riferiscono che nel proprio ambiente di lavoro il divieto di fumo è sempre o quasi sempre rispettato	Anno 2013: 91,4%	+5%	Prevalenza di persone che riferiscono che nel proprio ambiente di lavoro il divieto di fumo è sempre o quasi sempre rispettato		Anno 2013: 76,98%	+5%(80,7%)	PASSI
MACRO 1: Ridurre il carico prevenibile ed evitabile di morbosità, mortalità e disabilità delle malattie non trasmissibili smissibili	1.4 Ridurre il numero di fumatori		Programma Regionale II "La prevenzione delle malattie croniche non trasmissibili e le azioni a favore dei malati cronici"	1.4.1 Prevalenza di fumatori nella popolazione	Anno 2013: 27,2%	-10,0%	Prevalenza di fumatori nella popolazione		Anno 2013: 24,2	21,8	PASSI
	1.6 Ridurre il consumo di alcol a rischio	2	Programma Regionale II "La prevenzione delle malattie croniche non trasmissibili e le azioni a favore dei malati cronici" ---- Programma Regionale IV e V – "Scuola, salute e benessere- Prevenzione delle dipendenze" "prevenzione delle dipendenze"	1.6.1 .Prevalenza di consumatori di alcol a rischio	Anno 2013. 16,7%	-15%	Prevalenza di consumatori di alcol a rischio		Anno 2013: 30,7%	-15%: 26,1%	PASSI
	1.7 Aumentare il consumo di frutta e verdura	2	Programma Regionale II "La prevenzione delle malattie croniche non trasmissibili e le azioni a favore dei malati cronici" ---- Programma Regionale IV e V – "Scuola, salute e benessere Prevenzione delle dipendenze" - prevenzione delle dipendenze"	1.7.1. Prevalenza di persone di età 18-69 anni che consumano abitualmente 3 o più porzioni di frutta e/o verdura al giorno	Anno 2013: 46,7%	+10%	Prevalenza di persone di età 18-69 anni che consumano abitualmente 3 o più porzioni di frutta e/o verdura al giorno		Valore baseline: 2013: :52,4	Anno 2018: +10% 57,7	PASSI
				1.7.2 Prevalenza di bambini di età 8-9 anni che consumano almeno 2 volte al giorno frutta e/o verdura	Anno 2014: 56,8%	+15%	Prevalenza di bambini di età 8-9 anni che consumano almeno 2 volte al giorno frutta e/o verdura		Valore baseline: 2014: 52,8	Anno 2018: +15%(60,7%)	Okkio
1.8 Ridurre il consumo eccessivo di sale	3	Programma Regionale IV e V – "Scuola, salute e benessere Prevenzione delle dipendenze" "- prevenzione delle dipendenze"	1.8.1. Prevalenza di soggetti che hanno ricevuto suggerimenti da operatori sanitari per la riduzione del consumo di sale	Anno 2013: 88,6%	+5%	Prevalenza di soggetti che hanno ricevuto suggerimenti da operatori sanitari per la riduzione del consumo di sale		Anno 2013: 95,5%	Anno 2018: 100%	ISTAT	



			<p>Programma Regionale II "La prevenzione delle malattie croniche non trasmissibili e le azioni a favore dei malati cronici" ---- MACRO 10: PROGRAMMA REGIONALE XI - DCA N. 24/2015 SICUREZZA ALIMENTARE E SANITÀ PUBBLICA VETERINARIA</p>	<p>1.8.2. Prevalenza di soggetti di 3 anni o più che dichiarano di non prestare attenzione alla quantità di sale e/o al consumo di cibi salati</p>	<p>Anno 2012 31,1%</p>	<p>-5%</p>	<p>Prevalenza di soggetti di 3 anni o più che dichiarano di non prestare attenzione alla quantità di sale e/o al consumo di cibi salati</p>		<p>Valore baseline 2012: 35,3%</p>	<p>- Anno 2018: 5% (33,5%)</p>	<p>ISTAT</p>
<p>MACRO 1: Ridurre il carico prevenibile ed evitabile di morbosità, mortalità e disabilità delle malattie non trasmissibili</p>	<p>1.9 Aumentare l'attività fisica delle persone</p>	<p>2</p>	<p>Programma Regionale II "La prevenzione delle malattie croniche non trasmissibili e le azioni a favore dei malati cronici" ----</p>	<p>1.9.1 Prevalenza di soggetti fisicamente attivi</p>	<p>Anno 2013: 33,4%</p>	<p>+30%</p>	<p>Prevalenza di soggetti fisicamente attivi</p>		<p>Valore baseline 2013 = 31,8%</p>	<p>Anno 2018: +30% (41,4%)</p>	<p>PASSI</p>
			<p>"Programma Regionale IV e V – "Scuola, salute e benessere Prevenzione delle dipendenze" i - prevenzione delle dipendenze"</p>	<p>1.9.2. Proporzione di ultra64enni fisicamente attivi</p>	<p>Anni 2012-2013: punteggio PASE=78 60%</p>	<p>+15%</p>	<p>Proporzione di ultra64enni fisicamente attivi</p>		<p>Anni 2012-2013 punteggio PASE=78 47,3%</p>	<p>Anno 2018: +15% (54,4%)</p>	<p>Sistema di sorveglianza a PASSI d'Argento</p>
			<p>PROGRAMMA REGIONALE VII - DCA N. 24/2015 MACRO 6: PREVENIRE GLI INCIDENTI DOMESTICI</p>	<p>1.9.3 Tasso di ospedalizzazione per fratture (soggetti di età &gt;75 anni)</p>	<p>13 per 1000 abitanti</p>	<p>-15%</p>	<p>Tasso di ospedalizzazione per fratture (soggetti di età &gt;75 anni)</p>		<p>Valore baseline 2013: 13,75</p>	<p>Anno 2018: 11,69</p>	<p>SDO</p>
			<p>1.10 Aumentare l'offerta di approccio comportamentale o farmacologico per le persone con fattori di rischio per MCNT</p>	<p>1</p>	<p>Programma Regionale II "La prevenzione delle malattie croniche non trasmissibili e le azioni a favore dei malati cronici"</p>	<p>1.10.1 Realizzazione di uno studio di fattibilità a livello regionale di un programma di popolazione per l'identificazione precoce dei soggetti in fascia d'età 45-60 anni in condizioni di rischio aumentato per MCNT (entro un anno dall'avvio del PRP)</p>	<p>Non rilevato</p>	<p>100% entro il 2016 Tutte le Regioni hanno realizzato lo studio di fattibilità entro il 2016</p>	<p>Realizzazione di uno studio di fattibilità a livello regionale di un programma di popolazione per l'identificazione precoce dei soggetti in fascia d'età 45-60 anni in condizioni di rischio aumentato per MCNT</p>	<p>0</p>	<p>Presenza</p>
			<p>1</p>	<p>Programma Regionale II "La prevenzione delle malattie croniche non trasmissibili e le azioni a favore dei malati cronici"</p>	<p>1.10.2. Attivazione del programma secondo le modalità individuate dallo studio di fattibilità e presenza di indicatori di estensione e adesione (entro il 2018)</p>	<p>Non rilevato</p>	<p>100% Tutte le Regioni hanno attivato il programma</p>	<p>Attivazione del programma secondo le modalità individuate dallo studio di fattibilità e presenza di indicatori di estensione e adesione</p>		<p>da definire sulla base dello studio di fattibilità</p>	<p>Regione</p>



		2	<p>Programma Regionale II "La prevenzione delle malattie croniche non trasmissibili e le azioni a favore dei malati cronici" ----</p> <p>"Programma Regionale IV e V – Scuola, salute e benessere- Prevenzione delle dipendenze"</p>	<p>1.10.3. Proporzione di fumatori che hanno ricevuto da un operatore sanitario il consiglio di smettere</p> <p>Anno 2013: 51,5%</p> <p>+30%</p> <p>Proporzione di fumatori che hanno ricevuto da un operatore sanitario il consiglio di smettere</p>	<p>Valore baseline 2013: 25,9%</p> <p>+30%(33,7%)</p> <p>PASSI</p>			
				<p>1.10.4 Proporzione di persone in eccesso ponderale che hanno ricevuto da un operatore sanitario il consiglio di perdere peso</p> <p>Anno 2013: 51,4%</p> <p>+30%</p> <p>Proporzione di persone in eccesso ponderale che hanno ricevuto da un operatore sanitario il consiglio di perdere peso</p>	<p>Valore baseline 2013: 46,7%</p> <p>+30% (60,7%)</p> <p>PASSI</p>			
				<p>1.10.5 Proporzione di consumatori di alcol a rischio che hanno ricevuto da un operatore sanitario il consiglio di ridurre il consumo</p> <p>Anno 2013: 6,2%</p> <p>+300%</p> <p>Proporzione di consumatori di alcol a rischio che hanno ricevuto da un operatore sanitario il consiglio di ridurre il consumo</p>	<p>Valore baseline 2013: 7,9%</p> <p>+300%(31,6%)</p> <p>PASSI</p>			
				<p>1.10.6 Proporzione di persone con patologia cronica che hanno ricevuto da un operatore sanitario il consiglio di praticare regolare attività fisica</p> <p>Anno 2013: 40,9%</p> <p>+30%</p> <p>Proporzione di persone con patologia cronica che hanno ricevuto da un operatore sanitario il consiglio di praticare regolare attività fisica</p>	<p>Valore baseline 2013.: 51,4%</p> <p>+30%(66,8%)</p> <p>PASSI</p>			
MACRO 1: Ridurre il carico prevenibile ed evitabile di morbosità, mortalità e disabilità delle malattie non trasmissibili	1.11 Sviluppare programmi per promuovere e diffondere la pratica dell'esercizio fisico, anche attraverso la prescrizione, nelle persone con patologie croniche	1	<p>Programma Regionale II "La prevenzione delle malattie croniche non trasmissibili e le azioni a favore dei malati cronici" ----</p>	<p>1.11.1 .Adozione di indirizzi regionali sulla promozione dell'esercizio fisico nei soggetti con patologie croniche (entro un anno dall'avvio del PRP) e loro attuazione (entro il 2018)</p> <p>Non rilevato</p>	<p>100%</p> <p>Tutte le Regioni hanno adottato gli indirizzi regionali entro il 2016 e hanno attuato gli indirizzi regionali entro il 2018</p>	<p>Adozione di indirizzi regionali sulla promozione dell'esercizio fisico nei soggetti con patologie croniche</p> <p>0</p>	<p>Adozione entro un anno dall'avvio , attuazione entro il 2018</p>	Regione



## L'allattamento al seno in Regione Molise: dal rilievo del dato epidemiologico alla promozione

### Descrizione

#### **Obiettivo centrale: 1.2 - Aumentare il numero di bambini in allattamento materno esclusivo fino al sesto mese (180 giorni di vita)**

Il sostegno all'allattamento al seno pone le basi per un sano stile di vita alimentare e costituisce un investimento per il benessere psicofisico e affettivo del bambino.

Riguardo la prevalenza dell'allattamento al seno esclusivo a 6 mesi di vita i dati Nazionali riferiti al valore baseline fornito dall'ISTAT fanno riferimento al 52,5 % di bambini ( anno 2012-2013) con uno standard previsto del +25%. In Molise non sono stati rilevati dati epidemiologici recenti sulla prevalenza dell'allattamento al seno, gli unici dati a disposizione risalgono al 2005 (T.M. Manfredi Selvaggi, M. L. Di Nunzio et al., "L'allattamento al seno e la promozione della salute del bambino: risultati di un' indagine in Molise" Minerva Pediatr. 2005; 57:91-103.) con il risultato di un tasso di allattamento esclusivo a 6 mesi del 30%.

Da una recente survey Nazionale, pubblicata sul sito del Ministero della Salute a cura del Tavolo tecnico operativo interdisciplinare sulla Promozione dell'allattamento al seno( TAS) è risultato che i tassi di allattamento esclusivo alla dimissione dalle Maternità sul territorio Nazionale rivelano un'ampia variabilità interregionale (65,4%-82,6%), mentre per i tassi di allattamento relativi alla durata all'età di 3 mesi e 6 mesi, il monitoraggio viene effettuato solo in alcune regioni (Emilia-Romagna, Friuli Venezia Giulia, Veneto, Lombardia, P.A. di Trento e Bolzano).

Il principale obiettivo sentinella che ci proponiamo è di definire la **prevalenza** delle donne con figli minori di 6 anni che riferiscono di aver allattato al seno in modo esclusivo per sei mesi o più, utilizzando quale valore baseline regionale di prevalenza l'unico disponibile sopra riferito.

I dati saranno ottenuti tramite un questionario strutturato compilato dalle madri in occasione della dimissione dai tre punti nascita regionali e dei primi due richiami vaccinali fino a sei anni di vita.

Il presente intervento si propone oltre all'attivazione di iniziative di sostegno all'allattamento al seno anche l'implementazione e messa a regime di un sistema regionale di rilevazione dei dati epidemiologici di interesse.

Nella Regione Molise nascono, ogni anno, circa duemila bambini.



	<p>OBIETTIVI SPECIFICI REGIONALI:</p> <p>A) Attivare iniziative di sostegno all'allattamento al seno;</p> <p>B) Implementare e mettere a regime un sistema regionale di rilevazione dei dati epidemiologici di interesse.</p> <p>AZIONI:</p> <ol style="list-style-type: none"><li>1) Adozione formale di indirizzo Regionale per la policy “ Allattamento al seno”</li><li>2) Formazione ECM di Pediatri ospedalieri, PLS, ostetriche, infermieri che operano negli Ospedali e sul Territorio (Consultori, Centri vaccinali)</li><li>3) Costituzione nei tre punti nascita regionali di un “Ambulatorio di consulenza per l’allattamento al seno” a gestione infermieristica e consulenza pediatrica a richiesta per l’accoglienza della diade madre-bambino nei primi 15-20 giorni di vita;</li><li>4) Produzione di dati epidemiologici regionali relativi alle donne che allattano al seno in modo esclusivo al 6° mese e loro registrazione e archiviazione in apposito database.</li></ol>
Setting	<p>Ambienti sanitari: nidi ospedalieri , Ambulatori neonatologici e pediatrici, Centri vaccinali - Distretti, Ambulatori MMG vaccinatori, consultori.</p> <p>Ambienti regionali e Aziendali in corso di riunioni ad hoc.</p>
Gruppi d’interesse	<ul style="list-style-type: none"><li>• Popolazione target del progetto: genitori di bambini di età compresa tra 0 e 6 anni; neonati.</li><li>• Attori: personale sanitario operante nei punti nascita, negli ambulatori ospedalieri, nei centri vaccinali dei distretti e presso gli ambulatori dei MMG vaccinatori, nei consultori. Operatori impegnati nel Percorso nascita. Operatori sociali. UOC di Prevenzione Regionale, ASREM, Distretti-Università.</li></ul>



<b>Prove di efficacia</b>	<p>La letteratura EBM sui benefici apportati a madre e bambino dall'allattamento al seno è vasta e in continua evoluzione, a tal proposito si ritiene utile citare la Position Statement : "Allattamento al seno e uso del latte materno/umano "del Gruppo di Lavoro ad hoc di SIP, SIN, SICuPP, SIGENP e Tavolo Tecnico Operativo Interdisciplinare sulla Promozione dell'Allattamento al Seno (TAS) del Ministero della Salute 15 settembre 2015</p> <p>Breve bibliografia:</p> <p>Cancer Causes Control. 2010 Feb; 21: 201–207. Breast-feeding the last born child and risk of ovarian cancer <i>Linda Titus-Ernstoff, Judy R. Rees, Kathryn L. Terry, and Daniel W. Cramer</i></p> <p>Cochrane Database Syst Rev. 2012 May 16; Support for healthy breastfeeding mothers with healthy term babies <i>Mary J Renfrew, Felicia M McCormick, Angela Wade, Beverley Quinn, and Therese Dowswell</i></p> <p>Bull World Health Organ. 2002: 952–958. A global response to a global problem: the epidemic of overnutrition. <i>Mickey Chopra, Sarah Galbraith, and Ian Darnton-Hill.</i></p>
<b>Misure per le disuguaglianze</b>	<p>L'Azienda sanitaria regionale in sinergia con Regioni, Enti locali, Associazioni attiverà interventi finalizzati al sostegno alle madri in difficoltà per problematiche personali e/o familiari, sociali con il coinvolgimento di operatori sanitari e assistenti sociali.</p> <p>Le madri straniere, la cui presenza ha fatto registrare negli ultimi anni un repentino innalzamento nella nostra Regione, potranno essere inserite nei percorsi del progetto, supportate da mediatori culturali.</p> <p>Si proporranno azioni appropriate presso i consultori e verrà distribuito materiale informativo nelle lingue più diffuse sul territorio.</p>
<b>Trasversalità</b>	<p>Il progetto è trasversale al Programma del PRP "Scuola,Salute e Benessere" e si interfacerà con Azienda Sanitaria Regionale - UO ospedaliera - Consultori - MMG -PLS- Uffici vaccinali -Università - IPASVI - Collegio delle ostetriche -Enti locali- SIP, SIGO, Associazioni.</p>
<b>Attività principali</b>	<p><i>Descrizione:</i></p> <p>Gli interventi di promozione dovranno coinvolgere in azioni coerenti gli operatori degli Ospedali e del Territorio (Punti nascita,</p>



consultori, pediatri di libera scelta, operatori degli ambulatori dedicati alle vaccinazioni) con l'intento di costruire una rete regionale dei Servizi per l'allattamento materno.

In Regione sono attivi: 3 punti nascita, 7 Consultori.

Quanto al Personale operante sul territorio attualmente si registrano: *37 Pediatri di base, 30 operatori dei Consultori, 34 operatori dei 14 Centri vaccinali e 100 Operatori ospedalieri.*

E' opportuno comunque evidenziare che nel periodo di vigenza del PNP 2014-2018 i valori numerici sopra riferiti muteranno sensibilmente in ragione del previsto pensionamento, nel periodo di riferimento, di numerose unità di personale senza alcuna certezza della loro sostituzione con altro personale assunto a tempo indeterminato per effetto del blocco del turn-over collegato al Piano regionale di rientro dal disavanzo sanitario e ai tempi, ancora incerti, del suo definitivo superamento.

#### *Fasi di Articolazione:*

##### FASE 1

- Definizione di una policy regionale relativa all'allattamento al seno.
- Attività di promozione a cura del Referente regionale dell'allattamento al seno inserito, come suggerito dal Ministero della Salute, nel CPN regionale-aziendale al fine di una integrazione e un coordinamento delle attività
- Stesura questionario rivolto alle mamme autosomministrato.
- Formazione ECM degli operatori dei punti nascita, dei Consultori, dei pediatri di base, dei Centri vaccinali sull'avvio dell'allattamento al seno esclusivo e sulla prosecuzione fino ai sei mesi compiuti con l'introduzione di adeguati alimenti complementari oltre i 6 mesi e l'allattamento al seno prolungato.

##### FASE 2

- Distribuzione del questionario alla dimissione dal punto nascita e in occasione della prima e della seconda vaccinazione fino a sei anni;



- Valutazione in corso d'opera delle competenze acquisite dagli operatori mediante formazione ECM;
- Raccolta monitorata dei questionari;
- Supporto alle mamme nella prosecuzione dell'allattamento al seno con l'istituzione di un ambulatorio neonatale a conduzione infermieristica presso i tre punti nascita per i primi 15-20 giorni di vita e successiva integrazione della rete con i consultori territoriali e con i pediatri di base;
- Valutazione dei dati raccolti;
- Valutazione delle modifiche apportate a beneficio della diade «madre-bambino».

*Azioni Intermedie funzionali a facilitare l'attuazione degli obiettivi della pianificazione:*

- Distribuzione di protocolli scritti per l'allattamento al seno estesi a tutti gli operatori coinvolti;
- Informazione di tutte le donne in gravidanza sui vantaggi e metodi di realizzazione dell'allattamento al seno tramite distribuzione materiale informativo multilingue alla dimissione dal punto nascita e nel territorio. Informazione tramite mass-media;
- Attività formative ECM atte a rendere omogenee eventuali diversità assistenziali in ambito regionale attuando opportune strategie (*ad es. riguardo la pratica del rooming-in nei 3 punti nascita, la gestione dei controlli ambulatoriali ospedalieri, la continuità assistenziale con i pediatri di famiglia, le attività consultoriali*);
- Protocollo d'intesa con l'Università del Molise per la formazione universitaria (medici, ostetriche, infermieri) nell'intento non solo di disporre di laureati in possesso dei contenuti essenziali riguardo la tematica specifica dell'allattamento al seno, ma anche di risparmiare sui successivi costi relativi alla formazione del personale aziendale.



<p><b>Analisi dei rischi</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>a) Assenza in Regione di un osservatorio Epidemiologico strutturato;</li> <li>b) Carenza di operatori aziendali e ampio utilizzo turn-over con contratti a t. d.;</li> <li>c) Disomogeneità nell'organizzazione dei Punti nascita;</li> <li>d) Anagrafe vaccinale informatizzata incompleta; in alcuni Distretti la rilevazione dei dati vaccinali avviene ancora attraverso la consultazione dei registri cartacei inoltre il software presenta alcuni bug per alcune operazioni di back-up e sintesi dei dati;</li> <li>e) Medici vaccinatori dei piccoli paesi non accorpati ai Centri vaccinali dei Distretti;</li> <li>f) Dati strettamente collegati ai tassi di copertura vaccinale e al completamento dei cicli.</li> </ul>
<p><b>Sostenibilità</b></p>	<p>Il Progetto richiede un finanziamento per le attività di formazione volte alle figure professionali coinvolte (operatori dei Punti Nascita Aziendali, operatori dei Centri vaccinali, dei Consultori ed altre Strutture) per la riorganizzazione dell'assistenza, per la produzione di materiale.</p> <p>La prosecuzione delle buone pratiche che saranno impostate con l'attuazione del progetto e formalizzate con determinazioni direttoriali Regionali e Aziendali (A.S.Re.M.) produrrà una riduzione dei costi apportando notevoli benefici come dimostrato da studi validati.</p> <p>Evidenza scientifica: <i>Bartick M, Reinhold A. The burden of suboptimal breastfeeding in the United States: a pediatric cost analysis. Pediatrics. 2010</i></p>

<p><b>Macro Obiettivo 1</b></p>	<p><b>Ridurre il carico prevenibile ed evitabile di morbosità, mortalità e disabilità delle MCNT</b></p>				
<p><b>OBIETTIVO CENTRALE</b></p>	<p><b>OBIETTIVI SPECIFICI REGIONALI</b></p>	<p><b>INDICATORE DI PROGRAMMA DA PNP</b></p>	<p><b>VALORE REGIONALE BASELINE</b></p>	<p><b>VALORE PNP 2018</b></p>	<p><b>VALORE REGIONALE 2018</b></p>
<p>Aumentare il numero di bambini in allattamento materno esclusivo fino al 6° mese (180gg di vita)</p>	<p>Attivare iniziative di sostegno all'allattamento al seno; Implementare e mettere a regime un sistema regionale di rilevazione dei dati epidemiologici di interesse.</p>	<p>1.2.1. Prevalenza di bambini allattati al seno alla fine del sesto mese</p>	<p>30% (unico dato disponibile, riferito all'unica indagine epidemiologica tematica condotta in Regione)</p>	<p>+ 25%</p>	<p>55%</p>



Programma Regionale	Obiettivi centrali coperti dal programma	Obiettivi regionali (del programma)	Indicatori di processo						
			Definizione	Fonte di verifica	Formula di calcolo	Valore baseline regionale	valore atteso 2016	valore atteso 2017	valore atteso 2018
L'ALLATTAMENTO AL SENO IN REGIONE MOLISE: DAL RILIEVO DEL DATO EPIDEMIOLOGICO ALLA PROMOZIONE	1.2 Aumentare il numero di bambini in allattamento materno esclusivo fino al 6° mese (180gg di vita)	A) ATTIVARE INIZIATIVE DI SOSTEGNO ALL'ALLATTAMENTO AL SENO	Adozione formale di indirizzo Regionale per la policy "Allatta-mento al seno"	Regione - Direzione Generale per la salute				OK	
			Costituzione nei tre punti nascita di un "Ambulatorio di consulenza per l' Allattamento al seno"	Regione -Azienda sanitaria regionale		0	1	2	3
			Percentuale di operatori con formazione ECM specifica (Pediatri ospedalieri, PLS, ostetriche, infermieri che operano negli Ospedali e sul Territorio (Consultori, Centri vaccinali))  (INDICATORE SENTINELLA)	Regione -Azienda sanitaria regionale	n. formati/ n. operatori regionali (n. 201 nel 2015) x 100	0	15%	30%	50%
			Percentuale di donne che allattano al seno in modo esclusivo al sesto mese  (INDICATORE SENTINELLA)	Regione -Azienda sanitaria regionale	n. bambini allattati in modo esclusivo al 6°mese / n. bambini nati in Regione nell'anno di riferimento x 100	30%	35%	45%	55%
		B) IMPLEMENTARE E METTERE A REGIME UN DATA-BASE REGIONALE	Produzione di dati epidemiologici regionali relativi alle donne che allattano al seno in modo esclusivo al 6° mese			N.D.	OK	OK	OK



## Cronoprogramma delle attività

Attività principali	2016				2017				2018			
	I	II	III	IV	I	II	III	IV	I	II	III	IV
Attività per perfezionamento della programmazione			X	X								
Organizzazione dello Staff - Progettazione questionari			X	X								
Formazione ECM operatori Punti nascita- Distretti (centri vaccinali) e MMG vaccinatori-PLS			X		X		X		X		X	
Raccolta dei questionari compilati da madri di bambini di età compresa tra i 10 mesi e i 6 anni				X	X	X	X	X	X	X		
Verifica apprendimento Analisi dei dati raccolti				X	X	X	X	X	X	X	X	X
Definizione di una politica Aziendale Regionale e di protocolli scritti per l'allattamento da diffondere a tutti gli operatori			X	X								
Informazione di tutte le donne in gravidanza sui vantaggi e metodi di realizzazione dell'allattamento al seno			X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Protocollo d'intesa con l'Università del Molise per la formazione universitaria (medici, ostetriche, infermieri)					X							
Costituzione nei tre punti nascita di un "Ambulatorio di consulenza per l'allattamento al seno" a gestione infermieristica e consulenza pediatrica a richiesta per accogliere neonati nei primi 15 giorni-20 giorni di vita			X	X	X							



**MACRO 2: PREVENIRE LE CONSEGUENZE DEI DISTURBI NEUROSENSORIALI  
PROGRAMMA REGIONALE "III" - DCA N. 24/2015**

**PROGRAMMA: SCREENING AUDIOLOGICO E OFTALMOLOGICO NEONATALE**

## **A) Screening audiologico neonatale**

### **Razionale dell'Intervento:**

L'ipoacusia congenita è una *condizione frequente e rilevante*, con una prevalenza della ipoacusia neurosensoriale bilaterale di 1-1,5 %o nati vivi, che diviene 10-20 volte maggiore nella popolazione a rischio. Il mancato riconoscimento della perdita dell'udito comporta importanti ripercussioni quali: ritardo del linguaggio, dell'apprendimento, problemi comportamentali, diminuito benessere psicosociale, scarse capacità di adattamento e un ridotto livello di istruzione.

Nei neonati ricoverati nelle TIN e in quelli con altri fattori di rischio (ad esempio nati di basso peso, con storia familiare di sordità, con anomalie cranio-facciali, con infezioni intrauterine, con assunzione di farmaci ototossici, con ventilazione meccanica neonatale durata più di 5 giorni, ecc.), la prevalenza è 10-20 volte maggiore.

Il rationale che giustifica l'esecuzione dello screening audiologico con emissioni otoacustiche provocate (TEOAE) per tutti i neonati è correlato al fatto che *solo metà dei disturbi permanenti dell'udito si verifica in bambini con fattori di rischio*, mentre l'altra metà si riscontra in bambini senza tali fattori.

Lo screening universale è quindi da perseguire rispetto a quello mirato sulla popolazione a rischio in quanto il 50% degli affetti non presenta fattori di rischio (così come individuati dal JCIH: Joint Committee on Infant Hearing Screening assesment).

Lo Screening permette quindi:

- **diagnosi molto precoce** di disturbi bilaterali permanenti in epoca molto precoce e comunque 3°-4° mese e
- **di cominciare la riabilitazione entro il 6° mese** (periodo di plasticità cerebrale)

E' stato 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 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).

In Molise nascono circa 2000 bambini/anno; nella regione sono attivi 3 punti nascita: Campobasso, Isernia e Termoli

Pur essendo una piccola Regione, il problema maggiore è il raggiungimento e il mantenimento di elevate percentuali di adesione allo screening.

Ogni punto nascita dispone di un solo apparecchio "accuscreen", per cui l'avaria e/o la manutenzione può mettere a rischio la completezza dello screening.

La tipologia del personale coinvolto nello screening audiologico è prevalentemente rappresentata da medici, infermieri e audiometrista.

La protesizzazione avviene fuori regione, con dispersione presso vari Centri specialistici.

### **Evidenze di efficacia**

- 1. Screening dell'udito nei neonati: una revisione sistematica per valutare a posteriori la precisione, l'efficacia e gli effetti degli interventi dello screening Quicksummaryreview: Documento originale: Wolff R et al.: Hearing screening in newborns: systematic review of accuracy, effectiveness, and effects of interventions after screening. Archives of Disease in Childhood 2010; 95(2): 130-135
- 2. Screening universale dell'udito neonatale: una revisione sistematica per aggiornare la raccomandazione del "US Preventive Services Task Force" Quicksummaryreview: Documento originale: Nelson H.D., Bougatsos C., Nygren P.. Universal Newborn Hearing Screening: Systematic Review to Update the 2001 U.S. Preventive Services Task Force Recommendation. Evidence Synthesis No. 62. AHRQ Publication No. 08-05117-EF-1. Rockville, Maryland: Agency for Healthcare Research and Quality, July 2008.

### **Sostenibilità**

L'esame di screening viene eseguito dal personale adeguatamente formato nei 3 punti nascita della Regione Molise (Campobasso, Isernia e Termoli). Tale attività sarà integrata nelle attività assistenziali.

### **Sistema di sorveglianza**

Verrà istituito, in ognuno dei punti nascita, un apposito registro per gli esami effettuati con indicazione dell'eventuale invio alla UOC di ORL. I dati potranno essere monitorizzati periodicamente con sistema di sorveglianza regionale.

### **Contrasto alle disuguaglianze**

Lo screening viene eseguito a tutti i neonati negli Ospedali della Regione Molise. Può essere prevista un'attività di chiamata attiva telefonica per quei casi con minore compliance che non si sono presentati all'appuntamento di controllo di 2° livello.

### **Obiettivo specifico**

Aumentare la proporzione dei neonati che effettuano lo screening audiologico neonatale



## Attività

Formazione dei formatori aziendali e a cascata formazione del personale adibito ad effettuare lo screening.

Acquisizione delle attrezzature necessarie per effettuare lo screening.

Esecuzione dello screening dopo le prime 24 ore di vita, prima della dimissione e registrazione dell'esito dell'esame sulla lettera di dimissione e su un database interno ad ogni punto nascita.

Invio alla UOC di Otorinolaringoiatria dei soggetti con alterazioni nell'esame per l'esecuzione dei potenziali acustici evocati

## Obiettivo Centrale

**Effettuare lo screening audiologico neonatale in tutti i punti nascita della Regione**

- neonati non a rischio
- neonati a rischio

## Obiettivi Specifici

- a) Identificare i neonati affetti entro il III mese di vita
- b) Avviare interventi riabilitativi entro il VI mese di vita

## **Attori e portatori di interesse:**

**Pediatra-Neonatologo** nel neonato sano e a rischio

**Otorinolaringoiatra** nel neonato in caso di

- positività del test di screening o comunque
- neonato ad alto rischio (Estrema prematurità, ricoverato in TIN, con assunzione di farmaci ototossici, che ha subito exsanguinotrasfusione per iperbilirubinemia, con infezione congenita, malformazione, con sindrome associata a ipoacusia, con disordini neurovegetativi)

**Beneficiari:**

Tutti i neonati affetti, in modo particolare quelli senza fattori di rischio

**Fasi di Articolazione del progetto:**

- **Obiettivo specifico regionale "A":** Effettuare lo screening uditivo a tutti i nati nella regione
- **Obiettivo specifico regionale "B":** Individuare tutti i soggetti affetti entro il III mese di vita
- **Obiettivo specifico regionale "C":** Avviare a rieducazione tutti i neonati affetti entro il VI mese di vita

**INDICATORI**

<b>Obiettivo specifico regionale "A"</b>	<b>Definizione</b>	<b>Fonte:</b>	<b>Tipologia</b>	<b>Modalità in cui viene costruito</b>	<b>Valore baseline:</b>
<b>indicatore A1)</b>	<i>Proporzione (%) di neonati sottoposti a screening audiologico neonatale</i>	<i>Regione</i>	<i>quantitativo</i>	<i>comunicazione dai punti nascita alla Regione</i>	<i>circa il 95%</i>
<b>Obiettivi specifico regionale "B"</b>					
<b>Indicatore B1)</b>	<i>Proporzione di soggetti affetti diagnosticati entro il III mese di vita</i>	<i>Regione</i>	<i>quantitativo</i>	<i>comunicazione dai punti nascita alla Regione</i>	<i>circa il 95%</i>
<b>Obiettivo specifico regionale "C"</b>					
<b>Indicatore C1)</b>	<i>Proporzione di soggetti affetti avviati a riabilitazione neurosensoriale</i>	<i>Regione</i>	<i>quantitativo</i>	<i>comunicazione con atti formali</i>	<i>circa il 95%</i>



**Programma esecutivo del progetto**  
**Indicatori di processo**

	<b>2015</b>	<b>2016</b>	<b>2017</b>	<b>2018</b>
<i><b>Formazione degli operatori</b></i>	si	si	si	si
<i><b>Acquisizione Apparecchiature</b></i>	si	si	si	si
<i><b>Esecuzione screening predimissione ospedaliera</b></i>	si	si	si	si
<i><b>Registrazione su apposito registro e su cartellino di dimissione</b></i>	si	si	si	si
<i><b>Invio dei casi positivi all'U.O.C di ORL</b></i>	si	si	si	si



MACRO 2 - PREVENIRE LE CONSEGUENZE DEI DISTURBI NEUROSENSORIALI  
 PROGRAMMA: SCREENING AUDIOLOGICO E OFTALMOLOGICO NEONATALE

A) Screening audiologico neonatale

Indicatori degli obiettivi centrali e relativi valori regionali								Indicatori di processo "sentinella"				
Macro Obiettivo	Obiettivo centrale	Nome indicatore	Tipo	Valore baseline	Standard di riferimento (Variazione attesa)	Obiettivo specifico regionale	Titolo della Linea di Intervento	Nome indicatore	Valore atteso 2016	Valore atteso 2017	Valore atteso 2018	Sorveglianza/ Fonte
2. PREVENIRE LE CONSEGUENZE DEI DISTURBI NEURO- SENSORIALI	2. 1. Effettuare lo screening audiologico neonatale in tutti i Punti nascita della Regione	2.1.1. Proporzione di neonati sottoposti a screening audiologico	Quantitativo	≅ 95% (PRP 2010- 2013)	100%	A) Effettuare lo screening uditivo a tutti i nati nella regione  B) Individuare tutti i soggetti affetti entro il III mese di vita  C) Avviare a rieducazion e tutti i neonati affetti entro il VI mese di vita	SCREENING AUDIOLOGICO NEONATALE	A1) Proporzione (%) di neonati sottoposti a screening audiologico neonatale  B1) Proporzione di soggetti affetti diagnosticati entro il III mese di vita  C1) Proporzione di soggetti affetti avviati a riabilitazione neurosenso- riale	100%	100%	100%	REGIONE ASS. POLITICHE PER LA SALUTE



## PROGRAMMA: SCREENING AUDIOLOGICO E OFTALMOLOGICO NEONATALE

### B) Screening oftalmologico neonatale

#### **Razionale dell'Intervento:**

L'ipovisione o cecità presenta una relativamente elevata incidenza (4.5‰ sono ipovedenti) associata ad impatto psicosociale estremamente elevato

L'identificazione delle cause quanto più precoce possibile è fondamentale per una maggiore possibilità di trattamento o provvedimento riabilitativo

La legge 284/97 sulla riabilitazione visiva ha riconosciuto l'utilità della riabilitazione visiva sostenendo economicamente tutte le Regioni per garantire lo sviluppo della prevenzione dell'ipovisione o della cecità.

Il Piano nazionale di prevenzione in campo oftalmologico è stato richiesto dal Global Action Plan 2014-2019 dell'OMS

La cecità e l'ipovisione, soprattutto quando già evidenti alla nascita o nei primi stadi di sviluppo, oltre a determinare un danno specifico, interferiscono con numerosi altri sistemi funzionali ed influenzano negativamente il processo di maturazione cerebrale e impediscono un normale sviluppo delle capacità e dei processi di apprendimento.

I più recenti protocolli internazionali prevedono l'esecuzione del test del "riflesso rosso" per tutti i neonati: lo scopo è individuare precocemente le opacità dei mezzi diottrici ed affrontare per tempo tutte le condizioni che determinino deprivazione visiva, in particolare la cataratta congenita, per la quale è possibile intervenire e migliorare la prognosi.

#### **Bibliografia**

- American Academy of Pediatrics, American Association for Pediatric Ophthalmology and Strabismus; American Academy of Ophthalmology - *Red Reflex Examination in Neonates, Infants and Children* - Pediatrics Volume 122, Number 6, December 2008 1403
- American Academy of Pediatrics, Section on Ophthalmology - *Red reflex examination in infants and children*. Pediatrics. 2002;109(5):980-981
- Ita Litmanovitz MD and TziporaDolfin MD. *Red Reflex Examination in Neonates: The Need for Early Screening* - IMAJ 2010; 12: 301-302.

#### **Retinopatia della Prematurità**

La retinopatia della prematurità (Retinopathy Of Prematurity; ROP) è una patologia vasoproliferativa retinica, di origine multifattoriale, che aumenta di incidenza con il diminuire dell'età gestazionale. Interessa approssimativamente il 65% dei neonati con peso alla nascita < 1250 gr e l'80% di quelli < 1000 gr. E' associata significativamente quindi alla bassa età gestazionale, al basso peso alla nascita e a prolungata



esposizione all'ossigeno. Altri fattori di rischio sono alcuni fattori di severità di malattia neonatale: la ventilazione meccanica prolungata, le infezioni sistemiche, le trasfusioni di sangue, le emorragie intraventricolari etc.

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 ipovisione 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.

Sulla base dei dati della letteratura si identificano, in linea di massima, tre fasce di neonati a rischio:

- 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.

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.
- 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 sconosciute.
- 

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 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.

In Molise nascono circa 2000 bambini/anno. L'incidenza della prematurità, riferita a età gestazionale < o = 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 < o = 1000gr e circa 20 con peso < o = 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<sup>a</sup> e la 36<sup>a</sup> sett., che presentino fattori di rischio aggiuntivi. L'inizio delle screening deve cadere tra la 4<sup>a</sup> e la 6<sup>a</sup> settimana di vita o tra la 31<sup>a</sup> e la 33<sup>a</sup> 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 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.

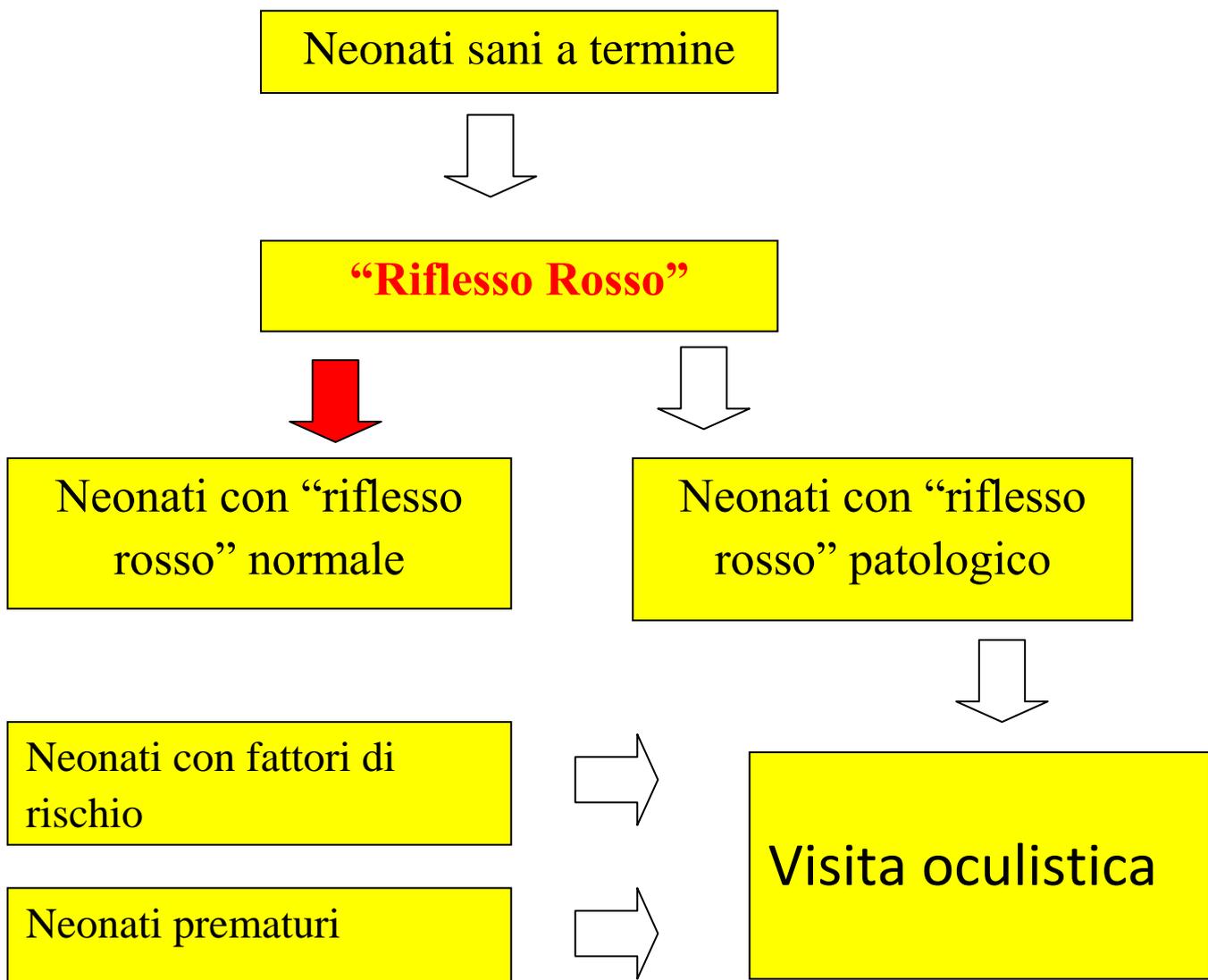
Il problema principale è rappresentato quindi dalla diagnosi precoce e dall'avvio tempestivo al trattamento chirurgico delle forme gravi di ROP presso Centri specializzati extraregionali.

La diagnosi precoce e un tempestivo eventuale trattamento riduce o previene l'ipovisione legata alla ROP

*Bibliografia:*

Cloherly J.P. et al.: "Manual of neonatal care" - Lippincott - Williams & Wilkins

**FASI DELLO SCREENING PER IPOVISIONE CONGENITA:**



**Attività**

Esecuzione dello screening dopo le prime 24 ore di vita, prima della dimissione e registrazione dell'esito dell'esame sulla lettera di dimissione.

Invio alla UOC di Oculistica dei soggetti con alterazioni nell'esame per la presa in carico del paziente.

**Obiettivo Centrale**

Effettuare lo screening oftalmologico neonatale a tutti i neonati in tutti i punti nascita della Regione

**Obiettivi Specifici regionali:**

- a) Identificare i neonati affetti nei primi giorni di vita
- b) Avviare a visita oculistica i pazienti affetti

**Attori e portatori di interesse**

- Pediatra-neonatalogo alla nascita e primi giorni di vita Effettua lo screening sui nati senza fattori di rischio
- Oculista Visita i neonati con sospetta patologia (congenita: cataratta, glaucoma, retinoblastoma), o con fattori di rischio (ambientali, infettivi congeniti: Rosolia-CMV-Toxoplasmosi)

**Beneficiari**

- Tutti i neonati con o senza fattori di rischio affetti

**Fasi di Articolazione:****Obiettivo specifico regionale "A":**

Effettuare lo screening oftalmologico neonatale a tutti i nati della Regione ai fini dell'individuazione dei soggetti affetti

**Obiettivo specifico regionale "B":**

Indirizzare a visita specialistica per il seguito diagnostico-terapeutico nel più breve termine possibile



## INDICATORI

Obiettivo specifico regionale "A"	Definizione	Fonte:	Tipologia	Modalità in cui viene costruito	Valore baseline:
indicatore A1)	Proporzione (%) di neonati sottoposti a screening oftalmologico neonatale	Regione	quantitativo	comunicazione dai punti nascita alla Regione	circa il 98%
indicatore A2)	Proporzione di soggetti affetti diagnosticati entro il 1 mese di vita	Regione	quantitativo	comunicazione dai punti nascita alla Regione	circa il 95%
Obiettivo specifico regionale "B"					
Indicatore B1)	Proporzione di soggetti affetti avviati a riabilitazione neurosensoriale	Regione	quantitativo	comunicazione con atti formali	circa il 95%

### Programma esecutivo del progetto Indicatori di processo

	2015	2016	2017	2018
<b>Formazione degli operatori</b>	si	si	si	si
<b>Esecuzione screening predimissione ospedaliera</b>	si	si	si	si
<b>Registrazione su apposito registro e su cartellino di dimissione</b>	si	si	si	si
<b>Invio dei casi positivi all'U.O.C di Oculistica</b>	si	si	si	si



MACRO 2 - PREVENIRE LE CONSEGUENZE DEI DISTURBI NEUROSENSORIALI  
 PROGRAMMA: SCREENING AUDIOLOGICO E OFTALMOLOGICO NEONATALE

A) Screening oftalmologico neonatale

Indicatori degli obiettivi centrali e relativi valori regionali								Indicatori di processo "sentinella"				
Macro Obiettivo	Obiettivo centrale	Nome indicatore	Tipo	Valore baseline	Standard di riferimento (Variazione attesa)	Obiettivo specifico regionale	Titolo della Linea di Intervento	Nome indicatore	Valore atteso 2016	Valore atteso 2017	Valore atteso 2018	Sorveglianza/ Fonte
2. PREVENIRE LE CONSEGUENZE DEI DISTURBI NEURO- SENSORIALI	2. 2. Effettuare lo screening oftalmologico neonatale in tutti i Punti nascita della Regione	2.2.1. Proporzione di neonati sottoposti a screening oftalmo- logico neonatale	Quantitativo	≅ 95% (PRP 2010- 2013)	100%	A) Effettuare lo screening oftalmo- logico a tutti i nati nella regione  B) Indirizzare a visita specialistica per il seguito diagnostico- terapeutico	SCREENING OFTALMO- LOGICO NEONATALE	A1) Proporzione (%) di neonati sottoposti a screening oftalmo- logico neonatale  A2) Proporzione di soggetti affetti diagnosticati entro il I mese di vita  B1) Proporzione di soggetti affetti avviati a riabilitazione neurosenso- riale	100%	100%	100%	REGIONE ASS. POLITICHE PER LA SALUTE



**MACRO 3, 4: PROMUOVERE IL BENESSERE MENTALE NEI BAMBINI, ADOLESCENTI E GIOVANI - CONTRASTO ALLE DIPENDENZE  
PROGRAMMI REGIONALI "IV" - "V" - DCA N. 24/2015**

**Programma «SCUOLA, SALUTE E BENESSERE»**

**Descrizione**

La Regione Molise intende favorire la promozione della salute nelle scuole attraverso la pianificazione di un processo di miglioramento, articolato in quattro ambiti di intervento strategici:

- 1) sviluppare le competenze individuali, potenziando conoscenze e abilità, attraverso la promozione di progetti che potenzino le *life skills* e attraverso programmi tematici curricolari;
- 2) qualificare l'ambiente sociale, promuovendo clima e relazioni positive attraverso la promozione di progetti che potenzino l'ascolto attivo, la collaborazione, la partecipazione e il benessere organizzativo;
- 3) migliorare l'ambiente strutturale e organizzativo, mediante la creazione o trasformazione di spazi e servizi favorevoli alla salute attraverso le mense, distributori di snack, orti didattici, pedibus e percorsi pedonali e ciclabili casa-scuola, attività fisica curriculare ed extracurriculare, ambiente libero dal fumo ecc;
- 4) rafforzare la collaborazione con le comunità locali, costruendo alleanze con altri soggetti della Comunità locale: Amministrazioni, Associazioni, ecc.

A tale scopo, si svilupperanno 3 linee progettuali, conseguenti l'una all'altra, attraverso la creazione di un sistema di alleanze per la promozione della salute, a partire dalla sottoscrizione di un protocollo d'intesa con l'Ufficio Scolastico Regionale, la predisposizione di un «Piano Strategico di azioni multisettoriali e multicomponenti per la promozione della salute e del benessere mentale dello studente e la conseguente offerta integrata di interventi per l'educazione alla salute nella scuola. Nel Piano Strategico potranno essere comprese anche le azioni tese a coinvolgere le istituzioni scolastiche nello sviluppo delle competenze in materia di sicurezza sui luoghi di lavoro nei futuri lavoratori e nella riduzione dei rischi degli incidenti domestici.

Nell'ambito dell'accordo stipulato con l'Ufficio Scolastico Regionale, si promuoveranno "Regolamenti Interni" alle scuole, che recepiscano anche le nuove leggi e le indicazioni nazionali, favorendo l'adozione di comportamenti sani in ambito scolastico e incoraggiando l'adesione alla rete di "Scuole che promuovono salute".

Sarà inoltre prevista la continuazione delle rilevazioni periodiche sui parametri attinenti alla salute infantile e giovanile, con le



rilevazioni di OKkio (2016) e HBSC (2018), nonché la proposta di azioni di potenziamento delle life skills negli Istituti d'Istruzione Secondaria della Regione attraverso progetti specifici come, ad esempio, Paesaggi di Prevenzione e Unplugged, che consentono di potenziare le capacità di resilienza e processi di empowerment sui temi della salute.

Ulteriori interventi progettuali inerenti gli obiettivi del PRP, che attengono maggiormente al mondo della scuola, saranno illustrati all'USR al fine di giungere ad una programmazione scolastica ragionata ed integrata sui temi della salute.

Si privilegeranno, inoltre, le iniziative che vedano la partecipazione attiva delle donne interessate al mondo giovanile (mamme, insegnanti, operatrici scolastiche e del settore alimentare), al fine di potenziare le loro capacità di prendersi cura di se stesse e delle persone a loro affidate e ridurre le disuguaglianze di genere.

**Razionale dell'Intervento:**

Dalle sorveglianze sugli stili di vita dell'infanzia (OKkio) e dell'adolescenza (HBSC), svolte anche in Regione, si evidenzia una situazione di rischio per la salute derivante da comportamenti scorretti (alimentazione, attività fisica, fumo e alcol) riconducibili ai determinanti individuati dal Programma "Guadagnare Salute", come si rileva dai risultati delle indagini in età 6-17 anni OKkio alla SALUTE e HBSC.

Considerato che alcuni di tali comportamenti hanno inizio fin dalla più tenera età e che il luogo della formazione della persona e del suo carattere è per eccellenza la scuola insieme alla famiglia, è importante che gli interventi proposti possano essere anche multicomponenti e intersettoriali per essere più efficaci e vengano presentati alle istituzioni scolastiche ed agli interessati (genitori e insegnanti) in maniera integrata, tale da consentire una valida programmazione di ciascuno per una durata sufficiente, derivante anche dal coordinamento e dall'integrazione degli stessi, favorendo la realizzazione di un percorso virtuoso che accompagni l'alunno lungo tutto il suo iter scolastico.

Il Programma intende valorizzare le attività già svolte in precedenza nella Regione Molise riguardanti le tematiche di Guadagnare Salute: progetti svolti in ambito scolastico, riguardanti la corretta alimentazione e l'attività fisica, anche con l'utilizzo di kit multimediali (Forchetta e Scarpetta, "E vai con la frutta"), progetti rivolti specificamente agli istituti alberghieri per l'acquisizione, da parte dei futuri operatori alimentari, di scelte nutrizionali corrette e metodi di cottura salutari, in prosecuzione del progetto CCM 2012 "Servizio di Supporto integrato all'ammalato neoplastico e ai suoi famigliari", l'Open Mind di HBSC con una sezione dedicata ai rapporti fra adolescenti e alle "life skill", i Progetti riconducibili al Programma "Guadagnare salute in Adolescenza" come "Paesaggi di Prevenzione" che, attraverso un approccio olistico, tratta i temi *Salute e benessere, - Alimentazione, -Fumo di sigaretta, -Alcol e altre sostanze psicoattive, -Attività fisica, o "Unplugged"*, programma scolastico per la prevenzione dell'uso di tabacco, alcol e sostanze tra gli adolescenti basato sul modello dell'Influenza Sociale e dell'Educazione Normativa, che si è dimostrato efficace nel prevenire l'uso di tabacco e cannabis e gli episodi di ubriachezza nei ragazzi di 12-14 anni, progetti di prevenzione dell'uso di Tabacco



come “Le vie del Fumo”, continuando e potenziando il rapporto di collaborazione con il Centro di didattica multimediale per la promozione della salute “Luoghi di prevenzione” e con la Lega Italiana per la Prevenzione dei Tumori.

Tali progetti, o altri validati basati su prove di efficacia, verranno proposti per l’inserimento nel piano strategico, al fine di realizzare la maggiore condivisione possibile con il mondo della Scuola, oltre che con Associazioni di volontariato, Rappresentanti degli Enti Locali ecc.

I progetti inseriti nel Piano Strategico saranno presentati alle Scuole attraverso un catalogo in cui verranno specificati la tematica trattata, i destinatari, le fasi e tempi, il monitoraggio e la valutazione previsti, nonché l’impegno richiesto alla scuola tenendo conto anche delle necessità di adattamento culturale e linguistico per famiglie di immigrati e mirando a ridurre il possibile svantaggio sociale e di genere.

Nel catalogo saranno presentati, inoltre, anche i progetti del precedente Piano Regionale della Prevenzione svolti in ambito scolastico, nonché i progetti di nuova attivazione previsti dal presente Piano e che hanno come setting la scuola.

Verranno incluse nel catalogo, infine, in una sezione dedicata, azioni informative/divulgative su tematiche riconducibili ad obiettivi centrali del piano, ma non trattate con specifico progetto, o su ulteriori problematiche inerenti la salute che coinvolgono il mondo della scuola (es. pediculosi).

Oltre alle attività di formazione permanente ed integrata del personale scolastico e socio-sanitario sulle teorie del comportamento, che favoriscono le capacità di resilienza e processi di empowerment sui temi della salute, si provvederà a sensibilizzare i professionisti della scuola rispetto all’identificazione precoce di soggetti con disturbi emozionali e/o comportamentali e DCA, organizzando almeno un incontro /anno.

Verrà promosso il recepimento a livello regionale delle Linee Guida ministeriali inerenti la ristorazione scolastica, le caratteristiche nutrizionali dei prodotti alimentari da offrire alla popolazione infantile e la Comunicazione Commerciale a tutela dei bambini e della loro corretta alimentazione.

Verranno attuati incontri formativi con il personale alimentarista che opera in ambito scolastico sia per il rispetto delle norme igieniche delle preparazioni, che per la proposta di menu salutari, con l’utilizzo di metodi di cottura e condimenti opportuni.

Nell’ambito di tali incontri formativi saranno inseriti argomenti riguardanti la limitazione del consumo di sale e l’utilizzo di sale iodato e l’aumento dell’offerta di alimenti sicuri per soggetti allergici e intolleranti.



	Verrà proposto, infine, al personale scolastico di due scuole pilota un percorso di cambiamento degli stili di vita a rischi attraverso il colloquio motivazionale.
<b>Setting</b>	Scuola
<b>Gruppi d'interesse</b>	<p><b>Popolazione target:</b> target primario: studenti; target secondario: famiglie, personale scolastico, personale che opera in ambito scolastico (operatori mense ecc..);</p> <p><b>Attori:</b> Regione (Assessorati), Personale sanitario ASReM che attua progetti del Piano Regionale della Prevenzione inerenti i Macro obiettivi sopra specificati, altro personale sanitario, a contratto o volontario appositamente formato, Pediatri di Libera Scelta, MMG;</p> <p><b>Partnership:</b> Luoghi di Prevenzione, LILT, operatori del settore alimentare, Forze di Polizia, Associazioni di volontariato, Rappresentanti degli Enti Locali.</p>
<b>Prove di efficacia</b> <b>Fonte:</b> <a href="http://niebp.agenas.it">http://niebp.agenas.it</a>	<p><b>Alimentazione corretta:</b> Gli interventi più efficaci rivolti ai bambini si sono dimostrati quelli nei quali il messaggio non è di tipo nutrizionale ma relativo al consumo di frutta e verdura. È preferibile effettuare interventi multidimensionali. I risultati si incrementano quando vengono adottate strategie multiple, quando viene coinvolta la famiglia e quando l'intervento è stato applicato per lunghi periodi. E' questa la tipologia di interventi che devono essere implementati dagli operatori di sanità pubblica. È necessario fornire interventi educativi da personale formato ai soggetti a basso reddito.</p> <p>Gli interventi al computer comportano un incremento efficace del consumo di frutta e verdura. Gli interventi multidimensionali si sono dimostrati efficaci, contrariamente a quelli gratuiti o finanziati. Anche se i risultati sono preliminari, gli interventi con il pc sono quelli che dovrebbero essere usati maggiormente nelle scuole, vista la loro efficacia ed il basso costo.</p> <p><b>Riduzione del sale</b> L'ambiente dove viene fornito il cibo può avere un impatto sostanziale nelle scelte del bambino. Le mense scolastiche possono essere modificate rendendole più salutari, distribuendo alimenti a basso contenuto di sodio. E' opportuno implementare standard nutrizionali per offrire alimenti competitivi nella scuola: gli standard nutrizionali per alimenti competitivi compresi gli snack devono contenere un limite massimo di sodio di 200 mg o meno per porzione confezionata o 480mg o</p>



meno per gli alimenti somministrati. L'IOM's School Meals: Building Blocks for Healthy Children report raccomanda che, entro il 2020, le scuole si sforzino di ridurre il sodio a 1.240 mg al giorno a colazione ed a pranzo.

## **Attività fisica**

### **Raccomandazioni per una crescita ed uno sviluppo sano.**

*Piccoli (1-2 anni) ed età pre-scolare (3-4 anni)* devono raggiungere almeno 180 minuti di attività fisica di qualsiasi intensità distribuita nell'arco della giornata tra cui :

- 1) una varietà di attività in ambienti diversi,
- 2) attività che sviluppano capacità di movimento,
- 3) progressione verso 60 minuti di gioco energico per i bambini di 5 anni.

Più attività fisica quotidiana fornisce maggiori benefici.

*Soggetti 5-11 anni, soggetti 12-17 anni* : devono raggiungere almeno 60 minuti di moderata-vigorosa attività fisica al giorno.

Dovrebbe includere:

- 1) Attività vigorosa almeno 3 volte la settimana
- 2) Attività che rafforzano muscoli ed ossa almeno 3 volte la settimana

Maggiore attività fisica giornaliera fornisce maggiori benefici per la salute.

Sono raccomandati, fra gli altri: programmi per la modifica di comportamenti di salute adattati all'individuo, maggiore educazione fisica nelle scuole con incremento del tempo speso dagli studenti nello svolgere attività fisica di moderata o elevata intensità durante l'educazione fisica curriculare, Point-of-Decision Prompts per incoraggiare l'uso delle scale, progettazione urbana territoriale su scala comunitaria per adozione di policy, creazione di accessi a luoghi dove si svolge attività fisica associati con attività informative, progettazione stradale territoriale su scala comunitaria per adozione di policy.

### **Consumo di tabacco, consumo di Alcol, prevenzione dipendenze.**

Fino alla fascia di età che corrisponde all'inizio della curva epidemica della sperimentazione del tabacco (in Italia, 12-13anni), gli interventi scolastici devono limitarsi a modifiche ambientali sia a livello scolastico (regolamenti), sia familiare.

Gli interventi scolastici devono possedere le caratteristiche riconosciute come efficaci dalla letteratura internazionale ossia: presenza di interattività, contenuti normativi, lunghezza adeguata, presenza di attività di rinforzo (booster).

Per evitare possibili effetti avversi, le scuole dovrebbero implementare soltanto programmi antitabacco dotati di rigorose prove di



efficacia, quali ad esempio UNPLUGGED, un programma scolastico per la prevenzione dell'uso di tabacco, alcol e sostanze tra gli adolescenti basato sul modello dell'Influenza Sociale e dell'Educazione Normativa; è stato sviluppato e valutato nell'ambito di un progetto multicentrico europeo che ha dimostrato che Unplugged è efficace nel prevenire l'uso di tabacco e cannabis nonché gli episodi di ubriachezza nei ragazzi di 12-14 anni.

I programmi di prevenzione scolastica dovrebbero essere accompagnati da altri interventi componenti (per esempio regolamenti scolastici e interventi familiari) al fine di rinforzarne l'efficacia.

Le scuole di ogni ordine e grado dovrebbero dotarsi di regolamenti antifumo, scritti, condivisi tra insegnanti e studenti, estesi a tutte le aree interne ed esterne di pertinenza della scuola, rivolti sia agli studenti sia al personale, e comprendenti meccanismi di controllo e di sanzionamento.

Per **l'alcol**, in particolare, è utile sostenere bambini e giovani di età compresa tra i 10 e i 15 anni soggetti al rischio di consumo di alcolici.

Risultano efficaci le seguenti azioni da parte di tutti i professionisti che hanno responsabilità della salute e della salvaguardia dei bambini e dei giovani e che hanno un contatto regolare con loro, quali:

- Usare il giudizio professionale per valutare periodicamente la disponibilità di questi bambini e giovani ad aderire a interventi di prevenzione del consumo di alcol e al trattamento. Per alcuni di loro sarà necessario coinvolgere i genitori o i care giver.
- Raccogliere una storia dettagliata del loro consumo di alcolici, usando strumenti validati. Includere nell'anamnesi alcune informazioni, quali ad esempio l'eventuale presenza di problemi familiari, possibili episodi di abuso o di scarso rendimento scolastico.
- Usare il giudizio professionale per decidere una condotta di intervento appropriata. In alcuni casi può essere sufficiente esprimere empatia e fornire un'opinione circa il significato che può essere attribuito al loro bere e ai temi legati al bere, che possono eventualmente emergere durante il colloquio; in altri casi può essere necessario fornire un counselling e un supporto più intenso.

Se vi sono ragioni sufficienti per credere che si sia in presenza di danni causati dall'alcol, considerare l'invio a Centri di salute mentale per bambini e adolescenti, a Servizi sociali o a Servizi per il trattamento di giovani con problemi di alcol.

Nel caso di bambini e giovani che sono sospettati di fare un consumo pericoloso di alcolici, gli insegnanti, il personale sanitario scolastico ed i counsellor possono mettere in atto le seguenti azioni efficaci:

- Se ritenuto appropriato, si fornisca individualmente un intervento breve sugli effetti dannosi derivanti dal consumo di alcolici, su come ridurre i rischi e su dove trovare risorse di supporto (++) . Si offra un incontro successivo di follow up o, se



	<p>necessario, si effettui un invio a servizi esterni alla scuola.</p> <ul style="list-style-type: none"><li>➤ Se ritenuto appropriato, si effettui un invio a servizi esterni (senza fornire l'intervento individuale).</li><li>➤ Si seguano le regole in materia di protezione infantile, di privacy e di consenso dell'interessato; se ritenuto appropriato, si coinvolgano i genitori nella consultazione e in ogni invio a servizi esterni alla scuola.</li></ul> <p>A loro volta i presidi, direttori degli uffici scolastici, operatori sanitari che lavorano con la scuola, organizzazioni che si occupano di droga e alcol, servizi per l'infanzia e l'adolescenza, forze dell'ordine e organizzazioni del privato, dovrebbero mantenere e sviluppare partnership per:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>➤ sostenere la prevenzione del consumo dannoso di alcolici</li><li>➤ assicurare interventi scolastici sul consumo di alcolici integrati con le attività del territorio</li><li>➤ formulare delle strategie per consultare le famiglie (genitori di bambini e ragazzi) circa iniziative per la riduzione del consumo di alcolici e per coinvolgerle in tali iniziative</li><li>➤ monitorare e valutare il lavoro di partnership e introdurre le buone pratiche nella pianificazione.</li></ul>
<b>Misure per le disuguaglianze</b>	<p><b>Diseguaglianze di genere:</b> Si privilegeranno le iniziative che vedano la partecipazione attiva delle donne interessate al mondo giovanile (mamme, insegnanti, operatrici scolastiche e del settore alimentare), al fine di potenziare le loro capacità di prendersi cura di se stesse e delle persone a loro affidate e ridurre le diseguaglianze di genere.</p> <p><b>Gruppi svantaggiati socialmente:</b> Personale formato fornirà interventi educativi su specifici argomenti a gruppi di soggetti a rischio, con particolare riguardo al basso reddito, in collaborazione con gli insegnanti, i quali saranno sensibilizzati rispetto all'identificazione precoce di soggetti con problemi emozionali e/o comportamentali e di disagio sociale</p>
<b>Trasversalità</b>	<p>Il programma é trasversale e agevola le seguenti intersettorialità:</p> <p><b>Macro-obiettivo 1, Obiettivi centrali 1,3,5,6,7,8,10</b> «1.1 Stesura e realizzazione di un piano di azione intersettoriale di promozione della salute nei diversi ambiti con definizione di accordi e condivisione di indirizzi con i settori della pianificazione territoriale; 1.3. Promuovere il potenziamento dei fattori di protezione (life skill, empowerment) e l'adozione di comportamenti sani (alimentazione, attività fisica, fumo e alcol) nella popolazione giovanile e adulta; 1.5 Estendere la tutela dal fumo passivo; 1.6 Ridurre il consumo di alcol a rischio; 1.7 Aumentare il consumo di frutta e verdura; 1.8 Ridurre il consumo eccessivo di sale; 1.10.4 Aumentare l'offerta di approccio comportamentale o Farmacologico per le persone con MCNT».</p> <p><b>Macro-obiettivo 3, Obiettivi centrali 3.1,3.2</b> «3.1 Rafforzare le capacità di resilienza e promozione dei processi di <i>empowerment</i></p>



	<p>personali e sociali; 3.2 Identificare tempestivamente i soggetti con problemi emozionali e/o comportamentali e di disagio sociale»;</p> <p><b>Macro-obiettivo 4, Obiettivo centrale 1</b> «4.1 Aumentare la percezione del rischio e l'empowerment degli individui»;</p> <p><b>Macro-obiettivo 5, Obiettivo centrale 3</b> «5.3 Aumentare i soggetti con comportamenti corretti alla guida».</p> <p><b>Macro-obiettivo 6, obiettivo centrale 1</b> «6.1 Ridurre gli incidenti domestici e del tempo libero»;</p> <p><b>Macro-obiettivo 7, obiettivo centrale 6</b> «7.6 Coinvolgere l'Istituzione Scolastica in materia di SSL nei futuri lavoratori»;</p> <p><b>Macro-obiettivo 8, obiettivo centrale 11 e 12</b> «8.11.1 Sensibilizzare la popolazione sul corretto uso dei telefoni cellulari; 8.12.1 Sensibilizzare la popolazione, soprattutto i giovani e giovanissimi, e i professionisti coinvolti sui rischi legati all'eccessiva esposizione agli UV»;</p> <p><b>Macro-obiettivo 9, obiettivo centrale 7</b> «9.7.1 Aumentare la copertura vaccinale e l'adesione consapevole nella popolazione generale e in specifici gruppi a rischio (operatori sanitari, adolescenti, donne in età fertile, popolazioni difficili da raggiungere, migranti, gruppi a rischio per patologia»;</p> <p><b>Macro-obiettivo 10, obiettivi centrali 9 e 10</b> «10.9 Aumentare l'offerta di alimenti idonei a soggetti allergici e intolleranti, ivi incluse le persone celiache; 10.10 ridurre i disordini da carenza iodica».</p>
<b>Attività principali</b>	<p><b>Obiettivo specifico regionale "A": <i>Recepire a livello regionale i Protocolli d'intesa del programma Nazionale Guadagnare Salute «Rendere facili le scelte salutari»</i></b></p> <ol style="list-style-type: none"><li>1) Analisi dello stato attuale e programmazione d'incontri interistituzionali finalizzati alla condivisione dell'obiettivo e alla stesura dei Protocolli d'intesa da stipulare nell'ambito del programma Nazionale Guadagnare Salute «Rendere facili le scelte salutari»;</li><li>2) Sottoscrizione di Accordi formali con l'Ufficio Scolastico Regionale in primis e quindi con gli Assessorati alle politiche giovanili, all'Istruzione, alle Politiche Agricole, Alimentari e Forestali, con il CONI e gli Enti di promozione sportiva e con i produttori di alimenti.</li></ol> <p><b>Obiettivo specifico regionale "B": <i>Impegnare l'Ufficio Scolastico Regionale nel Sistema di Sorveglianza Nazionale dei rischi comportamentali in età 6-17 anni</i></b></p> <ol style="list-style-type: none"><li>1) Inclusione nel Protocollo di Intesa con l'Ufficio Scolastico Regionale delle raccolte dati previste nell'ambito del Sistema</li></ol>



di Sorveglianza Nazionale dei rischi comportamentali in età 6-17 anni, quali OKkio alla Salute nel 2016 nelle scuole primarie e HBSC nel 2018 nelle scuole secondarie campionate.

**Obiettivo specifico regionale "C": *Istituire un Comitato Interistituzionale per la realizzazione di un programma di collaborazione mirato alla promozione della salute e del benessere all'interno del sistema dell'istruzione.***

- 1) Creare un Comitato paritetico Interistituzionale fra referenti dell'Ufficio Scolastico Regionale, degli Assessorati Regionali alla Sanità, all'Istruzione, alle Politiche Giovanili, alle Politiche Agricole e dei sistemi di sorveglianza, Rappresentanti di Enti locali per la realizzazione di un programma di collaborazione mirato alla promozione della salute e del benessere all'interno del sistema dell'istruzione, basato sui principi della pianificazione partecipata, con possibilità di integrazione con enti o soggetti pubblici e privati, il cui apporto sia ritenuto significativo per la promozione della salute (es. Enti di Promozione Sportiva, Ass. volontariato, LILT, Luoghi di Prevenzione, ecc.). Nelle scuole secondarie, tale programma prevederà la sinergia con il docente/Tutor per i regolamenti comunitari "REACH /CLP" sul "rischio chimico" designato dall'USR al fine svolgere un compito di disseminazione (tra studenti e pari) sui pericoli correlati ai prodotti chimici di uso quotidiano e per sollecitare riflessioni sui comportamenti corretti per la riduzione dell'esposizione a tali prodotti e sulla conoscenza delle nuove etichette di pericolo chimico (Reg.eu. CLP).

**Obiettivo specifico regionale "D": *Costituire un Gruppo di lavoro finalizzato alla redazione di un catalogo condiviso di proposte operative omogenee ed integrate fra loro (Piano Strategico), sui temi di educazione alla salute nella scuola, che tengano conto delle prove di efficacia e del contrasto alle disuguaglianze;***

- 1) Costituire un Gruppo di lavoro finalizzato alla individuazione di proposte operative omogenee ed integrate fra loro (Piano Strategico) con i referenti istituzionali del PRP e della Salute dell'Ufficio Scolastico, i referenti scientifici del PRP per i vari Macro-obiettivi sopra citati e che prevedono interventi da svolgersi nella scuola, i referenti dei sistemi di sorveglianza nonché eventuali altri attori che interagiscono con la scuola (Agricoltura, Politiche giovanili, Forze di Polizia, Enti locali, ecc.);
- 2) Redigere un catalogo condiviso in cui vengano specificati la tematica trattata, i destinatari, le fasi e tempi, il monitoraggio e la valutazione previsti, nonché l'impegno richiesto alla scuola ed abbiano maggior risalto gli interventi che rispondano a criteri di efficacia e di durata sufficiente, sui temi di educazione alla salute nella scuola, che tengano conto anche delle necessità di adattamento culturale e linguistico per famiglie di immigrati, mirando a ridurre il



possibile svantaggio sociale e di genere;

**Obiettivo specifico regionale "E": *Inserire nel Piano Strategico interventi a supporto delle scuole nel processo di miglioramento dell'ambiente strutturale e organizzativo:***

- 1) Inserire nel Piano Strategico interventi a supporto delle scuole nel processo di miglioramento dell'ambiente strutturale e organizzativo, in linea con le indicazioni della rete "Scuole che promuovono salute";
- 2) Redigere e condividere un Regolamento Interno da adottare per favorire comportamenti salutari e la creazione o trasformazione di spazi e servizi favorevoli alla salute (mense, distributori di snack, frutta a merenda, pedibus e percorsi ciclabili casa scuola, attività fisica curriculare ed extracurriculare, ambiente libero dal fumo, ecc.);

**Obiettivo specifico regionale "F": *Inserire nel Piano Strategico attività di formazione permanente ed integrata del personale scolastico e socio-sanitario sulle teorie del comportamento, che favoriscono le capacità di resilienza e processi di empowerment sui temi della salute:***

- 1) Inserire nel Piano Strategico attività di formazione permanente ed integrata del personale scolastico e socio-sanitario sia sugli argomenti propri dell'educazione nutrizionale, che sulle teorie del comportamento, che favoriscono le capacità di resilienza e i processi di *empowerment* sui temi della salute, attraverso Programmi quali Paesaggi di Prevenzione e *Unplugged*;

**Obiettivo specifico regionale "G": *Inserire nel Piano Strategico interventi multicomponenti e intersettoriali in campo alimentare e dell'attività fisica:***

- 1) Inserire nel Piano Strategico interventi multicomponenti e intersettoriali in campo alimentare e dell'attività fisica, come educazione nutrizionale e al gusto, incentivazione del consumo di frutta e verdura per la merenda scolastica;
- 2) Introdurre nei programmi didattici orti pedagogici e percorsi di acquisto guidati per un consumo consapevole;
- 3) Favorire l'Incremento dell'abitudine ad andare a scuola a piedi ed il gioco all'aria aperta, l'utilizzo di spazi pubblici quali cortili e palestre, in collaborazione fra istituzioni scolastiche, Enti locali, famiglie, insegnanti e studenti;



**Obiettivo specifico regionale "H": *Promuovere l'adozione degli interventi del Piano Strategico sopra indicato presso le singole Istituzioni Scolastiche, affinché individuino le azioni più confacenti da svolgere nel maggior numero di classi interessate anche attraverso la comunicazione dei risultati regionali dei sistemi di sorveglianza Okkio alla Salute e HBSC:***

- 1) Effettuare la formazione degli operatori coinvolti nella realizzazione del programma;
- 2) Effettuare la formazione degli insegnanti sui progetti inseriti nella programmazione;
- 3) Incontrare i genitori.

**Obiettivo specifico regionale "I": *Migliorare il livello qualitativo della ristorazione scolastica e dei distributori automatici, con interventi multicomponenti in cui, alla qualità igienica dell'alimentazione, si associ un buon livello nutrizionale dei pasti.***

- 1) Recepire a livello regionale le Linee guida nazionali sulla ristorazione scolastica, sulle caratteristiche nutrizionali dei prodotti alimentari da offrire alla popolazione infantile e sulla Comunicazione Commerciale ed adottare linee guida regionali sui distributori automatici;
- 2) Proporre l'adozione a livello scolastico delle Linee guida suddette, al fine di migliorare il livello qualitativo della ristorazione scolastica e dei distributori automatici nelle scuole;
- 3) Attuare incontri formativi con il personale alimentarista sia per il rispetto delle norme igieniche delle preparazioni, che per la proposta di menu salutari, con l'utilizzo di metodi di cottura e condimenti opportuni.

**Obiettivo specifico regionale "L": *Sensibilizzare i professionisti della scuola rispetto all'identificazione precoce di soggetti con disturbi psichici e DCA***

- attraverso lo svolgimento di incontri informativi (almeno uno/anno)

**Obiettivo specifico regionale "M": *Includere gli specifici progetti regionali nel catalogo delle offerte del Piano Strategico per la promozione della salute nelle scuole ed integrarli con quelli degli altri macro-obiettivi del PRG.***

- 1) Effettuare una ricognizione degli interventi del PRP e di altri attori già in essere, o già proposti alle scuole, attraverso il coinvolgimento attivo del gruppo di lavoro di cui alla lettera d) della linea progettuale 2;



	<p>2) Inserire nel catalogo tutti quegli interventi che rispondono ai criteri di selezione: far parte di programmi nazionali/europei, essere a valenza regionale o estendibile a livello regionale, costituire la continuazione di progetti già inseriti nel Piano Regionale della Prevenzione o già avviati in passato e che abbiano prodotto risultati positivi, essere basati su metodologia scientifica e prevedere un sistema di misurazione e valutazione dei risultati e, contemplare azioni di contrasto alle diseguaglianze;</p> <p>3) Includere nel catalogo, in una sezione dedicata, azioni informative/divulgative su tematiche riconducibili ad obiettivi centrali del piano, ma non trattate con specifico progetto, o su ulteriori problematiche inerenti la salute che coinvolgono il mondo della scuola (es. pediculosi).</p>
<b>Analisi dei rischi</b>	Coinvolgimento non adeguato delle istituzioni e dei portatori d'interesse; inadeguato coinvolgimento e difficoltà di coordinamento delle istituzioni scolastiche, scarsa partecipazione del personale sia scolastico che sanitario; difficoltà di coinvolgimento e di coordinamento degli attori dei vari interventi e delle scuole.
<b>Sostenibilità</b>	La Regione Molise intende favorire la promozione della salute nelle scuole attraverso la pianificazione di un processo di miglioramento che realizzi un approccio globale basato su logiche di sistema, piuttosto che su singoli progetti, attraverso la costituzione di alleanze stabili e la formazione del personale scolastico e degli operatori sanitari



Obiettivi centrali coperti dal programma	Obiettivi regionali (del programma)	indicatori sentinella						
		Definizione	Fonte di verifica regionale	Formula di calcolo	Valore baseline regionale	valore atteso 2016	valore atteso 2017	valore atteso 2018
1.1.Stesura e realizzazione di un piano di azione intersettoriale di promozione della salute nei diversi ambiti, con definizione di accordi e condivisione di indirizzi con i settori della pianificazione territoriale	Recepire a livello regionale Protocolli di intesa del programma Nazionale Guadagnare Salute «rendere facili le scelte salutari » (Obiettivo regionale "a")	Numero di accordi quadro stipulati	Regione	N. protocolli d'intesa G.S. regionali/ n. prot. Intesa GS nazionali	0	1	3	5
	Effettuare le sorveglianze previo impegno dell'Ufficio Scolastico Regionale nel Sistema di Sorveglianza Nazionale dei rischi comportamentali in età 6-17 anni; (Obiettivo regionale "b")	n. Sorveglianze effettuate	Regione	n. sorveglianze effettuate/n. sorveglianze previste	4 indagini di Okkio alla salute e 2 di HBSC	1	0	1
	Istituire un Comitato Interistituzionale per la realizzazione di un programma di collaborazione mirato alla promozione della salute e del benessere all'interno del sistema dell'istruzione (Obiettivo regionale "c")	n. Istituzioni coinvolte nel Comitato Interistituzionale	Regione	---	1	1	2	3
1.5 Estendere la tutela dal fumo passivo; 1.6 Ridurre il consumo di alcol a rischio; 1.7 Aumentare il consumo di frutta e verdura; 1.8 Ridurre il consumo eccessivo di sale; 1.9 aumentare l'attività fisica delle persone	Inserire nel Piano Strategico interventi a supporto delle scuole nel processo di miglioramento dell'ambiente strutturale e organizzativo (Obiettivo regionale "e")	Proporzione di istituti che adottano un Regolamento Interno alle scuole per la promozione della salute	Regione/USR	n. istituti che adottano Regolamento Interno/ n.istituti comprensivi	0	3%	6%	10%



<p>1.3 Promuovere il potenziamento dei fattori di protezione (life skill, empowerment) e l'adozione di comportamenti sani (<b>alimentazione, attività fisica, fumo e alcol</b>) nella popolazione giovanile e adulta; 3.1 Rafforzare le capacità di resilienza e promozione dei processi di empowerment personali e sociali ; 4.1 Aumentare la percezione del rischio e l'empowerment degli individui</p>	<p>Inserire nel Piano Strategico attività di formazione permanente ed integrata del personale scolastico e socio-sanitario sulle teorie del comportamento, che favoriscono le capacità di resilienza e processi di empowerment sui temi della salute (Obiettivo regionale "f")</p>	<p>Proporzione di istituti che aderiscono a progetti basati sulle teorie delle life skill, teorie del comportamento e sui processi di empowerment</p>	<p>Regione/USR</p>	<p>proporzione di istituti che aderiscono a progetti basati sulle teorie delle life skill, teorie del comportamento e sui processi di empowerment/n. istituti comprensivi</p>	<p>non rilevato</p>	<p>3%</p>	<p>6%</p>	<p>10%</p>
<p>1.3 Promuovere il potenziamento dei fattori di protezione (life skill, empowerment) e l'adozione di comportamenti sani (<b>alimentazione, attività fisica, fumo e alcol</b>) nella popolazione giovanile e adulta</p>	<p>Inserire nel Piano Strategico interventi multicomponenti e intersettoriali in campo alimentare e dell'attività fisica; (Obiettivo regionale "g")</p>	<p>Proporzione di istituti che aderiscono a progetti di promozione delle corrette abitudini alimentari e di promozione dell'attività fisica</p>	<p>Regione/ USR</p>	<p>proporzione di istituti che aderiscono a progetti di promozione delle corrette abitudini alimentari e dell'attività fisica/n. istituti comprensivi</p>	<p>Non rilevato</p>	<p>3%</p>	<p>6%</p>	<p>10%</p>
<p>5.3 Aumentare i soggetti con comportamenti corretti alla guida; 6.1 Ridurre gli incidenti domestici e del tempo libero; 7.6 Coinvolgere l'Istituzione Scolastica in materia di SSL nei futuri lavoratori; 8.11 Sensibilizzare la popolazione sul corretto uso dei telefoni cellulari; 8.12 Sensibilizzare la popolazione, soprattutto i giovani e giovanissimi, e i professionisti coinvolti sui rischi legati all'eccessiva esposizione agli UV); 9.7 Aumentare la copertura vaccinale e l'adesione consapevole nella popolazione generale e in specifici gruppi a rischio (operatori sanitari, adolescenti, donne in età fertile, popolazioni difficili da raggiungere, migranti, gruppi a rischio per patologia);</p>	<p>Includere ed integrare gli specifici progetti regionali relativi ad altri Macroobiettivi del PRP nel catalogo delle offerte del Piano Strategico per la promozione della salute nelle scuole (Obiettivo regionale "m")</p>	<p>Proporzione di progetti regionali-interventi informativi inclusi ed integrati nel catalogo delle offerte del Piano Strategico per la promozione della salute nelle scuole/ n. totale di progetti che abbiano come setting la scuola</p>	<p>Regione/ USR</p>	<p>Numero di progetti regionali/ interventi informativi inclusi ed integrati nel catalogo delle offerte del Piano Strategico per la promozione della salute nelle scuole</p>	<p>0</p>	<p>3</p>	<p>4</p>	<p>5</p>



<p>1.7 Aumentare il consumo di frutta e verdura, 1.8 Ridurre il consumo eccessivo di sale</p>	<p>Migliorare il livello qualitativo della ristorazione scolastica e dei distributori automatici  (Obiettivo regionale "i")</p>	<p>Proporzione di istituti che hanno adottato le linee guida regionali, realizzando un aumento dell'offerta di frutta e verdura /o una riduzione del quantitativo di sale degli alimenti offerti</p>	<p>Regione/USR</p>	<p>proporzione di istituti che hanno adottato le linee guida regionali/n istituti comprensivi</p>	<p>0</p>	<p>3%</p>	<p>6%</p>	<p>10%</p>
<p>1.7 Aumentare il consumo di frutta e verdura; 1.8 Ridurre il consumo eccessivo di sale</p>	<p>Formare il personale alimentarista che opera in ambito scolastico sia per il rispetto delle norme igieniche delle preparazioni, che per la proposta di menu salutari, con l'utilizzo di metodi di cottura e condimenti opportuni  (Obiettivo regionale "i")</p>	<p>Proporzione di personale alimentarista operante in ambito scolastico che partecipa alla formazione</p>	<p>Regione/USR</p>	<p>n. incontri formativi con il personale alimentarista che opera in ambito scolastico</p>	<p>non rilevato</p>	<p>2</p>	<p>4</p>	<p>8</p>
<p>1.10 Aumentare l'offerta di approccio comportamentale o farmacologico per le persone con fattori di rischio per MCNT</p>	<p>Offrire un percorso di cambiamento degli stili di vita a rischio attraverso il colloquio motivazionale al personale scolastico di due scuole pilota  (Obiettivo regionale "h")</p>	<p>Colloqui motivazionali effettuati</p>	<p>ASReM</p>	<p>n. colloqui effettuati /n. personale scolastico delle scuole pilota</p>	<p>non rilevato</p>	<p>5%</p>	<p>10%</p>	<p>15%</p>
<p>3.2 Identificare tempestivamente i soggetti con problemi emozionali e/o comportamentali e di disagio sociale.</p>	<p>Sensibilizzare i professionisti della scuola rispetto all'identificazione precoce di soggetti con disturbi psichici e DCA  (Obiettivo regionale " l")</p>	<p>Incontri di sensibilizzazione effettuati</p>	<p>Regione/ USR</p>	<p>Proporzione di istituti che partecipano all'incontro annuale di sensibilizzazione/ n. istituti secondari</p>	<p>0</p>	<p>10%</p>	<p>20%</p>	<p>30%</p>



### Cronoprogramma delle Attività

Attività principali	2016				2017				2018			
	I	II	III	IV	I	II	III	IV	I	II	III	IV
1) Effettuare l'analisi dello stato attuale e programmazione d'incontri inter-istituzionali finalizzati alla condivisione dell'obiettivo e alla stesura dei Protocolli d'intesa da stipulare nell'ambito del programma Nazionale Guadagnare Salute «Rendere facili le scelte salutari»;	X	X										
2) Sottoscrivere Accordi formali con l'Ufficio Scolastico Reg.le	X	X	X									
3) Impegnare l'US.R. nel Sistema di Sorveglianza Nazionale dei rischi comportamentali in età 6-17 anni	X	X	X									
4) Sottoscrivere Accordi formali con gli Assessorati alle Politiche giovanili, all'Istruzione, alle Politiche Agricole, Alimentari e Forestali, con il CONI e gli Enti di promozione sportiva e con i produttori di alimenti				X	X	X	X	X	X	X	X	X
5) Istituire un Comitato Interistituzionale per la realizzazione di un programma di collaborazione mirato alla promozione della salute e del benessere all'interno del sistema dell'istruzione (Guadagnare salute a scuola)	X	X	X	X								
6) Costituire un Gruppo di lavoro finalizzato alla redazione di un catalogo condiviso di proposte operative omogenee ed integrate fra loro (Piano Strategico) sui temi di educazione alla salute nella scuola che tengano conto delle prove di efficacia e del contrasto alle disuguaglianze;		X	X	X	X	X						
7) Redigere un <u>catalogo condiviso</u> in cui vengano specificati la tematica trattata, i destinatari, le fasi e tempi, il monitoraggio e la valutazione previsti, nonché l'impegno richiesto alla scuola ed abbiano maggior risalto gli interventi che rispondano a criteri di efficacia e di durata sufficiente, sui temi di educazione alla salute nella scuola, che tengano conto anche delle necessità di adattamento culturale e linguistico per famiglie di immigrati, mirando a ridurre il possibile svantaggio di genere;		X	X	X	X	X	X					



Attività principali	2016				2017				2018			
	I	II	III	IV	I	II	III	IV	I	II	III	IV
8) Inserire nel Piano Strategico interventi a supporto delle scuole nel processo di miglioramento dell'ambiente strutturale e organizzativo, in linea con le indicazioni della rete "Scuole che promuovono salute";		X	X	X	X	X	X					
9) Redigere e condivisione di un Regolamento Interno da adottare per favorire comportamenti salutari e la creazione o trasformazione di spazi e servizi favorevoli alla salute (mense, distributori di snack, frutta a merenda, pedibus e percorsi ciclabili casa scuola, attività fisica curriculare ed extracurriculare, ambiente libero dal fumo, ecc.);		X	X	X	X	X	X					
10) Inserire nel Piano Strategico di attività di formazione permanente ed integrata del personale scolastico e socio-sanitario sia sugli argomenti propri dell'educazione nutrizionale, che sulle teorie del comportamento, che favoriscono le capacità di resilienza e i processi di empowerment sui temi della salute, attraverso Programmi quali Paesaggi di Prevenzione e Unplugged;		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
11) Inserire nel Piano Strategico di interventi multicomponenti e intersettoriali in campo alimentare e dell'attività fisica, come educazione nutrizionale e al gusto, incentivazione del consumo di frutta e verdura per la merenda scolastica;		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
12) Introdurre nei programmi didattici di orti pedagogici e percorsi di acquisto guidati per un consumo consapevole		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
13) Favorire l'Incremento dell'abitudine ad andare a scuola a piedi ed il gioco all'aria aperta, l'utilizzo di spazi pubblici quali cortili e palestre, in collaborazione fra istituzioni scolastiche, Enti locali, famiglie, insegnanti e studenti;		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
14) Effettuare la ricognizione degli interventi del PRP e di altri attori già in essere, o già proposti alle scuole, attraverso il coinvolgimento attivo del gruppo di lavoro di cui alla lettera d) della linea progettuale 2;	X	X										



Attività principali	2016				2017				2018			
	I	II	III	IV	I	II	III	IV	I	II	III	IV
15) Inserire nel catalogo tutti quegli interventi che rispondono ai criteri di selezione: far parte di programmi nazionali/europei, essere a valenza regionale o estendibile a livello regionale, costituire la continuazione di progetti già inseriti nel Piano Regionale della Prevenzione o già avviati in passato e che abbiano prodotto risultati positivi, essere basati su metodologia scientifica e prevedere un sistema di misurazione e valutazione dei risultati e, contemplare azioni di contrasto alle diseguaglianze;		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
16) Includere nel catalogo, in una sezione dedicata, azioni informative/divulgative su tematiche riconducibili ad obiettivi centrali del piano, ma non trattate con specifico progetto, o su ulteriori problematiche inerenti la salute che coinvolgono il mondo della scuola (es. pediculosi);		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
17) Revisionare il piano strategico prima dell'inizio di ogni anno scolastico;			X				X				X	
18) Revisionare il catalogo prima di ogni anno scolastico;			X				X				X	
19) Promuovere l'adozione degli interventi del Piano Strategico sopra indicato presso le singole Istituzioni Scolastiche, affinché individuino le azioni più confacenti da svolgere nel maggior numero di classi interessate anche attraverso la comunicazione dei risultati regionali dei sistemi di sorveglianza Okkio alla Salute e HBSC;			X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
20) Effettuare le sorveglianze;	X	X							X	X		
21) Effettuare la formazione degli operatori coinvolti nella realizzazione del programma;	X	X	X			X			X	X		
22) Effettuare la formazione degli insegnanti sui progetti inseriti nella programmazione;			X				X				X	



Attività principali	2016				2017				2018			
	I	II	III	IV	I	II	III	IV	I	II	III	IV
23) Incontrare i genitori;				X	X			X	X			X
24) Proporre un percorso di cambiamento degli stili di vita a rischi attraverso il colloquio motivazionale al personale scolastico di due scuole pilota;		X		X	X	X		X	X	X		X
25) Recepire a livello regionale le Linee guida nazionali sulla ristorazione scolastica ed adottare linee guida regionali sui distributori automatici;	X	X										
26) Proporre l'adozione a livello scolastico delle Linee guida suddette, al fine di migliorare il livello qualitativo della ristorazione scolastica e dei distributori automatici nelle scuole;			X	X			X	X			X	X
27) Attuare incontri formativi con il personale alimentarista sia per il rispetto delle norme igieniche delle preparazioni, che per la proposta di menu salutari, con l'utilizzo di metodi di cottura e condimenti opportuni;			X	X			X	X			X	X
28) Sensibilizzare i professionisti della scuola rispetto all'identificazione precoce di soggetti con disturbi psichici e DCA attraverso lo svolgimento di incontri informativi.				X				X				X



PNP								MOLISE			
Macro obiettivo	Obiettivi centrali	n. programmi che coprono gli obiettivi centrali	programmi che coprono gli obiettivi centrali	Indicatori centrali	Baseline Nazionale	Standard Nazionale	definizione di indicatore centrale da PRP	Baseline regionale	Baseline regionale dati Cnesps	Standard regionale	Fonte dei dati
MACRO 1: Ridurre il carico prevenibile ed evitabile di morbosità, mortalità e disabilità delle malattie non trasmissibili	1.1 Stesura e realizzazione di un piano di azione intersettoriale di promozione della salute nei diversi ambiti, con definizione di accordi e condivisione di indirizzi con i settori della pianificazione territoriale	2	Programma Regionale IV e V – “Scuola, salute e benessere- Prevenzione delle dipendenze” --- Programma Regionale XI - Dca N. 24/2015 “Sicurezza alimentare e sanità pubblica veterinaria”	1.1.1 Numero di accordi quadro intersettoriali nazionali attivati e/o mantenuti	Da definire	Da definire	Numero di accordi quadro intersettoriali nazionali G.S. attivati e/o mantenuti	0	n.a.	5 accordi regionali G.S.	Regione
MACRO 1: Ridurre il carico prevenibile ed evitabile di morbosità, mortalità e disabilità delle malattie non trasmissibili	1.3 Promuovere il potenziamento dei fattori di protezione (life skill, empowerment) e l'adozione di comportamenti sani (alimentazione, attività fisica, fumo e alcol) nella popolazione giovanile e adulta	2	Programma Regionale II “La prevenzione delle malattie croniche non trasmissibili e le azioni a favore dei malati cronici” ---- Programma Regionale IV e V – “Scuola, salute e benessere - Prevenzione delle dipendenze”	1.3.1 Proporzioni di istituti scolastici che aderiscono (con almeno l'80% delle classi) alla progettazione regionale specifica	Ogni Regione individua il proprio valore baseline	Ogni Regione individua il suo standard. Lo standard nazionale è: 100% delle Regioni raggiunge almeno l'80% dello standard individuato dalla Regione stessa (con un minimo del 10% di scuole coinvolte)	Proporzioni di istituti scolastici che aderiscono (con almeno l'80% delle classi) alla progettazione regionale specifica	0	n.a.	> o = 10% scuole	USR-ASREM



MACRO 1: Ridurre il carico prevenibile ed evitabile di morbosità, mortalità e disabilità delle malattie non trasmissibili	1.5 Estendere la tutela dal fumo passivo Estendere la tutela dal fumo passivo	2	Programma Regionale II "La prevenzione delle malattie croniche non trasmissibili e le azioni a favore dei malati cronici" ---- "Programma Regionale IV e V – "Scuola, salute e benessere - Prevenzione delle dipendenze"--	1.4.1 Prevalenza di persone che riferiscono che nel proprio ambiente di lavoro il divieto di fumo è sempre o quasi sempre rispettato	Anno 2013: 91,4%	+5%	Proporzione di istituti scolastici che hanno regolamentato il adottato un regolamento antifumo		76,9&%	+5%(80,7%)	PASSI
MACRO 1: Ridurre il carico prevenibile ed evitabile di morbosità, mortalità e disabilità delle malattie non trasmissibili	1.6 Ridurre il consumo di alcol a rischio	2	Programma Regionale II "La prevenzione delle malattie croniche non trasmissibili e le azioni a favore dei malati cronici" ---- Programma Regionale IV e V – "Scuola, salute e benessere- "Prevenzione delle dipendenze"	1.6.1 Prevalenza di consumatori di alcol a rischio	Anno 2013. 16,7%	-15%	Proporzione di istituti scolastici che hanno regolamentato il consumo di alcol		2013: 30,7%	-15%: 26,1%	PASSI
MACRO 1: Ridurre il carico prevenibile ed evitabile di morbosità, mortalità e disabilità delle malattie non trasmissibili	1.7 Aumentare il consumo di frutta e verdura	2	Programma Regionale II "La prevenzione delle malattie croniche non trasmissibili e le azioni a favore dei malati cronici" ---- Programma Regionale IV e V – "Scuola, salute e benessere - Prevenzione delle dipendenze"	1.7.2. Prevalenza di bambini di età 8-9 anni che consumano almeno 2 volte al giorno frutta e/o verdura	Anno 2014: 56,8%	+15%	Proporzione di istituti scolastici che hanno incentivato il consumo di frutta e verdura/ Proporzione di personale alimentarista operante in ambito scolastico formato		Valore baseline: 2014= 52,8	+15%(60,7 %)	Okkio



MACRO 1: Ridurre il carico prevenibile ed evitabile di morbosità, mortalità e disabilità delle malattie non trasmissibili	1.8 Ridurre il consumo eccessivo di sale	2	Programma Regionale IV e V – “Scuola, salute e benessere Prevenzione delle dipendenze” “prevenzione delle dipendenze” ----- MACRO 10: Programma regionale XI - DCA n. 24/2015 Sicurezza Alimentare e Sanità Pubblica Veterinaria	1.8.1 .Prevalenza di soggetti di 3 anni o più che dichiarano di non prestare attenzione alla quantità di sale e/o al consumo di cibi salati	Anno 2012 31,1%	-5%	Proporzione di istituti scolastici che hanno regolamentato il consumo di sale ( recepimento linee guida)/ Proporzione di personale alimentarista operante in ambito scolastico formato		Valore baseline 2012 = 35,3%	-5% (33,5%)	ISTAT
MACRO 1: Ridurre il carico prevenibile ed evitabile di morbosità, mortalità e disabilità delle malattie non trasmissibili	1.9 Aumentare l'attività fisica delle persone	2	Programma Regionale II “La prevenzione delle malattie croniche non trasmissibili e le azioni a favore dei malati cronici” ---- “Programma Regionale IV e V – “Scuola, salute e benessere - Prevenzione delle dipendenze”- prevenzione delle dipendenze”	1.9.1. Prevalenza di soggetti fisicamente attivi	Anno 2013: 33,4%	+30%	Proporzione di istituti scolastici che hanno incrementato l'attività fisica curriculare		Valore baseline 2013 = 31,8%	+30% (41,4%)	PASSI
MACRO 1: Ridurre il carico prevenibile ed evitabile di morbosità, mortalità e disabilità delle malattie non trasmissibili	1.10Aumentare l'offerta di approccio comportamental e o farmacologico per le persone con fattori di rischio per MCNT	2	Programma Regionale II “La prevenzione delle malattie croniche non trasmissibili e le azioni a favore dei malati cronici” ----	1.10.3 Proporzio	Anno 2013: 51,5%	+30%	Colloqui motivazionali effettuati in due scuole pilota		Valore baseline 2013: 25,9%	+30%(33,7 %)	PASSI
				di fumatori che hanno ricevuto da un operatore sanitario il consiglio di smettere	1.10.4 Proporzio	Anno 2013: 51,4%	+30%	Colloqui motivazionali effettuati in due scuole pilota		Valore baseline 2013: 46,7%	+30% (60,7%)
				di persone in eccesso ponderale che hanno ricevuto da un operatore sanitario il consiglio di perdere peso							



			<p>“Programma Regionale IV e V – “Scuola, salute e benessere- Prevenzione delle dipendenze”</p>	<p>1.10.5 Proporzione di consumatori di alcol a rischio che hanno ricevuto da un operatore sanitario il consiglio di ridurre il consumo</p>	<p>Anno 2013: 6,2%</p>	<p>+300%</p>	<p><b>Colloqui motivazionali effettuati in due scuole pilota</b></p>		<p>Valore baseline 2013: 7,9%</p>	<p>+300%(31,6 %)</p>	<p>PASSI</p>
				<p>1.10.6 Proporzione di persone con patologia cronica che hanno ricevuto da un operatore sanitario il consiglio di praticare regolare attività fisica</p>	<p>Anno 2013: 40,9%</p>	<p>+30%</p>	<p><b>Colloqui motivazionali effettuati in due scuole pilota</b></p>		<p>Valore baseline 2013:51,4 %</p>	<p>+30%(66,8 %)</p>	<p>PASSI</p>
<p>MACRO 3: Promuovere il benessere mentale nei bambini, adolescenti e giovani</p>	<p>3.1 Rafforzare le capacità di resilienza e promozione dei processi di empowerment personali e sociali</p>	<p>1</p>	<p>Programma Regionale IV e V “Programma Regionale IV e V – “Scuola, salute e benessere Prevenzione delle dipendenze” i - prevenzione delle dipendenze”</p>	<p>3.1.1 Proporzione di istituti scolastici che aderiscono (con almeno l’80% delle classi) alla progettazione regionale specifica</p>	<p>Ogni Regione individua il proprio valore baseline</p>	<p>Ogni Regione individua il suo standard. Lo standard nazionale è: 100% delle Regioni raggiunge almeno l’80% dello standard individuato dalla Regione stessa (con un minimo del 10% di scuole coinvolte)</p>	<p><b>Proporzione di istituti scolastici che aderiscono (con almeno l’80% delle classi) alla progettazione regionale specifica</b></p>	<p>0</p>	<p>n.a</p>	<p>&gt; o = 10% scuole</p>	<p>USR-ASREM</p>
<p>MACRO 3: Promuovere il benessere mentale nei bambini, adolescenti e giovani</p>	<p>3.2 Identificare tempestivamente i soggetti con problemi emozionali e/o comportamentali e di disagio sociale</p>	<p>1</p>	<p>Programma Regionale IV e V “Programma Regionale IV e V – “Scuola, salute e benessere Prevenzione delle dipendenze”</p>	<p>3.2.1 Proporzione soggetti in età pre-adolescenziale, adolescenziale e giovanile con sintomi psichiatrici e/o DCA presi in carico entro 1 anno dall’insorgenza dei sintomi</p>	<p>Non rilevato</p>	<p>100% Almeno un incontro/ anno in ogni Regione</p>	<p><b>Incontri di sensibilizzazione effettuati</b></p>	<p>0</p>	<p>n.a</p>	<p>Almeno un incontro/ anno</p>	<p>USR-ASREM</p>



MACRO 4: Prevenire le dipendenze (sostanze, comportamenti)	4.1 Aumentare la percezione del rischio e l'empowerment degli individui	1	"Programma Regionale IV e V – "Scuola, salute e benessere - Prevenzione delle dipendenze" - prevenzione delle dipendenze"	4.1.1 Proporzioni di istituti scolastici che aderiscono (con almeno l'80% delle classi) alla progettazione regionale specifica	Ogni Regione individua il proprio valore baseline	Ogni Regione individua il suo standard. Lo standard nazionale è: 100% delle Regioni raggiunge almeno l'80% dello standard individuato dalla Regione stessa (con un minimo del 10% di scuole coinvolte)	<b>Proporzioni di istituti scolastici che aderiscono (con almeno l'80% delle classi) alla progettazione regionale specifica</b>	0	n.a	> o = 10% scuole	USR-ASREM
---	---	---	---	--	---	--	---	---	-----	------------------	-----------



**MACRO 5: PREVENIRE GLI INCIDENTI STRADALI E RIDURRE LA GRAVITA' DEI LORO ESITI  
PROGRAMMA REGIONALE "VI" - DCA N. 24/2015**

**Titolo dell'intervento:**

5.1. - STRADA SICURA.

**Razionale:** Gli incidenti stradali sono un'emergenza sanitaria, ma ancora trascurata, in quanto hanno un rilevante impatto epidemiologico, soprattutto nelle fasce d'età giovanili. In Italia sono la prima causa di morte e di disabilità nella popolazione sotto i 40 anni e il 25% dei ragazzi di età inferiore a 23 anni muore per tale causa. Rappresentano, anche in Europa, uno dei maggiori problemi sanitari, con un bilancio grave in termini di morti, invalidità permanente, anni di vita produttivi persi per morte prematura (< 65 anni) o YPLL (Years of Productive Life Lost), con conseguenti alti costi sociali ed economici.

Si calcola che nel nostro Paese la diminuzione del numero degli incidenti stradali porterebbe ad una riduzione dei costi, stimati in oltre 30 miliardi di euro (2% del Pil).

Nel decennio 2001-2010 si è osservata una importante riduzione degli indici di mortalità legati a incidenti stradali. Riduzione a cui hanno contribuito i migliorati sistemi di sicurezza attivi e passivi, leggi e normative più rigorose, una maggiore efficienza dei Servizi sanitari. Tuttavia, l'incidentalità stradale continua a rappresentare un problema di salute di prioritario interesse: l'incidentalità stradale pesa infatti per circa l'1% sulla mortalità generale, ma continua a rappresentare la principale causa di morte e disabilità tra i giovani.

Nel 2013 nella Regione Molise si sono verificati 507 incidenti che hanno causato la morte di 26 persone e il ferimento di altre 800. Rispetto al 2012 si registra una significativa diminuzione del numero di incidenti (-12,7%) e di feriti (-16,3%), ma un aumento del numero di vittime (+36,8% contro il -9,8% a livello nazionale). Gli incidenti avvenuti nel territorio regionale rappresentano lo 0,3% del totale nazionale, i deceduti lo 0,8% e i feriti lo 0,3%.

Il maggior numero di incidenti, infortuni ed eventi mortali è avvenuto nella provincia di Campobasso (luogo di residenza del 72% circa della popolazione regionale) dove seppure diminuiscono, rispetto al 2012 gli incidenti (-9,3%) e i feriti (-12,4%) aumenta il numero di decessi (+50%).

Province	Anno 2013			Anno 2012			2013 vs 2012%		
	Incidenti	Morti	Feriti	Incidenti	Morti	Feriti	Incidenti	Morti	Feriti
Campobasso	369	18	586	407	12	669	-9,3	50,0	-12,4
Isernia	138	8	214	174	7	287	-20,7	14,3	-25,4
Molise	507	26	800	581	19	956	-12,7	36,8	-16,3
Italia	181.227	3.385	257.421	188.228	3.753	266.864	-3,7	-9,8	-3,5

L'indice di mortalità (numero di morti sul totale degli incidenti) è pari a 5,1 morti ogni 100 incidenti, valore molto superiore a quello medio nazionale (1,9) mentre il numero dei decessi ogni 100 persone infortunate (indice di gravità) è pari a 3,1 in Molise e 1,3 in Italia. Nel 2013 Isernia è la provincia con i valori più alti degli indici di mortalità e di gravità.



I valori più elevati dell'indicatore di incidentalità stradale per 1.000 abitanti si riscontrano lungo le principali arterie stradali: l'autostrada A14 e la Strada Statale 16 Adriatica lungo la costa, la Strada Statale 647 Fondo Valle del Biferno, la Strada Statale 17 Appulo-Sannitica e la Strada Statale 85 Venafrana.

L'impatto sul sistema sanitario si conferma piuttosto rilevante, così come il carico assistenziale; la prevenzione dei comportamenti a rischio rimane un obiettivo prioritario: i fattori comportamentali risultano infatti tra i determinanti principali dell'incidentalità.

In Italia gli incidenti stradali più gravi spesso sono provocati dall'alcol: l'alterato stato psico-fisico conseguente all'assunzione di alcol è responsabile di oltre un terzo della mortalità sulle strade (30-50%) ed è la prima causa di morte per i giovani di età compresa tra i 18 e 24 anni

Le evidenze scientifiche, mostrate da studi epidemiologici relativi al rapporto alcol e guida, mostrano che il rischio aumenta, in modo esponenziale, con la concentrazione di alcol nel sangue (a partire da 50 mg di etanolo/100ml di sangue).

I nuovi dati sui consumi di alcol, presentati all'Istituto Superiore di Sanità, in occasione dell'ultima edizione dell' *Alcohol Prevention Day*, risultano molto interessanti, anche ai fini di dover programmare azioni mirate per arginare il fenomeno, e impongono un approfondimento sul rapporto tra alcol e sicurezza stradale.

In Italia le tendenze più allarmanti, quasi sempre dettate da strategie di marketing, a cui non corrispondono interventi efficaci per contrastarli, risultano:

- a) l'età del primo bicchiere che si abbassa sempre di più
- b) la diffusione del *binge drinking* soprattutto fra giovani,
- c) l'assenza della percezione dell'alcol come fattore di rischio.

Fra i giovani si sono imposti vari fenomeni di consumo quali: *Happy hours*, *pubs crawl*, *drink as much as you can*, il *butellon*, con varie conseguenze provocate dall'abuso di alcol: violenza, bullismo, criminalità e soprattutto gli incidenti stradali.

In diversi comuni è stato necessario da parte dei sindaci adottare ordinanze, che hanno dimostrato di non essere incisive sui comportamenti giovanili.

Qualunque sia la motivazione del fenomeno, i dati sono allarmanti e quindi dovrebbero essere garantite iniziative concrete di prevenzione rivolte ad entrambi i sessi, con corsi di educazione alla sicurezza stradale non solo nelle scuole, ma anche nelle autoscuole e in contesti aggregativi (luoghi del divertimento): pub, discoteche, locali notturni, ecc.

Per diffondere la cultura della sicurezza alla guida è **necessario agire sulla percezione del rischio, attraverso la riduzione di comportamenti a rischio (consumo di alcol, sostanze psicoattive, eccesso di velocità)**. Tale obiettivo potrà essere raggiunto solo **tramite interventi interdisciplinari** che coinvolgano una rete territoriale tra operatori della sanità e *moltiplicatori dell'azione preventiva*, quali *insegnanti delle scuole e delle autoscuole, Forze dell'Ordine, peer educator o peer leader, gestori di locali e di eventi quali sagre, eventi sportivi* etc.

E' necessario considerare la sicurezza stradale un'emergenza della collettività e intraprendere la strada della prevenzione, sia tramite la messa in sicurezza delle strade, ma anche attraverso seri e costanti



investimenti in ricerca epidemiologica alcol-correlata, per costituire e valorizzare *good practice* di riferimento, che possano agire per le generazioni future, auspicabilmente sottratte allo stesso livello di pressioni al bere, come la Legge 125/2001 richiama in termini di diritto all'art. 2.

**Obiettivo Generale:** La finalità del progetto si pone in relazione alle molteplici azioni che verranno messe in campo per **condurre le nuove generazioni verso una completa formazione sui temi della sicurezza stradale.**

Tale progetto si pone l'obiettivo di **condurre il giovane alla consapevolezza che il "cittadino attivo", consapevole e responsabile assume modelli di comportamento basati sulla conoscenza delle regole e delle norme** da rispettare sulla strada ed in tutti gli ambienti di vita.

**L'assunzione di corretti stili di vita** e comportamentali concorrono alla prevenzione di incidenti che possono compromettere il benessere non solo individuale, ma anche collettivo.

L'obiettivo centrale del progetto sarà quello di contribuire alla riduzione della mortalità e degli esiti invalidanti degli infortuni stradali nella popolazione in generale e nei gruppi a maggiore rischio, con particolare attenzione alla prevenzione dei determinanti comportamentali, tra cui uso di alcol, sostanze stupefacenti e psicotrope, eccesso di velocità, mancato o non corretto utilizzo di dispositivi di protezione individuale (uso di casco, cinture e seggiolini per bambini).

A tal fine vanno consolidate le attività avviate e già svolte col Piano Regionale della Prevenzione 2010-2012, con ulteriori azioni mirate alla sorveglianza del problema e alla promozione di comportamenti di guida responsabile, basate sulla costruzione di alleanze con la partecipazione attiva di tutti i soggetti interessati, promuovendo l'integrazione e la collaborazione tra gli operatori della sanità e i moltiplicatori dell'azione preventiva.

### ***Il problema OSAS.***

**La Sindrome delle Apnee Ostruttive nel Sonno** (*Obstructive Sleep Apnea Syndrome, OSAS*) è un disturbo respiratorio del sonno, caratterizzato da ripetuti episodi di parziale o completa ostruzione delle vie aeree superiori che si verificano durante la fase inspiratoria. Questa ostruzione si manifesta come una riduzione (ipopnea) o cessazione completa (apnea) del flusso di aria, con persistenza di movimenti respiratori toraco- diaframmatici.

Tali episodi determinano frammentazione del sonno a cui consegue una sonnolenza diurna inappropriata. L'OSAS, in sostanza, è determinata da crisi di soffocamento durante il sonno non percepiti dal soggetto.

Questa malattia, diagnosticabile e curabile, ha una prevalenza ed un impatto socio-sanitario simile al diabete, con importanti risvolti medico legali e assicurativi.

Nel 2016 dovrebbe entrare in vigore la direttiva europea del primo luglio 2014, n. 2014/85/UE, che tutti gli Stati membri sono obbligati a recepire entro il 31 dicembre 2015, che renderà obbligatori gli interventi diagnostici, terapeutici e di follow-up richiesti per il conseguimento dell'idoneità psico-fisica alla guida per tutti i conducenti di veicoli a motore con sospetta OSAS (Sindrome delle Apnee Ostruttive del Sonno).

Circa il 22% degli incidenti stradali in Italia è causata da problemi di sonnolenza diurna alla guida, prevalentemente originati dall'OSAS; quest'ultima determina un costo di circa di 1 miliardo di euro



l'anno (tra costi diretti ed indiretti) per l'intera comunità".

In Italia sono circa 4.400.000 i soggetti affetti da apnee notturne di cui oltre 2.000.000 quelli in cui la malattia si presenta con sonnolenza diurna; inoltre la patologia si manifesta nella fascia di età maggiormente produttiva ed interessa soprattutto il sesso maschile. tradotto in cifre, in base alle ultime statistiche Istat, si tratta di 40.000 sinistri in Italia e circa 240.000 in tutta l'Unione Europea.

Medici specialisti ed esperti la definiscono una "epidemia silente" dagli effetti poco conosciuti, considerando che l'OSAS non è una malattia causata solo da eccessiva sonnolenza, ma rappresenta anche un fattore di rischio e spesso associata alle principali patologie del mondo occidentale, come obesità, infarto del miocardio, ictus, fibrillazione atriale, sindrome metabolica, disturbi cognitivi e lo stesso diabete; in altri termini le principali cause di mortalità della nostra società (fonte *Ansa.it*, 5 maggio 2015).

Si intende, nell'ambito dello specifico obiettivo regionale «Promozione di comportamenti di guida responsabile, migliorare la conoscenza nella collettività dei rischi correlati alla sindrome delle apnee ostruttive nel sonno e la capacità di diagnosi precoce da parte dei MMG e dei medici competenti.

- **Setting:** Scuola, Autoscuola, ambienti di lavoro, servizi sanitari, luoghi informali di ritrovo nel tempo libero.
  
- **Gruppi d'interesse:**
  - ▶ **Popolazione target del progetto:** giovani e adulti di 15-40 anni;
  
  - ▶ **Destinatari Intermedi/attori:**
    - a) **Osservatorio Epidemiologico, Pronto Soccorso dei tre Presidi Ospedalieri, operatori del SET 118**, per le attività di Sviluppo di un sistema di sorveglianza integrato per il monitoraggio del fenomeno e la possibile definizione di modelli previsionali
    - b) **Operatori sanitari e non della ASReM** (Dipartimento di Prevenzione, referenti per la Promozione della salute e corretti stili di vita, referenti Epidemiologia, Medicina Legale, SERT, Distretti Socio-Sanitari); **Ufficio Scolastico Reritoriale; Insegnanti e istruttori delle Autoscuole; Associazioni di categoria** (autoscuole, gestori di locali pubblici, società sportive, ecc.); **Forze dell'Ordine** (Polizia Locale, Polizia Stradale, Carabinieri), per le attività di Promozione di comportamenti di guida responsabile;
    - c) **SERT, Dipartimenti di Prevenzione, Commissioni Mediche locali, Pronto soccorso, Assessorato ai Trasporti Regionale, Prefettura, Polizia Municipale, Polizia Stradale**, per gli Interventi di prevenzione e contrasto dei comportamenti connessi all'uso di sostanze psicoattive alla guida dei veicoli;
    - d) **Dipartimento di Prevenzione, Ospedali** (Pediatria, Ostetricia), **Distretti Socio-Sanitari, Medici di Medicina Generale, Mass-Media e Organi d'informazione regionali**, **Associazioni interessate** per le attività di documentazione e disseminazione.

- **Governance:**

Si tratta della *governance* complessiva del sistema sanitario regionale che tiene anche conto di tutti gli attori e stakeholder ed esprime il modo con il quale sono sintetizzate, in un approccio complessivo, le esigenze della sua popolazione.



- **Coerenza**

Azioni e obiettivi del Piano Regionale della Prevenzione sono aderenti alla programmazione nazionale e coerenti con le *policy* adottate. Si richiama inoltre a metodologie coerenti tra loro e rispondenti ad evidenze di provata efficacia.

- **Misure per le Diseguaglianze**

L'attività di contrasto alle diseguaglianze avviene attraverso azioni integrate, indirizzate a tutta la popolazione Interessata, indipendentemente dalla condizione sociale, e in particolare alle persone più deboli e svantaggiate, in modo da ridurre le diseguaglianze all'accesso ai servizi che promuovono l'adozione di stili di vita salutari, ma anche per gruppi sociali a rischio per condizioni di fragilità o di disuguaglianza. Condivisione con le sezioni provinciali dell'ACI del programma "Mobilità e Disabili" per favorire il miglioramento della qualità della vita delle persone con disabilità.

- **Trasversalità**

Vengono realizzate attività condivise e trasversali con diversi setting d'intervento: scolastico, sanitario, sociale. La prevenzione degli incidenti stradali richiede un approccio multisetoriale e il coinvolgimento di molte Istituzioni, infatti il progetto prevede una collaborazione tra operatori diversi del Servizio Sanitario Nazionale, a livello regionale, con soggetti esterni al servizio sanitario: Scuole Guida, Forze dell'Ordine, Associazioni di categoria. Il focus su problemi di particolare rilevanza in termini salute pubblica.

Si tratta di una rilevanza valutata come carico di malattia per l'intera popolazione regionale, ma anche in termini di sviluppo per gruppi sociali particolarmente a rischio di fragilità o di disuguaglianza, nonché una rilevanza etica e di coesione sociale.

- a) **Attivazione di tavoli tecnici regionali inter-istituzionali**

Le azioni sopra esposte comportano una promozione di politiche intersettoriali mirate a migliorare la sicurezza delle strade e dei veicoli, integrando così gli interventi che vanno ad agire sui comportamenti con quelli di miglioramento dell'ambiente e della sicurezza stradale basata su interventi strutturali e infrastrutturali.

Dovranno, pertanto, essere attivati tavoli tecnici regionali inter-istituzionali che prevedano il coinvolgimento di Enti non sanitari interessati alle problematiche di ambito: Dipartimento Trasporti della Regione Molise, ACI, Comuni, Polizia Stradale, in modo da dar corpo ad un'azione, anche politica, di advocacy che indirizzi e supporti le iniziative di controllo del rischio di incidenti stradali intervenendo sinergicamente nei rispettivi settori di competenza.

- b) **Attivazione di protocolli di intesa tra ASReM - Regione Molise e Istituzioni non sanitarie**

La ASReM con la Regione Molise dovranno stringere formali rapporti di collaborazione su base convenzionale con Istituzioni non sanitarie, al fine di rendere efficaci le azioni preventive primarie volte alla riduzione di incidenti stradali e delle conseguenze da essi derivanti. La Scuola, i Comuni, la Polizia Stradale, l'ACI, gli Enti preposti alla manutenzione delle strade, a partire dalla semplice segnaletica rivestono un ruolo di primaria importanza nella gestione sinergica della problematica nel rispetto delle diverse competenze di settore.

I rapporti, in tal senso, già esistenti andranno consolidati o riformulati sulla base di un'azione programmatica pluriennale che guardi ad un incrementale coinvolgimento del territorio che miri alla totale copertura senza lasciare zone franche costituenti l'insidia del potenziale rischio.



I protocolli di intesa, in base alle esigenze locali, dovranno essere adottati dalla ASREM e/o dalla Regione entro il 2016.

- **Fattori di rischio/Determinanti**

Alcuni fattori di rischio sono riconducibili a:

- stile di vita: consumo di alcol, sostanze stupefacenti e psicotrope;
- comportamenti scorretti alla guida: velocità eccessiva, distrazione, uso del cellulare, mancanza o non corretto utilizzo di dispositivi di protezione individuale: uso di casco, cinture e seggiolini per bambini.

Alcuni dei principali determinanti sono costituiti da fattori di rischio individuali: età, stato di salute, l'assunzione di farmaci che incidono sul livello di attenzione, dell'equilibrio e dei riflessi.

Ci sono infine altri determinanti che concorrono al verificarsi degli incidenti stradali, le cui cause non dipendono dalla responsabilità del singolo individuo ma attengono, ad esempio, alle caratteristiche delle strade, specie extraurbane, alla sicurezza delle stesse strade e dei veicoli, ma anche a fattori sociali, come le condizioni socio-economiche disagiate, lo stato di immigrato, che sono correlabili ad un minore accesso alle fonti di formazione/informazione relative alla sicurezza sulle strade ed alle misure di prevenzione.

- **Management**

- a) Nuovo approccio nella metodologia di lavoro con importante condivisione con altri organi istituzionali e della società civile, che prevede una integrazione e capacità di operare in maniera multidisciplinare tra le varie figure professionali coinvolte.
- b) Elasticità del progetto, che consente di essere rimodulato e riadattato alle esigenze locali nel corso di realizzazione, in base ai possibili fattori ostativi che si potrebbero incontrare o anche a collaborazioni favorevoli che in fase di disegno del progetto non è possibile prevedere.

- **Rischi**

- a) Scarsa collaborazione da parte dei Pronto soccorso per la grave carenza di personale negli Ospedali.
- b) Mancato invio dei dati da parte delle Forze dell'Ordine, Commissione Medica Locale, per motivi ostativi di varia natura (indagini giudiziarie, legge privacy) ecc.).

**Prove di efficacia/Evidence.**

Favorire il dialogo tra settore sanitario e scolastico per favorire la promozione dell'educazione alla salute "*Promuovere la salute a scuola IUPHE 2010*".

Revisioni sistematiche evidenziano che l'educazione nelle scuole e autoscuole alla cultura della sicurezza stradale contribuisce alla riduzione degli incidenti stradali: "*Vernich et al., 1999*".

La promozione della guida in condizioni psicofisiche idonee è fondamentale per ridurre le conseguenze degli incidenti stradali: *Task Force Community Services CDC, da revisioni sistematiche Cochrane, dal Piano Nazionale per le Linee Guida – "PNGL, dalle ricerche scientifiche dell'European Transport Safety Council"*.

Inoltre, vi sono numerose pubblicazioni scientifiche relative all'efficacia del counseling motivazionale breve da parte degli operatori sanitari ai giovani: "*Alcohol-use disorders: preventing harmful drinking. NICE Public Health Guidance 24. 2010*".

Progetto internazionale EPCA (*European Pedestrian Crossing Assessment*) nell'ambito del "Decennio ONU per la Sicurezza Stradale".



## Attività principali:

**Obiettivo specifico regionale "A":** *Migliorare la descrizione della distribuzione territoriale, della evoluzione temporale e dell'impatto sanitario dell'incidentalità stradale.*

### AZIONI

- Implementazione presso le UO PS di *software* con standard analoghi a quelli del sistema SINIACA per acquisizione dati d'interesse relativi ad incidenti stradali con esiti non mortali;  
Recupero dati da altre fonti utili (Carabinieri, Polizia di Stato, Polizia Municipale, Prefettura, Vigili del Fuoco, Guardia di Finanza, Commissioni mediche locali) "A1"
- Analisi e report "A2".                      RISULTATI ATTESI: Report regionale e produzione modello previsionale.

**Obiettivo specifico regionale "B":** *Promozione di comportamenti di guida responsabile.*

### AZIONI

- **Realizzazione interventi informativi ed educativi** nei contesti scuola, autoscuola, ambienti di lavoro, centri di aggregazione per migliorare la consapevolezza sui rischi della guida sotto l'effetto di alcol e sostanze psicotrope.

#### **Indicatori specifici:**

- Accordo Regione-Ufficio Scolastico Regionale (intersectorialità Macro 3) "B1a";
- n. iniziative implementate a livello regionale "B1b".

- **Sensibilizzazione all'uso dei dispositivi di trattenuta** (c.d."seggolini") sui sedili posteriori;

#### **Indicatori specifici:**

- n. iniziative implementate a livello regionale con la collaborazione UO Pediatria/Ostetricia, Dipartimento di Prevenzione, Forze di Polizia per la sensibilizzazione dei neo-genitori all'uso dei seggolini "B2".

- **Migliorare la conoscenza dei rischi correlati alla sindrome delle apnee ostruttive nel sonno** e la capacità di diagnosi precoce da parte dei MMG e dei medici competenti;

#### **Indicatori specifici:**

- n. eventi ECM realizzati "B3".



**MACRO 5: Prevenire gli incidenti stradali e ridurre la gravità dei loro esiti**

OBIETTIVI CENTRALI		PROGRAMMI REGIONALI CHE COPRONO GLI OBIETTIVI CENTRALI	INDICATORI CENTRALI		BASELINE NAZIONALE	STANDARD NAZIONALE	FONTE DEI DATI	Eventuale definizione Regionale dell'indicatore centrale nel PRP	BASELINE REGIONALE	STANDARD REGIONALE	Fonte dei dati (se diversa da quella nazionale)
5.1	1. Ridurre il numero di decessi per incidente stradale	PROGRAMMA REGIONALE VI - DCA N. 24/2015 MACRO 5: PREVENIRE GLI INCIDENTI STRADALI E RIDURRE LA GRAVITA' DEI LORO ESITI	5.1.1	Tasso di decessi per incidente stradale	Anno 2013: 56,2 /1.000.000 abitanti	-20%	Rilevazione ACI/ Istat		Anno 2013: 83/1.000.000 abitanti	66,4/1.000.000 abitanti	
5.2	2. Ridurre il numero di ricoveri per incidente stradale	PROGRAMMA REGIONALE VI - DCA N. 24/2015 MACRO 5: PREVENIRE GLI INCIDENTI STRADALI E RIDURRE LA GRAVITA' DEI LORO ESITI	5.2.1	Tasso di ricoveri per incidente stradale	Anno 2013: 7,2%	-10%	SDO		Anno 2013: 7,2%	6,4%	SDO (ASREM)
5.3	3. Aumentare i soggetti con comportamenti corretti alla guida	PROGRAMMA REGIONALE IV E V "PROMUOVERE IL BENESSERE MENTALE NEI BAMBINI, ADOLESCENTI E GIOVANI - PREVENZIONE DELLE DIPENDENZE" ----- PROGRAMMA REGIONALE VI - DCA N. 24/2015 MACRO 5: PREVENIRE GLI INCIDENTI STRADALI E RIDURRE LA GRAVITA' DEI LORO ESITI	5.3.1	Proporzione di soggetti che utilizzano i dispositivi di sicurezza per adulti e bambini	Anno 2013: 20,2%	+50%	Sistema di sorveglianza PASSI (anno 2013)		Cinture Posteriori anno 2013: 9,4%	14,1%	
					Anno 2013: 95,3%	100% delle Regioni raggiunge lo standard >95	Sistema di sorveglianza PASSI (anno 2013)		Casco anno 2013: 86,1%		
			5.3.2	Guida sotto effetto dell'alcol (Percentuale di persone che dichiarano di aver guidato un'auto o una moto, negli ultimi 30 giorni, entro un'ora dall'aver bevuto 2 o più unità di bevande alcoliche)	Anno 2013: 8,7%	-30%	Sistema di sorveglianza PASSI (anno 2013)		Anno 2013: 18,8%	13,2%	



## INDICATORI DI PROCESSO

Programma Regionale	Numero obiettivo PNP	Obiettivi centrali PNP 2014-2018	Indicatori di processo	Fonte verifica	Formula calcolo	Baseline regionale (2013)	Valori attesi		
							2016	2017	2018
PROGRAMMA REGIONALE VI - DCA N. 24/2015 MACRO 5: PREVENIRE GLI INCIDENTI STRADALI E RIDURRE LA GRAVITA' DEI LORO ESITI	5.1.	Ridurre il numero di decessi per incidente stradale	5.1.1 Tasso di decessi per incidente stradale	ACI/ISTAT	Rapporto tra il numero dei morti in incidente stradale e la popolazione residente (tasso per 1.000.000 di abitanti). Si considera "decesso da incidente stradale" un decesso che avviene entro 30 giorni dall'incidente	83 per milione di abitanti (Molise)	77 per milione di abitanti (- 5%)	71 per milione di abitanti (- 10%)	<b>66/1.000.000</b> abitanti (-20%)
	5.2	Ridurre il numero di ricoveri per incidente stradale	5.2.1 Tasso dei ricoveri per incidente stradale	SDO	Percentuale ricoveri per incidente stradale sul totale dei ricoveri per traumi ed avvelenamenti	7.2%	6.9% (- 2,5%)	6.7% (-7,5%)	<b>6.4%</b> (-10%)
	5.3	Aumentare i soggetti con comportamenti corretti alla guida	5.3.1.1 Proporzione di soggetti che utilizzano dispositivi di sicurezza per adulti e bambini	PASSI	Prevalenza di persone di età 18-69 anni che viaggiano in auto (in città e fuori), e che, alla domanda sull'uso delle cinture di sicurezza quando stanno sui sedili posteriori, rispondono: "sempre"	9,4%	+ 10%	+ 30%	<b>14,1%</b> (+ 50%)
	5.3	Aumentare i soggetti con comportamenti corretti alla guida	5.3.1.2 Proporzione di soggetti che utilizzano dispositivi di sicurezza per adulti e bambini	PASSI	Prevalenza di persone di età 18-69 anni che viaggiano in moto/motorino e utilizzano casco	86,1%	+ 2%	+ 5%	<b>95%</b> (+ 9%)
	5.3	Aumentare i soggetti con comportamenti corretti alla guida	5.3.2 Guida sotto effetto dell'alcol	PASSI	Percentuale di persone che dichiarano di aver guidato un'auto o una moto, negli ultimi 30 giorni, entro un'ora dall'aver bevuto 2 o più unità di bevande alcoliche	18,8%	- 10%	- 20%	<b>13,2%</b> (-30 %)



INDICATORI DI PROCESSO E "SENTINELLA" PER GLI OBIETTIVI SPECIFICI REGIONALI

Obiettivi Specifici Regionali	Indicatori	Fonte verifica	Formula calcolo	Baseline regionale (2014)	Valori attesi		
					2016	2017	2018
<b>A. Migliorare la descrizione della distribuzione territoriale, della evoluzione temporale e dell'impatto sanitario dell'incidentalità stradale</b>	Report dei risultati	Regione		0	--	1	1
<b>B. Promozione di comportamenti di guida responsabile</b>	Protocollo ASReM/Regione-USR	Regione	n. protocolli sottoscritti	0	1	--	--
	Interventi educativi/formativi (con skateholders) Indicatore SENTINELLA	Regione	n. scuole dove sono stati svolti interventi formativi / totale scuole regionali aderenti (cfr. Programma Reg.le IV SCUOLA)	0	--	20%	30%
	Interventi educativi/formativi	Regione	N. Autoscuole in cui è stata fatta formazione/Totale autoscuole coinvolte	0	--	30%	50%
	Campagne informative a livello regionale e interventi di sensibilizzazione per promuovere l'uso dei dispositivi di trattenuta (target "sentinella": neogenitori) Indicatore SENTINELLA	Regione	n. neogenitori raggiunti/totale bambini cui sono somministrate le vaccinazioni obbligatorie entro il 1° anno di vita x 100	0	Produzione materiale informativo (opuscoli, locandine, articoli multimediali)	Campagna informativa 30% neogenitori (suddivisa per Distretto Sanitario di residenza)	Campagna informativa 50% neogenitori (suddivisa per Distretto Sanitario di residenza)
	Corsi ECM Regionali autorizzati da ASReM per MMG/Medici competenti su OSAS Indicatore SENTINELLA	Regione	1 Corso ECM per provincia	0	--	1	1



### CRONOPROGRAMMA DELLE ATTIVITA'

Obiettivi specifici regionali e Attività	2016				2017				2018			
	I	II	III	IV	I	II	III	IV	I	II	III	IV
<b>A. Migliorare la descrizione della distribuzione territoriale, della evoluzione temporale e dell'impatto sanitario dell'incidentalità stradale</b>												
Implementazione e messa a regime di <i>software</i> presso le UO PS del flusso informativo, integrando con altre fonti: Prefettura, Commissioni mediche locali, Guardia di Finanza, Polizia stradale, Polizia municipale, Vigili del Fuoco - (Migliorare descrizione incidentalità stradale) - A1												
Analisi e Report (Migliorare descrizione incidentalità stradale) - A2												
<b>B. Promozione di comportamenti di guida responsabile</b>												
Protocollo firmato ASREM/Regione – USR , istituzione “Comitato di Regia Regionale – <i>Board scientifico</i> ” - B1a												
Interventi formativi/educativi: Rischi della guida sotto effetto alcol e sostanze psicotrope (modello condiviso con skateholders) - B1b												
Iniziative regionali formative facilitatori/moltiplicatori dell'Azione Preventiva (ASL, Forze di Polizia): scuole, autoscuole, centri aggregazione per promuovere la Sensibilizzazione all'uso di dispositivi di trattenuta - B2												
Corsi ECM per MMG/Medici competenti su OSAS (Migliorare la conoscenza dei rischi correlati alla sindrome delle apnee ostruttive nel sonno) - B3												



**MACRO 6: PREVENIRE GLI INCIDENTI DOMESTICI**  
**PROGRAMMA REGIONALE "VII" - DCA N. 24/2015**

**Titolo dell'intervento: CASA SICURA.**

**Razionale:** Gli incidenti domestici continuano a rappresentare un rilevante problema per la sanità pubblica nella maggior parte dei Paesi industrializzati in termini di morbosità e mortalità; secondo l'OMS costituiscono la prima causa di morte per i bambini, senza tralasciare il notevole impatto psicologico che l'infortunio domestico produce sulla popolazione in ragione della falsa percezione della "casa" quale luogo sicuro per eccellenza.

Il sistema di sorveglianza SINIACA (Sistema Informativo Nazionale sugli Infortuni in Ambienti di Civile Abitazione) presso l'Istituto Superiore di Sanità, istituito ai sensi della L.n. 493/99 rappresenta uno strumento utile per generare informazioni e conoscenze, sulla base delle evidenze epidemiologiche, per la prevenzione degli infortuni domestici e per la promozione della salute dei cittadini; tali informazioni risultano essenziali per raggiungere gli obiettivi stabiliti dalla citata L. n. 493/99 che reca «Norme per la tutela della salute nelle abitazioni e istituzione dell'assicurazione contro gli infortuni domestici», sia per lo sviluppo di Piani nazionali e regionali per la prevenzione ed il contrasto di tale preoccupante fenomeno.

Di seguito alcuni dati regionali, riferiti al biennio 2011-2012, trasmessi all'ISS- SINIACA dalle Unità operative di PS degli Ospedali regionali di Campobasso, Termoli, Larino, Isernia ed Agnone:

FASCIA DI ETA'	MASCHI	FEMMINE
0-14 aa	46	40
15-64 aa	496	631
> 65 aa	361	151

Ambiente di casa	N. incidenti domestici
Cucina	309
Bagno	156
Camera da letto	158
Scale/ballatoi	116
Sala da pranzo/soggiorno	99
Esterni	175

Giorno della settimana	Numero di incidenti domestici
Lunedì	275
Martedì	243
Mercoledì	235
Giovedì	218
Venerdì	248
Sabato	254
Domenica	252

Tipo di lesione	Numero totale	Maschi	Femmine
Contusione, abrasione, stiramento	450	156	294
Ferita, lacerazione, scuoiamento	544	273	271
Frattura chiusa	299	77	222
Frattura aperta	6	1	5
Lussazione, distorsione	205	86	119
Ustione	48	14	34



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.

Sin dal 2006 (PRP 2005-2007) è stato avviato in Regione un importante percorso per la prevenzione degli incidenti domestici che si è tradotto nella creazione di una banca dati/anagrafe degli incidenti domestici e nell'avvio di iniziative mirate di comunicazione e la formazione/educazione sanitaria soprattutto diretta alle età estreme (anziani ultrasessantacinquenni e bambini con età inferiore a 5 anni), che sono quelle percentualmente più a rischio per tale infortuni.

#### OBIETTIVI CENTRALI:

- RIDURRE GLI INCIDENTI DOMESTICI E DEL TEMPO LIBERO;
- AUMENTARE IL LIVELLO DI ATTIVITA' FISICA NEGLI ULTRA 64ENNI;
- AUMENTARE LA CONOSCENZA E LA CONSAPEVOLEZZA DEI RISCHI E DELLE MISURE DI PREVENZIONE ATTUABILI NELLA POPOLAZIONE GENERALE A RISCHIO, NEI GENITORI E NEI CARE GIVER;
- MIGLIORARE LA CONOSCENZA DEL FENOMENO E DELLE AZIONI PREVENTIVE DA PARTE DI OPERATORI SANITARI, MMG, PLS;
- MIGLIORARE LA CONOSCENZA DEL FENOMENO DEGLI AVVELENAMENTI IN AMBIENTE DOMESTICO.

**Gli obiettivi centrali** declinati nell'Accordo 25 marzo 2015 relativo al documento per la valutazione del PNP 2014-2018 verranno perseguiti con altrettanti interventi informati alla logica della intersettorialità che contraddistingue la presente tematica.

#### Evidenze.

Gli studi mirati alla prevenzione degli incidenti domestici tra le persone con meno di 15 anni evidenziano come le campagne di informazione siano efficaci nel ridurre l'incidenza degli infortuni domestici soltanto quando associati alla fornitura di dispositivi per la sicurezza o al counselling rivolto ai genitori da parte di operatori della prevenzione (Pressley 2005, Ytterstad 1995). Tali interventi vedono la loro maggiore efficacia, anche in termini di adozione di corretti comportamenti, quando si costituisce una rete di collaborazione tra il sistema socio-sanitario, della scuola ed i caregivers (Sznajder & Coll. 2003, Posner & Coll. 2004, Kendrick & Coll. 2012, NICE public health guidance 2010).

Vi è evidenza come lo stato socio-economico influisca sull'incidenza degli eventi infortunistici tra i bambini e sull'efficacia degli interventi preventivi messi in atto (Pearson & Coll. 2009, Smithson & Coll. 2009).

Per quanto concerne la popolazione anziana (>65 anni) le ricerche di letteratura hanno evidenziato che il rischio di caduta è più alto nel genere femminile e aumenta al crescere dell'età; numerosi fattori aumentano il rischio di caduta, fra cui: storia di precedenti cadute, paura di cadere, polifarmacoterapie (Hammond T; Epub 2013; Zia, Epub 2014) e assunzione di farmaci particolari (NICE 2004), alterazioni della vista, isolamento sociale, alterazione della mobilità, rischi ambientali domestici (Nice 2004). Diversi studi, inoltre, (West 2004) evidenziano un aumentato rischio di cadute nei soggetti soli, che hanno un basso reddito o una situazione socio-economica svantaggiata o che non svolgono attività sociali (Kelly Age Ageing 2003; West, PublicHealth 2004; Ozcan, BMC Public Health 2005), quadro che peraltro rappresenta molto bene la situazione di vaste aree della nostra regione. Numerosi studi evidenziano l'efficacia di interventi multifattoriali, multidisciplinari e personalizzati nella prevenzione delle cadute ricorrenti nella popolazione



anziana (Nice 2004; Davidson et al 2005), come evidenziato anche all'interno delle linee guida nazionali del 2009 sulla Prevenzione cadute da incidente domestico negli anziani - PNLG 13 ([http://www.salute.gov.it/imgs/C\\_17\\_pubblicazioni\\_975\\_allegato.pdf](http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_975_allegato.pdf)) e nelle linee guida americane pubblicate dal CDC (A CDC Compendium of Effective Fall Interventions: whatworks for community dwellingolder adults; disponibile all'indirizzo:

<http://www.cdc.gov/homeandrecreationalafety/Falls/compendium.html>).

Il percorso preventivo, pertanto, deve perseguire sia le abilità del soggetto, favorendo il miglioramento delle abilità in termini di forza ed equilibrio (Campbell 1997, Barnett 2003, Skelton 2005), che la riduzione/eliminazione dei rischi presenti nelle abitazioni (Close 1999, Cumming 1999, Nikolaus 2003, Campbell 2005), accanto ad una attenta valutazione periodica della terapia assunta, soprattutto fra coloro che prendono 4 o più farmaci (Zia Epub 2014; Nice 2004) e alla promozione di corretti comportamenti (A CDC Compendium of Effective Fall Interventions: whatworks for community dwellingolder adults. disponibile all'indirizzo <http://www.cdc.gov/homeandrecreationalafety/Falls/compendium.html> ). Inoltre, alcuni studi condotti sulla popolazione con meno di 65 anni, hanno evidenziato l'efficacia degli interventi e dei programmi di promozione della sicurezza domestica in diversi strati sociali della popolazione (Timpka, Public Health 2006).

### Sistemi di sorveglianza per programmazione, monitoraggio e valutazione

La programmazione annuale delle attività di competenza dell'ASREM (Dipartimento di Prevenzione, Distretti) è monitorata semestralmente dalla Regione, con valutazione annuale del grado di raggiungimento degli obiettivi. Il sistema di sorveglianza PASSI e il Sistema PASSI d'argento, monitorano i risultati (conoscenze acquisite, percezione del rischio, anche in funzione della situazione sociale. Altre fonti informative sono rappresentate da rilevazioni dirette delle condizioni di rischio all'interno delle abitazioni da parte di operatori dell'assistenza o stakeholder che impiegano le check list CCM, e dal Sistema Informativo Emergenza della Regione. La rilevazione dei ricoveri per avvelenamento viene effettuata in base ai dati dei PS regionali.

<b>TARGET:</b> tutte le fasce di età, con particolare attenzione ai bambini, agli anziani ed ai soggetti con disabilità				
<b>SETTING</b>	Scuola <input type="checkbox"/>	Comunità X	Ambienti sanitari <input type="checkbox"/>	Ambienti di lavoro <input type="checkbox"/>

### ANALISI DEI RISCHI

Il programma si basa su una collaborazione interdisciplinare tra gli operatori del SSR, le Istituzioni, gli stakeholder, i media, le associazioni professionali e di categoria, gli Ordini dei medici, oltre che le Strutture di ricerca. Per il raggiungimento degli obiettivi, sono necessari un maggior coinvolgimento dei medici di medicina generale e dei pediatri di libera scelta ed il mantenimento e consolidamento della collaborazione con i partner e gli stakeholder, fattori che potrebbero rappresentare un elemento di criticità. Inoltre, la riorganizzazione del SSR che si andrà a compiere nel corso dei primi anni del piano potrebbe comportare criticità nelle risorse, intese anche come variazione della rete di collaborazione intraziendale esistente. Inoltre, alcuni obiettivi richiedono la disponibilità di risorse economiche per la produzione/traduzione/stampa di materiale o per l'eventuale ingaggio di testimonial. Potrebbero, ancora, verificarsi differenti livelli di integrazione/collaborazione con i soggetti citati nelle diverse aree territoriali, fatto che comporterebbe possibili disuguaglianze.

\* \* \* \* \*

Nelle tabelle che seguono sono indicati gli Obiettivi specifici regionali in rapporto a quelli centrali nonché gli indicatori di processo e tra questi quelli identificati quali "sentinella" ai sensi del punto 3.4 dell'Allegato "A" dell'Accordo Stato-Regioni del 25 marzo 2015, Rep. 56/CSR.



<b>Macro obiettivo 6. Prevenire gli incidenti domestici</b>					
Obiettivi centrali	Obiettivi specifici	Indicatore di programma da PNP	Valore reg. baseline	Valore PNP 2018	Valore reg. 2018
Ridurre gli incidenti domestici e del tempo libero	Promozione di corretti stili di vita attraverso una rete di collaborazione che coinvolga tutte le strutture aziendali, gli Enti Locali, la scuola e gli stakeholder.	<b>6.1.1.</b> Tasso annuale di incidenza degli incidenti domestici seguiti da ricovero per fasce d'età e genere.	2014 Stima del tasso grezzo di incidenti domestici seguiti da ricovero: 166,34/100.000 abitanti	Fermare il trend in ascesa	Fermare il trend in ascesa
Aumentare la conoscenza e la consapevolezza dei rischi e delle misure di prevenzione attuabili nella popolazione generale e a rischio, nei genitori e nei caregiver.	Promozione della cultura della sicurezza nella popolazione fragile.  Informazione di caregiver e collaboratori familiari, con particolare attenzione alle categorie a maggior rischio, sulla polifarmacoterapia e sull'interazione fra alcol e farmaci.	<b>6.3.2</b> Misurazione della percezione del rischio PASSI – PASSI d'Argento entro 5 anni	2013 Il 19,9% (IC 95% 16,1-26,4) degli intervistati PASSI della regione Molise ritiene alto o molto alto il rischio di incidente domestico	+ 30%	Atteso PASSI 26%
Migliorare la conoscenza del fenomeno e delle azioni di prevenzione da parte degli operatori sanitari, MMG e PLS	Formazione sull'uso dei farmaci in sicurezza per operatori sanitari, MMG e PLS	<b>6.3.1</b> Adeguamento del sistema di sorveglianza entro 2 anni  <b>6.4.1</b> Proporzione di persone che hanno ricevuto informazioni dagli operatori sanitari (PASSI – PASSI d'Argento entro 5 anni)	2013 Il 13% degli intervistati PASSI del Molise ha dichiarato di aver avuto informazioni su come prevenire gli infortuni in casa  2013 Il 17% degli intervistati PASSI d'Argento ha dichiarato di aver avuto informazioni su come evitare cadute	+ 100%	Atteso PASSI 26%  Atteso PASSI d'Argento 34%



Migliorare la conoscenza del fenomeno degli avvelenamenti in ambiente domestico	Consolidamento del sistema informatizzato di rilevazione e monitoraggio nei PS regionali	<b>6.5.1</b> Potenziamento dei flussi informativi strutturati per la conoscenza degli avvelenamenti in ambiente domestico	Non disponibile il dato puntuale	100% produzione di un report in tutte le regioni	Disponibilità report regionale annuale
---	--	---	----------------------------------	--	--

Obiettivo specifico	Indicatori	Fonte di verifica	Valore di partenza	Valori attesi			
				2015	2016	2017	2018
Promozione di corretti stili di vita attraverso una rete di collaborazione che coinvolga tutte le strutture aziendali, gli Enti Locali, la Scuola e gli stakeholder.	Numero di iniziative di informazione/sensibilizzazione	Atti	Non rilevato			1	2
<b>R</b> Attivare/consolidare a livello regionale la collaborazione <b>I</b> tra le istituzioni, le associazioni di categoria, i portatori di <b>S</b> interesse e i media. <b>U</b> Attività di informazione nei confronti dei caregivers e della <b>L</b> popolazione. <b>T</b> Realizzazione di strumenti di lavoro per la progettazione <b>A</b> sicura di strutture, impianti ed attrezzature, in particolare <b>T</b> in funzione dei soggetti fragili <b>I</b>	Gruppo di comunicazione  Gruppo per la progettazione  Numero di iniziative di informazione	Atti			1	1	1
<b>A</b> Costituzione gruppo di comunicazione aperto a tutte le <b>Z</b> componenti della società mirato all'implementazione della <b>I</b> rete informativa. <b>O</b> Attività di informazione e sensibilizzazione in <b>N</b> collaborazione con il gruppo <b>I</b> Costituzione di un gruppo interaziendale con esperti, associazioni, ONLUS, UNIMOL, media ed imprenditoria mirato a produrre un documento di indirizzo							

#### CRONOPROGRAMMA (per semestre)

Azioni	2015	2016	2017	2018
Costituzione gruppo interistituzionale con gli stakeholder		x		
Attività di informazione e sensibilizzazione in collaborazione con il gruppo			x	x
Costituzione di un gruppo interaziendale con esperti per la realizzazione di un documento di indirizzo		x		
Realizzazione del documento di indirizzo				x



Obiettivo specifico	Indicatori	Fonte di verifica	Valore di partenza	Valori attesi			
				2015	2016	2017	2018
Promozione della cultura della sicurezza abitativa nella popolazione fragile	N. di abitazioni valutate su tutto il territorio regionale (valore assoluto)  INDICATORE SENTINELLA	REPORT	Non rilevato		Formazione inizio delle rilevazioni	100 rilevazioni sul territorio di pertinenza ASREM	200 rilevazioni su tutto il territorio di competenza ASREM
<b>R I S U L T A T I</b>	Numero di operatori sanitari formati	Atti				1	
	Numero di scuole coinvolte	Report					1
<b>A Z I O N I</b>	Rilevazione dei rischi in un campione di abitazioni di anziani e soggetti con patologie, attraverso gli operatori dell'assistenza domiciliare, previa formazione degli stessi, mediante l'utilizzo della check list CCM  Collaborazione con la scuola finalizzata a formare gruppi di studenti che, a cascata, formano i loro compagni sulla rilevazione dei rischi nelle proprie abitazioni, mediante l'uso della check list.  Avvio del progetto di educazione alla sicurezza negli ambienti domestici destinato ai bambini fascia 0-7 anni ed alle loro famiglie, previa formazione di un pool di insegnanti e la stampa e distribuzione di un kit specifico, anche in lingue minoritarie.						


**CRONOPROGRAMMA** (per semestre)

Azioni	2015	2016	2017	2018
Impegno dell'ASREM nell'attività di rilevazione dei rischi nelle abitazioni		x		
Formazione degli operatori dell'assistenza domiciliare		x		
Rilevazione dei rischi e analisi dei risultati			x	x
Diffusione nel gruppo degli stakeholder dell'analisi effettuata			x	x
Formazione a cascata fra gli studenti e diffusione della scheda per la rilevazione dei rischi			x	x
Preparazione del materiale rivolto alla prima infanzia		x		
Formazione degli operatori sanitari			x	
Formazione dei docenti			x	
Redazione del report				x

Obiettivo specifico	Indicatori	Fonte di verifica	Valore di partenza	Valori attesi			
				2015	2016	2017	2018
Formazione sull'uso dei farmaci in sicurezza per operatori sanitari, MMG e PLS	Numero eventi	Registrazione corsi e partecipanti	Non rilevato		1	1	1
<b>R</b> <b>I</b> <b>S</b> <b>U</b> <b>L</b> <b>T</b> <b>A</b> <b>T</b> <b>I</b>	Aumento della conoscenza fra gli operatori sanitari dei rischi di interazione farmacologica legata all'utilizzo contemporaneo di diversi principi attivi nella popolazione anziana e della interazione fra farmaci e alcol.	Report sul monitoraggio	Documenti		1	1	1
<b>A</b> <b>Z</b> <b>I</b> <b>O</b> <b>N</b> <b>I</b>	Organizzazione di corsi per operatori sanitari e dell'assistenza sulle tematiche relative ai rischi di interazione farmacologica in caso di polifarmacoterapia, dell'interazione fra farmaci ed alcol con il coinvolgimento degli Ordini dei Medici, degli Ordini dei Farmacisti, dell'ASREM Monitoraggio regionale prescrizioni farmaceutiche MMG e PLS						


**CRONOPROGRAMMA** (per semestre)

Azioni	2015		2016		2017		2018	
Organizzazione eventi formativi				x				
Monitoraggio regionale delle prescrizioni				x		x		x
Elaborazione report				x		x		x

Obiettivo specifico		Indicatori	Fonte di verifica	Valore di partenza	Valori attesi			
					2015	2016	2017	2018
Informazione popolazione e caregiver sugli interventi per prevenire infortuni e cadute, con particolare attenzione alle categorie a maggior rischio, e sui rischi legati alla polifarmacoterapia e all'interazione fra alcol e farmaci		Produzione di materiale informativo per anziani e caregiver  INDICATORE SENTINELLA					1	2
R I S U L T A T I	Numero di eventi formativi	Registri presenza corsi di formazione operatori sanitari					1	2
	A Z I O N I	Diffusione informazioni per prevenire gli incidenti domestici soprattutto nella popolazione a maggior rischio, anche attraverso i caregiver ed i collaboratori familiari  Diffondere informazioni nella popolazione anziana e nei caregiver dei rischi di interazione fra farmaci ed alcol e dei comportamenti da tenere per ridurre i rischi legati all'assunzione contemporanea di diversi farmaci e medicamenti	Numero di iniziative di informazione per la cittadinanza				1	1
Proseguire con la formazione degli operatori sanitari e dell'assistenza sulle tematiche relative ai rischi degli infortuni domestici, con il coinvolgimento degli Ordini dei Medici, degli Ordini dei Farmacisti, dell'ASREM. Predisposizione di pacchetti informativi rivolti alle persone anziane e dei caregiver e dei familiari sui rischi dell'interazione tra alcol e farmaci e sui comportamenti corretti in caso di assunzione contemporanea di più farmaci, coinvolgendo MMG, media e stakeholder								



**CRONOPROGRAMMA** (per semestre)

Azioni	2015		2016		2017		2018	
Eventi formativi rivolti agli operatori sanitari				x		x		x
Elaborazione di materiale informativo per le persone anziane e sua diffusione						x		x

Obiettivo specifico		Indicatori	Fonte di verifica	Valore di partenza	Valori attesi			
					2015	2016	2017	2018
Consolidamento del sistema informatizzato di rilevazione e monitoraggio nei PS regionali, in accordo con il SINIACA		Report annuale INDICATORE SENTINELLA	Sistema informativo specifico regionale	Sistema informativo in fase di attivazione			1	1
R I S U L T A T I	Implementazione delle informazioni raccolte a livello dei PS con la registrazione degli eventi infortunistici in ambiente domestico in tutte le strutture ospedaliere regionali.							
	A Z I O N I	Registrazione delle informazioni relative ai ricoveri nei PS a seguito di avvelenamento in ambiente domestico.						

**CRONOPROGRAMMA** (per semestre)

Azioni	2015		2016		2017		2018	
Implementazione della corretta codifica degli eventi				x	x	x	x	x
Elaborazione report con i dati del PS in cui la rilevazione è a regime				x		x		x



**MACRO 7: LA PREVENZIONE DEGLI INFORTUNI E DELLE MALATTIE PROFESSIONALI**  
**PROGRAMMA REGIONALE "VIII" - DCA N. 24/2015**

<b>DESCRIZIONE</b>	<p>La programmazione delle attività di prevenzione, con riferimento al mondo del lavoro, deve necessariamente fondarsi su una conoscenza approfondita del contesto produttivo regionale, dell'andamento infortunistico in rapporto a ciascun settore, della mortalità e delle patologie professionali e lavoro correlate.</p> <p>Il numero degli occupati é pari a circa 100 mila unità (anno 2013), di cui il 70% circa risiede nella provincia di Campobasso ed il restante 30% in quella di Isernia; la ripartizione occupazionale tra maschi e femmine é pari, rispettivamente, al 62% e 38%; nel 2012 si é registrata una diminuzione degli occupati nel comparto «Agricoltura» (da 8.000 a 7.000) e quello «Industria» che occupa circa il 28% della popolazione lavorativa regionale; costante, da diversi anni, é l'aumento occupazionale del settore «Servizi» che copre circa il 65% del totale; il dato regionale é tendenzialmente in linea con i valori nazionali.</p> <p>Si é avuto modo di evidenziare nell'ambito delle "Linee programmatiche regionali" per il PRP 2014-2018, approvate con DCA 22 aprile 2015, n. 24 che la significativa flessione degli infortuni denunciati all'INAIL negli ultimi anni con riferimento ai lavoratori molisani deve essere necessariamente compresa e valutata alla luce della grave crisi occupazionale e produttiva degli ultimi anni che, rispetto alla media nazionale, ha inasprito i propri effetti proprio sulle regioni meridionali e, nel Molise, ha interessato prevalentemente l'Industria.</p> <p>Gli infortuni sul lavoro quantunque costantemente in calo, in Italia come nel Molise, continuano a rappresentare un pesante onere per i costi sociali e umani di disabilità e mortalità evitabile, oltre che economici, sanitari ed assicurativi; i dati dell'INAIL riferiti alla popolazione lavorativa assicurata dall'Istituto (circa i 2/3 della popolazione) indicano una progressiva diminuzione degli infortuni denunciati e riconosciuti; tra il 2007 e il 2012 si é verificato un decremento degli infortuni riconosciuti pari al 27% a livello nazionale; nettamente migliore é il dato regionale molisano pari al 34,4% per lo stesso periodo; i dati, sia nazionale che molisano, sono decisamente superiori al 20% fissato come obiettivo UE.</p>
--------------------	---



Il decremento degli infortuni nella Regione Molise interessa quasi esclusivamente quelli che si verificano in ambiente di lavoro ordinario (fabbrica, officina, cantiere, fondo agricolo ecc.) mentre gli infortuni "in itinere" (spostamento casa-lavoro e viceversa) e quelli lavorativi causati da circolazione stradale sono pressoché stabili. Nel 2012, rispetto all'anno precedente, gli infortuni a carico dei lavoratori stranieri (soprattutto rumeni, albanesi e marocchini) sono diminuiti di 16 casi (da 220 a 204); tuttavia, per questi lavoratori il rischio infortunistico resta mediamente più elevato rispetto ai colleghi di nazionalità italiana.

Gli infortuni sovente sono a carico degli arti superiori (la mano é coinvolta in ben 189 eventi denunciati nel 2012) e degli arti inferiori (260 casi nel 2012); molti anche i casi che hanno coinvolto la colonna vertebrale ed il cranio con conseguenze spesso molto gravi. Con riferimento alla natura della lesione, si sono verificate soprattutto lussazioni, fratture e contusioni.

Le malattie professionali denunciate nella Regione Molise nell'anno 2012 per le tre gestioni INAIL sono state 217, in flessione rispetto al dato 2011 che registra 241 MP ed in positiva controtendenza anche rispetto ai dati nazionali sostanzialmente stabili; il decremento riguarda soprattutto il comparto "Agricoltura" (-26%).

La quasi totalità delle tecnopatie denunciate risultano appartenere alla categoria delle malattie muscolo-scheletriche in particolare affezione dei dischi intervertebrali, tendiniti, artrosi e tunnel carpali.

Le ipoacusie e le malattie dell'apparato respiratorio, molto frequenti nel passato, rappresentano attualmente un fenomeno residuale: nel 2012 sono stati denunciati 19 casi di ipoacusia e 6 casi di malattie respiratorie; 2 sono stati i casi di tumore, 6 quelli di malattie cutanee; non sono stati registrati disturbi psichici qualificabili come MP.

L'efficace contrasto agli infortuni e alle patologie lavoro correlate non può prescindere da azioni di promozione e sostegno a tutte le figure previste dal D. Lgs. n. 81/08 (parte datoriale e lavoratori, CRC, RSPP, RSL, RSLT ecc.); il nuovo PNP indica come necessaria ogni iniziativa di sostegno all'efficace funzionamento dei Comitati Regionali di Coordinamento previsti dall'Art. 7 del D. Lgs. n. 81/08 come momento di condivisione e monitoraggio delle azioni strategiche nei singoli territori regionali.

La programmazione regionale con la quale si intende dare attuazione agli obiettivi di P.N.P. 2014-2018 non può prescindere dal perfezionamento dei sistemi di conoscenza dei rischi e dei danni da lavoro; sotto questo profilo,



il presente programma propone quanto segue:

- l'implementazione sul territorio regionale dei sistemi di sorveglianza già attivi, quali i sistemi informativi integrati INAIL-REGIONI che andranno a costituire il Sistema Informativo Nazionale per la Prevenzione (SINP), di cui all'art. 8 del D. Lgs. n. 81/2008 (flussi informativi per la prevenzione nei luoghi di lavoro, INFORMO, MALPROF, dati dei Servizi PSAL);
- l'estensione delle attività del C.O.R. istituito con D.G.R. 3-11-2013, n. 571 alla rilevazione dei casi di sospetta neoplasia professionale previsti dall'art. 244 comma 3 D. Lgs. n. 81/08 (oltre ai mesoteliomi, i casi di neoplasia delle cavità nasali e dei seni paranasali e neoplasie a più bassa frazione eziologica);
- il rafforzamento dei sistemi di monitoraggio dei rischi e delle patologie da lavoro attraverso la raccolta dei dati relativi alla sorveglianza sanitaria espletata dai medici competenti.

OBIETTIVI CENTRALI di tale programma sono:

- 7.1 - Implementare il grado di utilizzo dei sistemi e degli strumenti informativi di cui agli Atti di indirizzo del comitato ex art. 5 D. Lgs. 81/08 approvati mediante accordo di conferenza tra Stato e Regioni;
- 7.2 - Incrementare la collaborazione tra operatori sanitari per favorire l'emersione ed il riconoscimento delle malattie professionali (MP);
- 7.3 - Sostenere il ruolo di RLS/RLST e della bilateralità;
- 7.4 - Promuovere/favorire l'adozione da parte delle imprese di buone prassi e percorsi di Responsabilità sociale;
- 7.5 - Promuovere/favorire programmi di miglioramento del benessere organizzativo nelle aziende;
- 7.6 - Coinvolgere l'istituzione scolastica nello sviluppo delle competenze in materia di salute e sicurezza sul lavoro (SSL) nei futuri lavoratori;
- 7.7 - Promuovere il coordinamento dell'attività di vigilanza e l'approccio di tipo proattivo dei servizi pubblici attraverso l'adozione di piani integrati di prevenzione degli infortuni;
- 7.8 - Migliorare la qualità e l'omogeneità dell'attività di vigilanza anche attraverso l'incremento dell'utilizzo di strumenti di *enforcement* quali l'audit.



<b>SETTING</b>	Ambienti di lavoro, Comunità, Ambienti sanitari
<b>GRUPPI D'INTERESSE</b>	<p><b>Popolazione target del progetto</b></p> <p><b>O.C. 7.1</b> Operatori dei SPSAL, delle DTL, Comandi VV.FF., INAIL, Organizzazioni del lavoro</p> <p><b>O.C. 7.2</b> Lavoratori; Operatori dei SPSAL, LNAI, Medici competenti, Medici di Medicina Generale, Medici Specialisti Ambulatoriali, medici strutture ospedaliere</p> <p><b>O.C. 7.3/7.4</b> Organizzazioni Datoriali, Organizzazioni sindacali dei Lavoratori, datori di lavoro e lavoratori etc.</p> <p><b>O.C. 7.5</b> Operatori dei Servizi PSAL, DL, RLS, RLST, MC, lavoratori</p> <p><b>O.C. 7.6</b> Studenti</p> <p><b>O.C. 7.7</b> Lavoratori dipendenti ed autonomi, Datori di lavoro, operatori dei Servizi PSAL</p> <p><b>O.C. 7.8</b> Lavoratori, operatori dei SPSAL, delle DTL, Comandi VV.FF., INAIL, Organizzazioni Datoriali, Organizzazioni sindacali dei Lavoratori, INAIL</p> <p><b>Attori e portatori di interesse</b></p> <p><b>O.C. 7.1</b> Componenti del Comitato Regionale di Coordinamento ex art.7 D.L.vo 81/08; Regione Assessorato Salute - Assessorato Politiche del Lavoro - Assessorato Agricoltura - Assessorato Attività Produttive, ASREM</p> <p><b>O.C. 7.2</b> Medici SPSAL e INAIL, Università</p> <p><b>O.C. 7.3/7.4</b> Componenti del Comitato Regionale di Coordinamento, INAIL, clienti, utenti, Università</p> <p><b>O.C. 7.5</b> Regione, ASREM, Università</p> <p><b>O.C. 7.6</b> Regione, Ufficio scolastico regionale, dirigenti e docenti scolastici, operatori dei SPSAL, Università</p> <p><b>O.C. 7.7</b> Componenti del CRC ex art. 7 D. Lgs. 81/2008, SPSAL, DTL, INAIL, Organismi bilaterali, Università</p>



<b>O.C. 7.8</b>	Aziende, lavoratori, organizzazioni sindacali e datoriali rappresentative di settori e/o comparti lavorativi, Regione (componenti del CRC), operatori SPSAL, Università
<b>PROVE DI EFFICACIA</b>	Dalla letteratura non emergono prove di efficacia per singole tipologie di intervento ai fini della prevenzione degli infortuni e delle malattie da lavoro. Vi sono indicazioni per l'adozione di interventi multifattoriali e che integrino azioni di informazione, formazione, assistenza e vigilanza mantenute nel tempo. Il programma prevede il mantenimento di interventi integrati, già avviati da vari anni nella Regione, nei comparti dell'edilizia ed agricoltura e recepisce le indicazioni e gli indirizzi contenuti nei Piani Nazionali di comparto e di rischio concordati tra le regioni, consentendo il conseguimento dell'omogeneità di indirizzi e di azioni a livello nazionale.
<b>MISURE PER LE DISUGUAGLIANZE</b>	I comparti di agricoltura ed edilizia ed i rischi (sovraccarico biomeccanico, esposizione a cancerogeni, stress lavoro-correlato) prioritari degli interventi sono quelli caratterizzati da una quota significativa di lavoratori addetti a mansioni poco qualificate e ad alto rischio di irregolarità del rapporto di lavoro, per i quali il rischio di infortuni e malattie professionali risulta più elevato. L'esposizione al rischio di infortuni legato all'uso di macchine e attrezzature e al lavoro in quota interessa circa il 30% della popolazione attiva maschile e l'12% di quella femminile e la frazione attribuibile alle disuguaglianze socioeconomiche è pari al 60% circa in entrambi i gruppi di popolazione. Interventi di prevenzione determinerebbero una notevole riduzione della prevalenza nella popolazione esposta a rischio, nonché a livello della popolazione generale, contribuendo a un impatto importante in termini di riduzione delle disuguaglianze nella Regione. Anche l'esposizione a polveri, gas e agenti cancerogeni è in grado di contribuire in modo significativo alle disuguaglianze: l'esposizione a questi rischi coinvolge circa il 24% della popolazione maschile attiva e il 10% di quella femminile, con un impatto in termini di riduzione della prevalenza dell'11% nella popolazione esposta e del 5% nella popolazione generale. I rischi per la salute da sovraccarico biomeccanico non sono meno importanti, con una prevalenza di esposti del 24% della popolazione attiva maschile e del 16% di quella femminile. Un intervento preventivo porterebbe alla riduzione della prevalenza (pari al 10%) nella popolazione specifica, e di conseguenza anche nella popolazione totale. La tutela della salute e della sicurezza nei luoghi di lavoro, sebbene oggetto, a livello nazionale, di ponderosa



	<p>normazione, si scontra sul piano pratico con numerosi fattori di disuguaglianza, non tutti di immediata percezione; inoltre, l'effettiva tutela del lavoratore può risentire di elementi condizionanti di varia natura, quali la tipologia del rapporto contrattuale, il settore di occupazione, la natura della parte datoriale, l'appartenenza a categorie particolari. L'esperienza dimostra, non solo con riguardo al contesto regionale molisano, che una più alta incidenza di infortuni è legata all'espletamento di mansioni poco qualificate e a rapporti lavorativi a forte discontinuità; certamente, non di secondaria importanza, vi sono anche fattori di tipo culturale.</p>
<b>TRASVERSALITÀ</b>	<p>Il programma ha carattere intersettoriale, coinvolgendo nella realizzazione delle azioni, accanto al Servizio Sanitario, a partire dai Servizi PSAL, tutti gli Enti, le Istituzioni e le Parti sociali che sono rappresentati nel Comitato regionale di Coordinamento ex art. 7 del D.Lgs. n. 81/08, come anche l'Università.</p>
<b>ATTIVITÀ PRINCIPALI</b>  <i><b>O.C. 7.1</b> - Implementare il grado di utilizzo dei sistemi e degli strumenti informativi di cui agli Atti di indirizzo del Comitato ex art.5 D.Lgs 81/08 approvati mediante Accordo di conferenza tra Stato e Regioni</i>  <i><b>O.S.</b> - Migliorare l'utilizzo del Sistema informativo Regionale per la prevenzione nei luoghi di lavoro</i>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Individuazione nel CRC del Gruppo tecnico regionale di lavoro dedicato alle varie fasi di implementazione e coordinamento;</li><li>- Delibera approvazione dell'introduzione del sistema INFORMO;</li><li>- Delibera approvazione dell'introduzione del sistema MALPROF;</li><li>- Formazione di almeno 1 operatore SPSAL per sede (Campobasso, Isernia, Termoli) sull'utilizzo del sistema INFORMO;</li><li>- Formazione di almeno 1 operatore SPSAL per sede (Campobasso, Isernia, Termoli) sull'utilizzo del sistema MALPROF;</li><li>- Introduzione del sistema INFORMO e MALPROF;</li><li>- Implementazione di Linee Guida per la redazione del report da parte del Gruppo tecnico di lavoro;</li><li>- Utilizzo/messa a regime dei sistemi INFORMO e MALPROF nei SPSAL;</li><li>- Elaborazione dei dati e redazione del report regionale;</li><li>- Pubblicazione del report sul sito web Regione Molise;</li><li>- Diffusione del report attraverso incontri con operatori delle istituzioni e associazioni di categoria.</li></ul>



**O.C. 7.2** - Incrementare la collaborazione tra operatori sanitari per favorire l'emersione ed il riconoscimento delle MP

**O.S.** - Implementare e consolidare la rete degli operatori sanitari del Sistema Sanitario Regionale per incrementare l'emersione ed il riconoscimento etiologico delle malattie professionali nei comparti di agricoltura, costruzioni ed a rischio cancerogeno/chimico e sovraccarico muscolo-scheletrico

**O.C. 7.3** - Sostenere il ruolo di RLS/RLST e della bilateralità

**O.S. a)** - Programmazione e promozione in seno al CRC ex art.7 D.Lgs. 81/08 di azioni per il sostegno al ruolo di RLS/RLST e della bilateralità in piccole e microimprese, lavoratori autonomi e dei servizi dei settori produttivi più a rischio;

**O.S. b)** – Adozione di programmazione in seno al CRC di azioni di promozione per il sostegno al ruolo di RLS/RLST e della bilateralità.

**O.C. 7.4** - Promuovere/favorire l'adozione da parte delle imprese di buone prassi e percorsi di Responsabilità sociale

**O.S. a)** - Programmazione in seno al CRC ex art.7 D.Lgs 81/08 di azioni per la promozione della responsabilità sociale d'impresa;

**O.S. b)** – Adozione di programmazione in seno al CRC di azioni per la promozione della responsabilità sociale d'impresa.

- Implementazione di protocolli operativi da parte dei medici dei SPSAL e INAIL sul riconoscimento del nesso di causalità tra patologie e attività lavorativa nell'ambito dei comparti di intervento, ad uso della categoria degli operatori sanitari;
- Incontri informativi/formativi (2 per anno) di cui uno su patologie muscolo-scheletriche ed uno su neoplasie professionali nei comparti agricoltura e costruzioni, svolti in collaborazione con Università e INAIL e diretti ad almeno 60 medici di medicina generale e 30 medici competenti in totale;
- Attuazione di studi epidemiologici *ad hoc* per favorire l'emersione delle malattie professionali, per descrivere la distribuzione di frequenza e formulare ipotesi eziologiche;
- Predisposizione e stesura di un report regionale annuale sulle malattie professionali e formalizzazione/approvazione con atto deliberativo regionale.

- Individuazione nel CRC del Gruppo tecnico di lavoro dedicato alle fasi di programmazione e coordinamento;
- Delibera approvazione di programmazione;
- Adozione del programma;
- Attuazione delle attività previste (4 interventi formativi/informativi).

- Individuazione nel CRC del Gruppo tecnico di lavoro dedicato alle fasi di programmazione e coordinamento;
- Delibera approvazione di programmazione;
- Adozione del programma;
- Attuazione delle attività previste (4 interventi formativi/informativi).



**O.C. 7.5** – *Promuovere/favorire programmi di miglioramento del benessere organizzativo nelle aziende*

**O.S.** *Promuovere e/o favorire programmi di miglioramento del benessere organizzativo nelle aziende e nei settori/comparti considerati maggiormente a rischio*

**O.C. 7.6** - *Coinvolgere l'istituzione scolastica nello sviluppo delle competenze in materia di SSL nei futuri lavoratori*

**O.S.** - *Coinvolgere l'istituzione scolastica regionale (scuole di II grado) nella formazione degli studenti afferenti alle classi dell'ultimo anno*

**O.C. 7.7** - *Promuovere il coordinamento dell'attività di vigilanza e l'approccio di tipo proattivo dei Servizi Pubblici attraverso l'adozione di Piani integrati di prevenzione degli infortuni*

**O.S.** - *Attuazione del Piano regionale di Prevenzione in Edilizia*

- Pianificazione di attività di monitoraggio della valutazione del rischio stress lavoro-correlato (SLC) in aziende di vari settori;
  - Adozione del piano di monitoraggio in un campione di almeno 40 aziende;
  - Pianificazione di 2 corsi informativi/formativi su SLC indirizzati agli operatori SPSAL;
  - Pianificazione/organizzazione di un seminario;
  - Pianificazione di 2 corsi informativi/formativi su SLC indirizzati ai soggetti della prevenzione aziendale;
  - Pianificazione/organizzazione di un seminario.
- 
- Stipula di un accordo tra Regione, Ufficio Scolastico Regionale e Università;
  - Definizione di un programma di formazione sulla salute e sicurezza sul lavoro;
  - Promulgazione di un bando o altro criterio selettivo (es. manifestazione d'interesse all'USR, ecc.) per ottenere l'adesione al corso di formazione degli Istituti scolastici;
  - Avvio della fase realizzativa e suo completamento;
  - Report regionale a conclusione delle attività.
- 
- Approvazione formale con DGR del Piano regionale in Edilizia in armonia con le indicazioni del Piano Nazionale Edilizia;
  - Adozione nel CRC del Piano regionale in Edilizia;
  - Implementazione/realizzazione delle azioni previste dal Piano;
  - Produzione di un report regionale di sintesi.



<p><b>O.S.</b> - <i>Attuazione del Piano regionale di Prevenzione in Agricoltura e Selvicoltura</i></p> <p><b>O.S.</b> - <i>Riduzione degli indici di frequenza infortunistica generale (estesa a tutti i settori produttivi) e degli indici infortunistici gravi dei comparti Agricoltura ed Edilizia</i></p> <p><b>O.C. 7.8</b> - <i>Migliorare la qualità e l'omogeneità dell'attività di vigilanza anche attraverso l'incremento dell'utilizzo di strumenti di enforcement quali l'audit</i></p> <p><b>O.S.</b> - <i>Consolidare la prevenzione delle malattie professionali e lavoro-correlate nei comparti a rischio cancerogeno, da sovraccarico biomeccanico ovvero nei comparti costruzioni e agricolo mediante utilizzo di strumenti di lavoro per espletamento di attività di vigilanza</i></p>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Approvazione formale con DGR del Piano regionale in Agricoltura e Selvicoltura in armonia con le indicazioni del Piano Nazionale Agricoltura;</li><li>- Adozione nel CRC del Piano regionale in Agricoltura e Selvicoltura;</li><li>- Implementazione/realizzazione delle azioni previste dal Piano;</li><li>- Produzione di un report regionale di sintesi.</li></ul> <ul style="list-style-type: none"><li>- Individuazione nel CRC del Gruppo tecnico di lavoro dedicato alle fasi di implementazione degli atti di indirizzo e piani di vigilanza specifici;</li><li>- Delibera regionale di approvazione degli atti di indirizzo regionali;</li><li>- Formazione degli operatori SPSAL attraverso organizzazione/espletamento di un corso specifico;</li><li>- Definizione e progettazione di 2 piani di vigilanza;</li><li>- Espletamento delle attività di vigilanza in un campione di almeno 40 aziende dei vari settori e comparti a rischio.</li></ul>
<p><b>ANALISI DEI RISCHI</b> <b>(criticità e gestione)</b></p>	<p>Numero insufficiente di operatori SPSAL per blocco turn-over imposto dal Piano di rientro dal disavanzo sanitario della Regione Molise e i tempi ancora incerti sul definitivo superamento dell'attuale contingenza emergenziale;</p> <p>Difficoltà di coinvolgimento degli operatori SPSAL e Organi di vigilanza;</p> <p>Carenza di risorse umane ed economiche.</p> <p>Per una gestione ottimale delle azioni da implementare è opportuno demandarne il coordinamento ad uno specifico Gruppo di lavoro, individuato anche attraverso le competenze presenti in seno al CRC e ad altri Enti ed istituzioni del territorio molisano, come l'Università.</p>



## SOSTENIBILITÀ

Il programma nel suo complesso e le singole azioni che lo compongono comportano attività che verranno mantenute nel tempo, prevedendo l'integrazione sistematica delle attività di vigilanza con quelle di informazione, formazione e assistenza (il cui peso verrà ad aumentare).

Le numerose azioni di promozione delle conoscenze e delle competenze sono finalizzate a determinare un miglioramento nel tempo dell'organizzazione e della gestione della prevenzione negli ambienti di lavoro da parte degli attori aziendali.

La sostenibilità della linea di intervento verrà garantita anche attraverso la stipula di protocolli d'intesa ed accordi con Enti e strutture presenti nel territorio molisano, come ad esempio l'Università, che dispongono di adeguato "know how" per lo svolgimento delle attività previste.



INDICATORI DI PROCESSO "SENTINELLA" PER GLI OBIETTIVI SPECIFICI REGIONALI (in grassetto gli INDICATORI "SENTINELLA")

Obiettivo specifico	Indicatori di processo/ sentinella*	Fonte verifica	Modalità in cui è costruito	Valore di partenza	Valori attesi		
					2016	2017	2018
Migliorare l'utilizzo del Sistema informativo Regionale per la prevenzione nei luoghi di lavoro	<b>Introduzione e messa a regime del sistema INFORMO nei SPSAL</b>	Regione (Atti CRC)	Atto formale regionale Dati di utilizzo del sistema	Non rilevato	Approvazione da parte del CRC del sistema INFORMO e del relativo corso di formazione per operatori SPSAL	Sistema introdotto ed operativo nel 33% dei SPSAL regionali	Sistema operativo nel 100% dei SPSAL regionali
	<b>Introduzione e messa a regime del sistema del sistema MALPROF nei SPSAL</b>	Regione (Atti CRC)	Atto formale regionale Dati di utilizzo del sistema	Non rilevato	Approvazione da parte del CRC del sistema MALPROF e del relativo corso di formazione per operatori SPSAL	Sistema introdotto ed operativo nel 33% dei SPSAL regionali	Sistema operativo nel 100% dei SPSAL regionali
	Approvazione da parte del CRC di Linee Guida per la strutturazione di un report regionale	Regione (Atti CRC)	Atto formale regionale	Non rilevato	Produzione di un report regionale annuale relativo al monitoraggio dei rischi e danni da lavoro e dei sistemi informativi introdotti	Report	Report
Implementare e consolidare la rete degli operatori sanitari del Sistema Sanitario Regionale per incrementare l'emersione ed il riconoscimento etiologico delle malattie professionali nei comparti di agricoltura, costruzioni ed a rischio cancerogeno/chimico e sovraccarico muscolo-scheletrico	Pianificazione e organizzazione di corsi di formazione diretti a categorie sanitarie beneficiarie	SPSAL INAIL Università	Atto formale regionale Protocollo d'intesa	Non rilevato	--	2 corsi diretti ad almeno 20 MMG e 10 medici competenti	2 corsi diretti ad almeno 20 MMG e 10 medici competenti
	<b>Incremento del numero di denunce/segnalazioni di malattie professionali del 10% sulla base dei dati relativi all'anno 2012</b>	SPSAL INAIL	Denunce/segnalazioni di malattie professionali pervenute a SPSAL, INAIL	217 denunce/segnalazioni di malattie professionali relative al 2012	-	5% del valore baseline	+10% del valore baseline
	Predisposizione di un report regionale annuale	SPSAL INAIL Regione	Atto formale regionale di approvazione	Report assente	Report	Report	Report



Obiettivo specifico	Indicatori di processo/ sentinella*	Fonte verifica	Modalità in cui è costruito	Valore di partenza	Valori attesi		
					2016	2017	2018
Programmazione e coordinamento in seno al CRC ex art.7 D.Lgs. 81/08 di azioni per il sostegno al ruolo di RLS/RLST e della bilateralità in piccole e microimprese, lavoratori autonomi e dei servizi dei settori produttivi più a rischio	Documento di programmazione di azioni di promozione sul ruolo RLS/RLST	Regione INAIL	Atto formale regionale	Assenza documento programmatico	Documento attuato	Documento attuato	Documento attuato
Programmazione e coordinamento in seno al CRC ex art.7 D.Lgs. 81/08 di azioni per la promozione della responsabilità sociale d'impresa	Documento di programmazione di azioni di promozione della Responsabilità sociale d'impresa	Regione INAIL	Atto formale regionale	Assenza documento programmatico	Documento attuato	Documento attuato	Documento attuato
Adozione di programmazione e coordinamento in seno al CRC di azioni di promozione per il sostegno al ruolo di RLS/RLST e della bilateralità	<b>Numero di interventi formativi/anno</b>	Regione INAIL Università	Atto regionale e implementazione del corso di formazione	Non rilevato	Adozione del programma	2 interventi formativi	2 interventi formativi
Adozione di programmazione e coordinamento in seno al CRC di azioni per la promozione della responsabilità sociale d'impresa	<b>Numero di interventi formativi/anno</b>	Regione INAIL Università	Atto regionale e implementazione del corso di formazione	Non rilevato	Adozione del programma	2 interventi formativi	2 interventi formativi
Promuovere e/o favorire programmi di miglioramento del benessere organizzativo nelle aziende e nei settori/comparti considerati maggiormente a rischio	<b>Numero di aziende monitorate per la valutazione del rischio SLC</b>	Regione	Atto formale regionale Verbali di ispezione	Non rilevato	Adozione del piano	Almeno 20 aziende monitorate	Almeno 20 aziende monitorate



Promuovere e/o favorire programmi di miglioramento del benessere organizzativo nelle aziende e nei settori/comparti considerati maggiormente a rischio	Pianificazione e organizzazione di un programma informativo/formativo su SLC indirizzato agli operatori degli SPSAL	Regione Gruppo tecnico del CRC ASREM Università	Atto formale regionale Report ASREM	Non rilevato	Adozione del programma in seno al CRC	2 incontri informativi formativi diretti a ad almeno l'80% degli operatori	Seminario
	Pianificazione e organizzazione di un programma informativo/formativo su SLC indirizzato ai soggetti della prevenzione aziendale	Regione Gruppo tecnico del CRC ASREM Servizi PSAL Università	Atto formale regionale Report ASREM	Non rilevato	Adozione del programma regionale in seno al CRC	2 incontri informativi formativi diretti ai soggetti coinvolti nella prevenzione aziendali	Seminario

Obiettivo specifico	Indicatori di processo/sentinella*	Fonte verifica	Modalità in cui è costruito	Valore di partenza	Valori attesi		
					2016	2017	2018
Coinvolgere l'istituzione scolastica regionale (scuole di II grado) nella formazione degli studenti afferenti alle classi dell'ultimo anno	Accordo Regione-USR-Università per la definizione del programma formativo e di sviluppo delle competenze in materia di SSL	Regione Università Enti di Formazione USR	Atto formale	0	1	-	-
	<b>Numero di istituti scolastici di II grado coinvolti nel programma formativo</b>	Regione Università Enti di Formazione USR	Accordo Regione-Università-USC	Non presente	-	50% dello standard regionale (da definire in sede di accordo)	100% dello standard regionale (da definire in sede di accordo)
	<b>Numero di classi "target" dell'ultimo anno degli istituti coinvolti</b>	Regione Università Enti di Formazione USR	Accordo Regione-Università-USC	Non presente	-	50% dello standard regionale (da definire in sede di accordo)	100% dello standard regionale (da definire in sede di accordo)
Attuazione del Piano regionale di Prevenzione in Edilizia	Adozione del Piano regionale di prevenzione in Edilizia	Regione SPSAL Università	Atto formale regionale	Non presente	Adozione Piano	Realizzazione delle azioni previste dal piano	Realizzazione delle azioni previste dal piano Report di sintesi



Attuazione del Piano regionale di Prevenzione in Agricoltura e Selvicoltura	Adozione del Piano regionale di prevenzione in Agricoltura	Regione SPSAL Università	Atto formale regionale	Non presente	Adozione Piano	Realizzazione azioni di piano	Realizzazione delle azioni di piano e Report di sintesi
Obiettivo specifico	Indicatori di processo/ sentinella*	Fonte verifica	Modalità in cui è costruito	Valore di partenza	Valori attesi		
					2016	2017	2018
Riduzione degli indici di frequenza infortunistica generale (estesa a tutti i settori produttivi) e degli indici infortunistici gravi dei comparti Agricoltura ed Edilizia	<b>Riduzione dei tassi grezzi degli infortuni definiti positivi per tutti i settori e per i comparti Edilizia e Agricoltura</b>	INAIL	Flussi informativi INAIL - SPSAL	- Tasso grezzo infortuni definiti positivamente per tutti i settori = 18,8‰ (2010-2012) Tasso grezzo infortuni in Edilizia = 26,7‰ Tasso grezzo infortuni in Agricoltura = 14,4‰	-	- 5% del valore baseline	-10% del valore baseline
Consolidare la prevenzione delle malattie professionali e lavoro-correlate nei comparti a rischio cancerogeno, da sovraccarico biomeccanico ovvero comparto costruzioni e agricolo mediante utilizzo di strumenti di lavoro per espletamento di attività di vigilanza	Atti di indirizzo regionali	Regione (atti CRC)	Atto formale regionale	Assenza atti	Ok	-	-
	Organizzazione ed espletamento di corsi di formazione per operatori SPSAL	ASREM Università	Atto formale azienda sanitaria regionale	0	1	1	1
	Definizione, progettazione e adozione di piani di vigilanza	Regione (gruppo tecnico del CRC) ASREM	Atto formale regionale	Assenza di piani	2 piani di vigilanza progettati	Adozione piani	Adozione piani
	<b>Numero di aziende ispezionate/anno</b>	ASREM Servizi PSAL	Numero verbali di ispezione	Non rilevato	0	20 aziende ispezionate	20 aziende ispezionate



PNP							MOLISE				
Macro obiettivo	Obiettivi centrali	n. programmi che coprono gli obiettivi centrali	Programmi che coprono gli obiettivi centrali	Indicatori centrali	Baseline Nazionale	Standard Nazionale	Definizione di indicatore centrale da PRP	Baseline regionale	Baseline regionale dati Cnesps	Standard regionale	Fonte dei dati
Prevenire Infortuni e malattie professionali	Implementare il grado di utilizzo dei sistemi e degli strumenti informativi di cui agli Atti di indirizzo del Comitato ex art.5 D.Lgs. 81/08 approvati mediante accordo di conferenza tra Stato e Regioni	n = 1	VIII	Produzione di report regionale annuale relativo al monitoraggio dei rischi e dei danni da lavoro e dei sistemi informativi attivati			Introduzione e messa a regime del sistema INFORMO nei SPSAL	Non rilevato		Sistema a regime in tutti i SPSAL della Regione	Regione (Atti CRC)
							Introduzione e messa a regime del sistema MALPROF nei SPSAL	Non rilevato		Sistema a regime in tutti i SPSAL della Regione	Regione (Atti CRC)
							Approvazione da parte del CRC di Linee Guida per la strutturazione di un report regionale	Non presente		Produzione di report annuale	Regione (Atti CRC)
	Incrementare la collaborazione tra operatori sanitari per favorire l'emersione ed il riconoscimento delle MP	n = 1	VIII	Emersione del fenomeno tecnopatico misurato mediante l'incremento delle segnalazioni e delle denunce delle malattie lavoro correlate per comparti, o per i rischi, oggetto di intervento con particolare riferimento a: - comparto agricolo forestale			Pianificazione e organizzazione di corsi di formazione diretti a categorie sanitarie beneficiarie	0		2 corsi per anno diretti ad almeno 30 MMG e 30 Medici competenti	SPSAL INAIL Università
Incremento del numero di denunce/segnalazioni di malattie professionali del 10% sulla base di dati relativi all'anno 2012							217 denunce/ segnalazioni di malattie professionali relative al 2012		+10% del valore baseline	SPSAL INAIL	



				- comparto delle costruzioni - rischio cancerogeno e chimico - rischi per apparato muscolo scheletrico			Predisposizione di un report regionale annuale	Report assente		Un report annuale	SPSAL INAIL Regione
Sostenere il ruolo di RLS/RLST e della bilateralità	n = 1	VIII		Adozione di programmazione in seno ai comitati regionali di coordinamento ex art. 7 D. Lgs 81/08 di azioni di promozione per il sostegno al ruolo di RLS/RLST e della bilateralità			Documento di programmazione di azioni di promozione sul ruolo RLS/RLST	Assenza documento programmatico		Documento attuato	Regione INAIL
							Numero di interventi formativi/anno	Non rilevato		Adozione del programma Espletamento di 2 interventi formativi per anno	Regione INAIL Università
Promuovere/favorire l'adozione da parte delle imprese di buone prassi e percorsi di Responsabilità sociale	n = 1	VIII		Adozione di programmazione in seno ai comitati regionali di coordinamento ex art. 7 D.lgs 81/08 di azioni di promozione per la promozione della responsabilità sociale d'impresa			Documento di programmazione di azioni di promozione della Responsabilità sociale d'impresa	Assenza documento programmatico		Documento attuato	Regione INAIL
							Numero di interventi formativi/anno	Non rilevato		Adozione del programma Espletamento di 2 interventi formativi per anno	Regione INAIL Università
Promuovere/favorire programmi di miglioramento del benessere organizzativo nelle aziende	n = 1	VIII		Adozione di programmazione in seno ai comitati regionali di coordinamento ex art. 7 D.lgs 81/08 di azioni di promozione per la			Numero di aziende monitorate per la valutazione del rischio SLC	Non rilevato		Adozione del piano Ispezione di almeno 40 aziende	Regione



				prevenzione dei rischi da incongruenze organizzative			Pianificazione e organizzazione di un programma informativo/formativo su SLC indirizzato agli operatori degli SPSAL	Non rilevato		Adozione del programma regionale 2 incontri informativi formativi Seminario	Regione Gruppo tecnico del CRC ASREM Servizi PSAL Università
						Pianificazione e organizzazione di un programma informativo/formativo su SLC indirizzato ai soggetti della prevenzione aziendale	Non rilevato		Adozione del programma regionale 2 incontri informativi formativi Seminario	Regione Gruppo tecnico del CRC ASREM Servizi PSAL Università	
Coinvolgere l'istruzione scolastica nello sviluppo delle competenze in materia di SSL dei futuri lavoratori	n = 2	VIII IV	Proporzione di istituti scolastici che aderiscono alla progettazione regionale specifica inserita nei programmi integrati di promozione della salute			Accordo Regione- USR- Università per la definizione del programma formativo e di sviluppo delle competenze in materia di SSL	Accordo assente		1 Accordo	Regione Università Enti di Formazione e USR	
						Numero di istituti scolastici di II grado coinvolti nel programma formativo	Non presente		100% dello standard regionale (da definire in sede di accordo)	Regione Università Enti di Formazione e USR	
						Numero di classi "target" dell'ultimo anno degli istituti coinvolti	Non presente		100% dello standard regionale (da definire in sede di accordo)	Regione Università Enti di Formazione e USR	



Promuovere il coordinamento dell'attività di vigilanza e l'approccio di tipo proattivo dei servizi pubblici attraverso l'adozione di piani integrati di prevenzione degli infortuni	n = 1	VIII	Riduzione dei tassi di frequenza infortunistica con particolare riguardo agli infortuni gravi e mortali per comparti o per i rischi oggetto di intervento, con particolare riferimento a: - comparto agricoltura - comparto edilizia			Adozione del Piano regionale di prevenzione in Edilizia	Non presente		Adozione del piano e realizzazione delle attività previste Report di sintesi	Regione SPSAL Università
						Adozione del Piano regionale di prevenzione in Agricoltura e Selvicoltura	Non presente		Adozione del piano e realizzazione delle attività previste Report di sintesi	Regione SPSAL Università
						Riduzione dei tassi grezzi degli infortuni definiti positivi per tutti i settori e per i comparti Edilizia e Agricoltura	- Tasso grezzo infortuni definiti positivamente per tutti i settori = 18,8% (2010-2012) - Tasso grezzo infortuni in Edilizia = 26,7% - Tasso grezzo infortuni in Agricoltura = 14,4%	- 10% del valore baseline	INAIL	
Migliorare la qualità e l'omogeneità dell'attività di vigilanza anche attraverso l'incremento dell'utilizzo di strumenti di <i>enforcement</i> quali l'audit	n = 1	VIII	Adozione di atti di indirizzo finalizzati a garantire uniformità e trasparenza nell'attività di vigilanza e controllo e loro monitoraggio			Atti di indirizzo regionali	Assenza atti		Ok	Regione (atti CRC)
						Organizzazione ed espletamento di corsi di formazione per operatori SPSAL	0		1 corso per anno	ASREM Università
						Definizione, progettazione e adozione di piani di vigilanza	Assenza di piani		Progettazione di 2 piani di vigilanza Adozione piani	Regione (gruppo tecnico del CRC) ASREM
						Numero di aziende ispezionate/anno	Non rilevato		Almeno 40 aziende ispezionate	ASREM Servizi PSAL



## CRONOPROGRAMMA delle attività

Attività principali	2015		2016				2017				2018			
	III	IV	I	II	III	IV	I	II	III	IV	I	II	III	IV
<b>Obiettivo centrale - 7.1</b> Implementare il grado di utilizzo dei sistemi e degli strumenti informativi di cui agli Atti di indirizzo del Comitato ex art.5 D.Lgs.81 approvati mediante accordo di conferenza tra Stato e Regioni														
<b>Obiettivo specifico</b> - Migliorare l'utilizzo del Sistema informativo Regionale per la prevenzione nei luoghi di lavoro														
- Individuazione nel CRC del Gruppo tecnico regionale di lavoro			■	■										
- Delibera approvazione dell'introduzione del sistema INFORMO					■									
- Delibera approvazione dell'introduzione del sistema MALPROF					■									
- Formazione degli operatori SPSAL sull'utilizzo del sistema INFORMO					■	■	■							
- Formazione degli operatori SPSAL sull'utilizzo del sistema MALPROF					■	■	■							
- Introduzione del sistema INFORMO e MALPROF							■	■	■					
- Linee Guida per la redazione del report							■	■	■	■				
- Utilizzo/messa a regime dei sistemi INFORMO e MALPROF nei SPSAL							■	■	■	■	■	■	■	■
- Elaborazione dei dati e redazione del report regionale												■	■	
- Pubblicazione del report sul sito web Regione Molise														■
- Diffusione del report attraverso incontri con operatori delle istituzioni e associazioni di categoria														■



Attività principali	2015		2016				2017				2018			
	III	IV	I	II	III	IV	I	II	III	IV	I	II	III	IV
<p><b>Obiettivo centrale - 7.2</b> Incrementare la collaborazione tra operatori sanitari per favorire l'emersione ed il riconoscimento delle MP</p> <p><b>Obiettivo specifico</b> - Implementare e consolidare la rete degli operatori sanitari del Sistema Sanitario Regionale per incrementare l'emersione ed il riconoscimento etiologico delle malattie professionali nei comparti di agricoltura, costruzioni ed a rischio cancerogeno/chimico e sovraccarico muscolo-scheletrico</p>														
- Implementazione di protocolli operativi da parte dei medici dei SPSAL e INAIL sul riconoscimento del nesso di causalità tra patologie e attività lavorativa nell'ambito dei comparti di intervento, ad uso della categoria degli operatori sanitari														
- Incontri informativi/formativi (2 per anno) di cui uno su patologie muscolo-scheletriche ed uno su neoplasie professionali nei comparti agricoltura e costruzioni, svolti in collaborazione con Università e INAIL e diretti ad almeno 30 medici di medicina generale, e 30 medici competenti														
- Attuazione di studi epidemiologici ad hoc, in collaborazione con l'Università, per favorire l'emersione delle malattie professionali, per descrivere la distribuzione di frequenza e formulare ipotesi eziologiche														
- Predisposizione e stesura di un report regionale annuale sulle malattie professionali e formalizzazione/approvazione con atto deliberativo regionale														

Attività principali	2015		2016				2017				2018			
	III	IV	I	II	III	IV	I	II	III	IV	I	II	III	IV
<p><b>Obiettivo centrale - 7.3</b> Sostenere il ruolo di RLS/RLST e della bilateralità</p> <p><b>Obiettivo specifico</b> - Programmazione e adozione in seno al CRC ex art.7 D.Lgs. 81/08 di azioni di promozione e coordinamento per il sostegno al ruolo della bilateralità e di RLS/RLST in piccole e microimprese, lavoratori autonomi e dei servizi dei settori produttivi più a rischio</p>														
- Individuazione del Gruppo tecnico di lavoro dedicato alle fasi di programmazione														
- Delibera approvazione di programmazione														
- Adozione del programma														
- Attuazione di 2 interventi informativi/formativi														



Attività principali	2015		2016				2017				2018			
	III	IV	I	II	III	IV	I	II	III	IV	I	II	III	IV
<b>Obiettivo centrale - 7.4</b> Promuovere/favorire l'adozione da parte delle imprese di buone prassi e percorsi di Responsabilità sociale  <b>Obiettivo specifico</b> - Programmazione in seno al CRC ex art.7 D.Lgs.81/08 di azioni di promozione e coordinamento per la promozione della responsabilità sociale d'impresa														
- Individuazione del Gruppo tecnico di lavoro dedicato alle fasi di programmazione			■	■										
- Delibera approvazione di programmazione					■									
- Adozione del programma						■	■	■						
- Attuazione di 2 interventi informativi/formativi								■	■	■	■	■	■	■

Attività principali	2015		2016				2017				2018			
	III	IV	I	II	III	IV	I	II	III	IV	I	II	III	IV
<b>Obiettivo centrale - 7.5</b> Promuovere/ favorire programmi di miglioramento del benessere organizzativo nelle aziende  <b>Obiettivo specifico</b> - Promuovere/favorire programmi di miglioramento del benessere organizzativo nelle aziende e nei settori/comparti considerati maggiormente a rischio														
- Pianificazione di attività di monitoraggio della valutazione del rischio stress lavoro-correlato (SLC) in aziende di vari settori			■	■										
- Adozione del piano di monitoraggio di un campione di almeno 40 aziende					■	■	■	■	■	■	■	■		
- Pianificazione e organizzazione di corsi informativi/formativi su SLC							■	■	■	■				
- Pianificazione/organizzazione seminario											■	■	■	



Attività principali	2015		2016				2017				2018			
	III	IV	I	II	III	IV	I	II	III	IV	I	II	III	IV
<b>Obiettivo centrale - 7.6</b> Coinvolgere l'istruzione scolastica nello sviluppo delle competenze in materia di SSL dei futuri lavoratori  <b>Obiettivo specifico</b> - Coinvolgere l'istituzione scolastica regionale (scuole di secondo grado) nella formazione degli studenti afferenti alle classi dell'ultimo anno alle tematiche della salute e sicurezza nei luoghi di lavoro														
- <i>Stipula di un accordo tra Regione, Ufficio Scolastico Regionale e Università</i>														
- <i>Definizione di un programma di formazione sulla salute e sicurezza sul lavoro negli Istituti scolastici</i>														
- <i>Promulgazione di un bando/altro criterio selettivo per ottenere l'adesione al corso di formazione degli Istituti scolastici</i>														
- <i>Avvio della fase realizzativa e suo completamento</i>														
- <i>Report regionale a conclusione delle attività</i>														

Attività principali	2015		2016				2017				2018			
	III	IV	I	II	III	IV	I	II	III	IV	I	II	III	IV
<b>Obiettivo centrale - 7.7</b> Promuovere il coordinamento dell'attività di vigilanza e l'approccio di tipo proattivo dei servizi pubblici attraverso l'adozione di piani integrati di prevenzione degli infortuni  <b>Obiettivo specifico</b> - Attuazione del Piano regionale di Prevenzione in Edilizia														
- <i>Approvazione formale del Piano regionale in Edilizia con DGR in armonia con le indicazioni del Piano Nazionale Edilizia</i>														
- <i>Adozione nel CRC del Piano regionale in Edilizia</i>														
- <i>Implementazione/realizzazione delle azioni previste dal piano</i>														
- <i>Produzione di un report regionale di sintesi</i>														



Attività principali	2015		2016				2017				2018			
	III	IV	I	II	III	IV	I	II	III	IV	I	II	III	IV
<b>Obiettivo centrale - 7.7</b> Promuovere il coordinamento dell'attività di vigilanza e l'approccio di tipo proattivo dei servizi pubblici attraverso l'adozione di piani integrati di prevenzione degli infortuni <b>Obiettivo specifico</b> - Attuazione del Piano regionale di Prevenzione in Agricoltura e Selvicoltura														
- Approvazione formale del Piano regionale in Agricoltura e Selvicoltura con DGR in armonia con le indicazioni del Piano Nazionale Agricoltura														
- Adozione nel CRC del Piano regionale in Agricoltura e Selvicoltura														
- Implementazione/realizzazione delle azioni previste dal piano														
- Produzione di un report regionale di sintesi														

Attività principali	2015		2016				2017				2018			
	III	IV	I	II	III	IV	I	II	III	IV	I	II	III	IV
<b>Obiettivo centrale - 7.8</b> Migliorare la qualità e l'omogeneità dell'attività di vigilanza anche attraverso l'incremento dell'utilizzo di strumenti di <i>enforcement</i> quali l'audit <b>Obiettivo specifico</b> - Consolidare la prevenzione delle malattie professionali e lavoro-correlate nei comparti a rischio cancerogeno, da sovraccarico biomeccanico ovvero nei comparti costruzioni e agricolo mediante utilizzo di strumenti di lavoro per espletamento di attività di vigilanza														
- Individuazione nel CRC del Gruppo tecnico di lavoro dedicato alle fasi di implementazione degli atti di indirizzo e piani specifici di vigilanza														
- Delibera regionale di approvazione degli atti di indirizzo regionali														
- Formazione degli operatori SPSAL attraverso organizzazione/espletamento di un corso														
- Definizione e progettazione di 2 piani di vigilanza														
- Adozione di 2 piani di vigilanza														
- Espletamento delle attività di vigilanza in un campione di almeno 40 aziende dei vari settori e comparti a rischio														



**MACRO 8: RIDURRE LE ESPOSIZIONI AMBIENTALI POTENZIALMENTE DANNOSE PER LA SALUTE**  
**PROGRAMMA REGIONALE "IX" - SALUTE ED AMBIENTE (DCA N. 24/2015)**

Titolo dell'intervento:

**MONITORAGGIO DELLA QUALITÀ DELL'ARIA**

<i>Titolo del Programma</i>	<i>Macro Obiettivo</i>	<i>Obiettivo centrale</i>	<i>Indicatore</i>
"Salute e Ambiente"	MO.8 Ridurre le esposizioni ambientali potenzialmente dannose per la salute	8.1 = Realizzare attività di supporto alle politiche ambientali di miglioramento qualità aria, acqua, suolo secondo il modello della "Salute in tutte le politiche"	8.1.1 = Determinazione di polveri sottili (PM 2,5) e modellizzazione della dispersione degli inquinanti.

**Razionale dell'Intervento:** Com'è noto, la conoscenza della qualità dell'aria, è collocata in una visione integrata, dove le reti di rilevamento rappresentano uno dei tre elementi fondamentali, insieme agli inventari delle emissioni e alla modellazione, dei processi diffusionali e di trasformazione chimica degli inquinanti per una corretta valutazione della qualità dell'aria. L'integrazione delle informazioni che hanno origine dal monitoraggio, dagli inventari di emissione e dai modelli, costituisce l'approccio ottimale alla suddetta valutazione. I tre elementi concorrono in maniera integrata ma differenziata a seconda del livello di inquinamento della zona su cui viene effettuata la valutazione. L'informazione si estende quindi dalle misure provenienti dalle reti di rilevamento, agli inventari delle emissioni e ai dati, compresi quelli meteorologici, necessari all'impiego dei modelli di trasporto, dispersione e trasformazione chimica degli inquinanti.

Nella consapevolezza di quanto detto, saranno avviate una serie di azioni programmatiche che porteranno il Molise a dotarsi di tutti gli strumenti (rete di monitoraggio, inventario emissioni, modellistica) previsti dalla normativa per una corretta valutazione della qualità dell'aria ambiente, nel rispetto dei canoni di efficienza, di efficacia e di economicità.

Si darà inizio, quindi, a campagne di monitoraggio del PM<sub>2,5</sub> in tutto il territorio molisano.

Il Decreto Legislativo n. 155/2010 "Attuazione della direttiva 2008/50/CE relativa alla qualità dell'aria ambiente e per un'aria più pulita in Europa", così come modificato dal Decreto Legislativo n.250/2012, è la normativa cui si deve far riferimento per la corretta gestione della qualità dell'aria.



Le sostanze che sono immesse in atmosfera a seguito delle attività umane possono produrre effetti indesiderati. Tale considerazione è alla base della definizione d'inquinante fornita dall'Agenzia Europea per l'Ambiente: sostanza che, "immessa direttamente (inquinanti primari) o indirettamente nell'aria (inquinanti secondari), può avere effetti nocivi sulla salute umana o sull'ambiente nel suo complesso".

Una sostanza inquinante per l'aria, pertanto, può essere identificata secondo i suoi effetti temporanei o irreversibili, immediati o a lungo termine sull'uomo e sull'ambiente; sul fatto che sia in grado di produrre, reagendo con altri elementi naturali e non dell'atmosfera, sostanze a loro volta nocive.

Le sostanze inquinanti vengono, poi, classificate in base alla loro pericolosità, valutata dal punto di vista tossicologico (uomo) e alla loro aggressività nei confronti dell'ambiente naturale o dei beni materiali.

**Obiettivo Centrale:**

- 8.1 Realizzare attività di supporto alle politiche ambientali di miglioramento qualità aria, acqua, suolo secondo il modello della "Salute in tutte le politiche".
- 8.2 Migliorare la conoscenza del rapporto inquinanti ambientali/salute attraverso:
  - a) il monitoraggio degli inquinanti ambientali cui è esposta la popolazione
  - b) il potenziamento della sorveglianza epidemiologica

**Obiettivi Specifici:**

- a) Rendere disponibili, e aggiornati, i dati di monitoraggio di qualità dell'aria al fine di permetterne la corretta valutazione dell'impatto sulla salute.
- b) Creare, fra gli Enti competenti, una rete che permetta di incrociare i dati ambientali (ARPA Molise) con quelli epidemiologici, sociali, urbanistici, demografici, culturali, allo scopo di valutare, in via preventiva, sia gli impatti sulla salute sia di essere di supporto alle decisioni.

**Attori e portatori d'interesse:** Regione Molise – ARPA Molise – ASReM – UNIMOL.

**Beneficiari:** Le Autorità competenti a rilasciare le autorizzazioni in materia ambientale, le amministrazioni locali e la collettività tutta saranno i beneficiari.

**Fasi di Articolazione:**

**Obiettivo specifico regionale:**

- 1) Avvio del monitoraggio del PM 2,5
- 2) Report di attività della rete di monitoraggio.

**Criticità:**

Risorse umane e finanziarie molto limitate

**Indicatori:**

- *Definizione: numero di campagne di monitoraggio*
- *Fonte: D.Lgs. 155/2010*
- *Tipologia: quantitativo*
- *Valore baseline: non rilevato*
- *Valore atteso: report*



## MACRO 8 - MONITORAGGIO DELLA QUALITÀ DELL'ARIA

Indicatori degli obiettivi centrali e relativi valori regionali							Indicatori di processo					
Macroobiettivo	Obiettivo centrale	Nome indicatore	Tipo	Valore baseline	Standard di riferimento (Variazione attesa)	Obiettivo specifico regionale	Titolo della Linea di Intervento	Nome indicatore	Valore atteso 2016	Valore atteso 2017	Valore atteso 2018	Sorveglianza/ Fonte
8 Ridurre le esposizioni ambientali potenzialmente dannose per la salute.	<p>8.1 Realizzare attività di supporto alle politiche ambientali di miglioramento qualità aria, acqua, suolo secondo il modello della "Salute in tutte le politiche".</p> <p>8.2. Migliorare la conoscenza del rapporto inquinanti ambientali/salute attraverso:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- il monitoraggio degli inquinanti ambientali cui è esposta la popolazione</li> <li>- il potenziamento della sorveglianza epidemiologica</li> </ul>	PM 2,5	Quantitativo	Non rilevato	Valore limite del D.Lgs 155/2010	Avvio monitoraggio PM 2,5	<p>MONITORAGGIO DELLA QUALITÀ DELL'ARIA</p> <p>INDICATORE SENTINELLA</p>	numero campagne di monitoraggio	4 siti anno report	4 siti anno report	4 siti anno report	ARPA Molise



Titolo dell'intervento:

## IL PROBLEMA "AMIANTO" NELLA REGIONE MOLISE

<i>Titolo del Programma</i>	<i>Macro obiettivo</i>	<i>Obiettivo centrale</i>	<i>Indicatore</i>
"Salute e Ambiente"	MO.8 = Ridurre le esposizioni ambientali potenzialmente dannose per la salute	8.2 = Migliorare la conoscenza del rapporto inquinanti ambientali/salute attraverso: il monitoraggio degli inquinanti ambientali cui è sottoposta la popolazione; il potenziamento della sorveglianza epidemiologica.  8.9 = Contribuire alla conoscenza dell'impatto della problematica dell'amianto sulla popolazione	8.1.1 = Aggiornamento censimento/mappatura delle zone della Regione Molise a rischio contaminazione amianto

**Razionale dell'intervento:** La Legge 257 del 1992 ha previsto che le Regioni adottino un piano di protezione, decontaminazione, smaltimento e bonifica per difendere la popolazione dai pericoli derivanti dall'amianto.

L'ARPA Molise negli anni 2004 – 2006 ha curato la "REALIZZAZIONE DELLA MAPPATURA DELLE ZONE DEL TERRITORIO DELLA REGIONE MOLISE INTERESSATE DALLA PRESENZA DI AMIANTO" (L. 23/03/2001 n. 93, D.I. 8/03/2003 n. 101, D.G.R. 26/04/2004 n. 571) realizzandolo secondo le procedure indicate dal D.M. n. 101 del 18 marzo 2003 quale Regolamento di attuazione della legge n. 93 del 23 marzo 2001.

L'intento del lavoro di mappatura, affidato all'ARPA Molise, era quello di mostrare un quadro il più possibile completo della presenza di amianto nel territorio regionale e del suo stato di conservazione, al fine di proteggere la popolazione dagli eventuali rischi legati alla sua esistenza, poiché è un materiale che, può provocare danni alla salute umana, in particolare a carico dell'apparato respiratorio.

A distanza di 10 anni è d'uopo realizzare l'aggiornamento della mappatura prendendo come base il lavoro pubblicato nel 2006, si prevede che l'intervento sia composto preliminarmente da fasi operative quali l'individuazione dei siti con presenza di materiali contenenti amianto e dei depositi abusivi di tale materiale non censiti in passato o di nuova attivazione.



In seguito si procederà al prelievo di campioni ed alle successive analisi di laboratorio al fine di valutare lo stato di conservazione e raccogliere altre informazioni importanti per la caratterizzazione del sito.

Scopo finale di questo intervento sarà informare e sensibilizzare correttamente la popolazione su questo tema.

**Obiettivo Centrale:**

Contribuire alla conoscenza dell'impatto dell'amianto sulla popolazione.

**Obiettivi Specifici:**

- a) Pianificazione di attività di vigilanza e controllo.
- b) Incidenza dei fenomeni di abbandono e smaltimento abusivo di amianto.
- c) Pubblicazione del report aggiornato.

**Attori e portatori d'interesse:**

ASReM, ARPA Molise, Regione Molise, Comuni molisani, imprese che operano nel campo delle bonifiche dell'amianto e popolazione tutta.

**Beneficiari:**

Intera collettività.

**Fasi di Articolazione:**

**Obiettivo specifico regionale:**

- 1) Aggiornamento censimento/mappatura amianto.
- 2) Verifica delle situazioni maggiormente a rischio.
- 3) Restituzione dati alla popolazione tramite convegni e sito internet.

**Criticità:**

- 1. Il notevole costo dello smaltimento e la poca coscienza civica hanno causato il proliferare di fenomeni di abbandono e di smaltimento abusivo che possono essere contrastati esclusivamente con la pianificazione di attività di vigilanza e controllo. Tali attività hanno un costo sia in termini economici sia di personale.
- 2. Risorse umane e finanziarie limitate.



## **Obiettivo specifico regionale:**

### **Indicatori:**

- *Definizione:* Aggiornamento censimento/mappatura esistente.
- *Fonte:* Regione Molise – ARPA Molise.
- *Tipologia:* Qualitativo
- *Valore baseline:* report presente
- *Valore atteso:* Pubblicazione report aggiornamento censimento/mappatura esistente.

## **IL RUOLO DEL C.O.R. (Centro Operativo regionale)**

La sorveglianza e la protezione dall'esposizione ad agenti cancerogeni è un tema di enorme rilievo e costante attualità per la salute e la sicurezza nei luoghi di lavoro.

Lo studio relativo alle implicazioni causali fra esposizione ad agenti cancerogeni negli ambienti di lavoro ed incidenza di neoplasie è uno dei campi nei quali sono state acquisite evidenze scientifiche di assoluto ed indiscusso valore ai fini della tutela della salute e sicurezza dei lavoratori.

L'amianto (o asbesto) è ormai inconfutabilmente annoverato tra gli agenti cancerogeni di maggiore pericolosità sia per le caratteristiche di latenza e patogenesi delle malattie correlate all'esposizione, sia per le ricadute, in termini di contaminazione ambientale, connesse alla sua lavorazione o utilizzo.

La storia economico-produttiva del nostro Paese è stata per decenni contrassegnata dall'uso massivo dell'amianto soprattutto nei settori dell'industria, dell'edilizia e dei trasporti per sue le caratteristiche di notevole resistenza al calore, oltre che per essere materiale altamente isolante e fonoassorbente e per il suo basso costo di lavorazione.

Quantunque l'Italia con la sopra ricordata L. 27 marzo 1992, n. 257 recante «*Norme relative alla cessazione dell'impiego dell'amianto*» abbia vietato l'estrazione, l'importazione, l'esportazione, la commercializzazione e la produzione di amianto, di prodotti di amianto o di prodotti contenenti amianto, avviando, in tal modo, una severa politica di contrasto, di controllo e di prevenzione dei rischi specifici connessi a qualunque utilizzo di detto minerale, restano tuttavia ancora aperte ed estremamente attuali le questioni della bonifica e del risanamento ambientale, della sorveglianza epidemiologica e sanitaria per la prevenzione primaria e secondaria, della tutela dei soggetti ammalati.

L'Italia, con il Decreto Legislativo 15 agosto 1991, n. 277 di «attuazione delle direttive n. 80/1107/CEE, n. 82/605/CEE, n. 83/477/CEE, n. 86/188/CEE e n. 88/642/CEE, in materia di protezione dei lavoratori contro i rischi derivanti da esposizione ad agenti chimici, fisici e biologici durante il lavoro» ha disciplinato la sorveglianza epidemiologica dei tumori di origine professionale.

L'art. 36 del citato decreto ha previsto l'istituzione presso l'ISPESL (oggi INAIL, Settore Ricerca) del Registro nazionale dei casi di asbestosi e di mesotelioma asbesto-correlato, stabilendo l'obbligo per gli organi del Servizio sanitario nazionale, nonché per gli Istituti previdenziali assicurativi pubblici e privati di trasmettere



all'ISPESL copia della documentazione clinica ovvero anatomopatologica riguardante ciascun caso di asbestosi e di mesotelioma asbesto-correlato.

L'art. 7 della legge 30 luglio 2010, n. 122 di conversione con modificazioni del D.L. 78/2010, prevede l'attribuzione all'INAIL delle funzioni già svolte dall'ISPESL, Istituto del quale viene stabilita la contestuale soppressione.

Il rilevante interesse pubblico alla sorveglianza epidemiologica dei casi di mesotelioma storicamente deriva dallo specifico contesto italiano contrassegnato da consumi particolarmente elevati di amianto fino al sopra ricordato bando del 1992 e dalla acquisita consapevolezza che in gran parte dei paesi industrializzati le neoplasie da amianto rappresentano circa il 50% di tutti i tumori professionali.

L'art. 36 comma 3 del D. Lgv. n. 277/91 ha demandato ad un decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri, su proposta dei Ministri del Lavoro e della Sanità la determinazione del modello e della modalità di tenuta del registro, nonché le modalità di trasmissione della documentazione di interesse.

Al decreto attuativo si approda soltanto dopo oltre un decennio e precisamente con decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 10 dicembre 2002, n. 308 recante il «Regolamento per la determinazione del modello e delle modalità di tenuta del registro dei casi di mesotelioma asbesto correlati ai sensi dell'articolo 36, comma 3, del decreto legislativo n. 277 del 1991».

L'art. 1 del DPCM n. 308 istituisce presso l'Istituto superiore per la prevenzione e la sicurezza del lavoro (ISPESL), ora INAIL, il Registro nazionale dei casi di mesotelioma asbesto-correlati (ReNaM).

Il Registro raccoglie le informazioni relative ai casi di mesotelioma della pleura, del peritoneo, del pericardio e della tunica vaginale del testicolo, diagnosticati in Italia, con lo scopo di:

- a) stimare l'incidenza dei casi di mesotelioma in Italia;
- b) raccogliere informazioni sulla pregressa esposizione ad amianto dei casi registrati;
- c) contribuire alla valutazione degli effetti, dell'avvenuto uso industriale, dell'amianto ed al riconoscimento delle fonti di contaminazione;
- d) promuovere progetti di ricerca per la valutazione dell'associazione tra casi di mesotelioma ed esposizione ad amianto.

Il Registro Nazionale dei Mesoteliomi (ReNaM) si struttura come un network ad articolazione regionale.

Ogni Regione provvede, ai sensi dell'art. 2 del DPCM n. 308 cit., ad istituire un proprio Centro operativo (COR) con compiti di identificazione di tutti i casi di mesotelioma incidenti nel territorio regionale e di analisi della storia professionale, residenziale, ambientale dei soggetti ammalati per identificare le modalità di esposizione ad amianto.

Più precisamente, l'art. 3 stabilisce che i COR assolvano i seguenti compiti:



- a) raccolta ed archiviazione delle informazioni su tutti i casi di mesotelioma della pleura, del peritoneo e della tunica vaginale del testicolo, sulla base delle informazioni fornite dalle Strutture sanitarie pubbliche e private;
- b) definizione dei casi dal punto di vista diagnostico;
- c) verifiche di qualità delle diagnosi pervenute;
- d) ricerca ed integrazione dell'informazione sulla pregressa esposizione all'amianto dei casi identificati;
- e) controllo periodico del flusso informativo dei casi di mesotelioma, anche al fine di valutarne la completezza;
- f) all'invio all'ISPESL (INAIL - Settore Ricerca), mediante la scheda di notifica di cui all'allegato 1 del DPCM N. 308/02, delle informazioni relative alla diagnosi ed alle valutazioni dell'esposizione in conformità alle vigenti previsioni normative in materia di trattamento e tutela dei dati personali (D. Lgs. n. 193/2003 smi).

I COR provvedono all'assolvimento dei compiti in conformità a standards definiti e periodicamente aggiornati dall'ISPESL (oggi INAIL, Settore Ricerca), anche con la collaborazione dei COR, attraverso la elaborazione delle apposite linee guida.

Il Decreto legislativo 9 aprile 2008 n. 81, recante il Testo Unico in materia di salute e sicurezza nei luoghi di lavoro, all'art. 244, espressamente stabilisce che l'ISPESL, (INAIL - Settore Ricerca), tramite una rete completa di Centri operativi regionali (COR) realizza sistemi di monitoraggio dei rischi occupazionali da esposizione ad agenti chimici cancerogeni e dei danni alla salute che ne conseguono, anche in applicazione di direttive e regolamenti comunitari.

I medici e le strutture sanitarie pubbliche e private, nonché gli istituti previdenziali ed assicurativi pubblici o privati, che identificano casi di neoplasie da loro ritenute attribuibili ad esposizioni lavorative ad agenti cancerogeni, ne danno segnalazione all'ISPESL (INAIL - Settore Ricerca) tramite i Centri operativi regionali (COR), trasmettendo le informazioni di cui al decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 10 dicembre 2002, n. 308.

Presso l'ISPESL (INAIL - Settore Ricerca) è costituito il Registro nazionale dei casi di neoplasia di sospetta origine professionale, con sezioni rispettivamente dedicate:

- a) ai casi di mesotelioma, sotto la denominazione di Registro nazionale dei mesoteliomi (ReNaM);
- b) ai casi di neoplasie delle cavità nasali e dei seni paranasali, sotto la denominazione di Registro nazionale dei tumori nasali e sinusali (ReNaTuNS);
- c) ai casi di neoplasie a più bassa frazione eziologica riguardo alle quali, tuttavia, sulla base dei sistemi di elaborazione ed analisi dei dati di cui al comma 1, siano stati identificati cluster di casi possibilmente rilevanti ovvero eccessi di incidenza ovvero di mortalità di possibile significatività epidemiologica in rapporto a rischi occupazionali (OCCAM).



Dunque il D. Lgs. n. 81/2008 da un lato conferma le pregresse disposizioni normative concernenti le attività del ReNaM, dall'altro inserisce dette attività all'interno di un più ampio sistema, articolato in sezioni, di registrazione dei tumori di sospetta origine professionale.

Le informazioni acquisite dai COR sono riversate localmente su una piattaforma software predisposta dal ReNaM che consente una gestione uniforme dei dati. Periodicamente e nel rispetto delle norme di salvaguardia della riservatezza, i dati sono trasmessi al Registro nazionale.

Quantunque il COR abbia funzioni di assoluto rilievo come sopra evidenziato, nel IV Rapporto sulle attività del ReNaM, pubblicato dall'INAIL - Settore ricerca nell'ottobre del 2012, si dava atto della mancata attivazione del COR da parte della Regione Molise e Provincia autonoma di Bolzano.

Tuttavia, seppur con notevole ritardo, la Regione Molise, con DGR 3 novembre 2013, n. 571 ha provveduto alla istituzione del Centro Operativo Regionale (COR) ai sensi dell'art. 2 DPCM n. 308/2002, stabilendone la sede presso l'U.O.C. Oncologia del Presidio Ospedaliero "Cardarelli" di Campobasso e demandando alla Direzione Generale ASREM, previa consultazione del Responsabile del COR, ogni atto organizzativo necessario alla implementazione delle attività del Centro e per la trasmissione dei dati regionali al Registro Nazionale dei Mesoteliomi (RENAM).

L'Intesa Stato-Regioni del 13 novembre 2014 sul nuovo Piano Nazionale della Prevenzione 2014-2018 (Rep. n. 156/CSR) indica, quale Macro Obiettivo 8 «Ridurre le esposizioni ambientali potenzialmente dannose per la salute».

Il documento per la valutazione del PNP di cui all'Accordo Stato-Regioni del 25 marzo 2015 (Rep. n. 56) impone alle Regioni, con riferimento all'Obiettivo centrale 9 del Macro 8, di *contribuire alla conoscenza dell'impatto della problematica dell'amianto sulla popolazione* attraverso la «Disponibilità dei dati sugli ex esposti ai C.O.R.» (Indicatore - cod. 8.9.1) e, sul piano operativo, attraverso la produzione di apposito report regionale.



## MACRO 8 - IL PROBLEMA AMIANTO

Indicatori degli obiettivi centrali e relativi valori regionali							Indicatori di processo					
Macroobiettivo	Obiettivo centrale	Nome indicatore	Tipo	Valore di baseline	Standard di riferimento (Variazione attesa)	Obiettivo specifico regionale	Titolo della Linea di Intervento	Nome indicatore	Valore atteso 2016	Valore atteso 2017	Valore atteso 2018	Sorveglianza Fonte
8 RIDURRE LE ESPOSIZIONI AMBIENTALI POTENZIALMENTE DANNOSE PER LA SALUTE.	8.9 Contribuire alla conoscenza dell'impatto della problematica "Amianto" sulla popolazione.	Indice di degrado (ID)	Qualitativo	Report presente	Report aggiornato	Aggiornamento censimento/mappatura regionale	IL PROBLEMA "AMIANTO" NELLA REGIONE MOLISE	Aggiornamento database	Verifica siti	Verifica siti	Verifica siti Pubblicazione report.	ASReM/ARPA Molise/C.O.R.
		Dati sugli ex esposti all'amianto	Quantitativo	n.d	OK	Report del COR sugli ex esposti		Report regionale	OK	OK	OK	



Titolo dell'intervento:

**LA RETE "SALUTE-AMBIENTE" NELLA REGIONE MOLISE.**

<i>Titolo del Programma</i>	<i>Macro obiettivo</i>	<i>Obiettivo centrale</i>	<i>Indicatore</i>
"Salute e Ambiente"	MO.8 = Ridurre le esposizioni ambientali potenzialmente dannose per la salute	8.3 = Sviluppare percorsi e strumenti interdisciplinari per la valutazione preventiva degli impatti sulla salute delle modifiche ambientali.  8.4 = Sviluppare modelli, relazioni interistituzionali per la valutazione degli impatti sulla salute dei fattori inquinanti.	8.3.1 = <i>Atti di indirizzo regionali per la valutazione integrata di impatto sulla salute che comprenda strumenti in supporto sia dei valutatori che dei proponenti</i>  8.4.1 = <i>Atti di indirizzo regionali per la gestione di problematiche (accertate o presunte) sanitarie attribuibili all'inquinamento ambientale</i>

**Razionale dell'Intervento:** L'obiettivo di questa linea d'azione è di dare risposte alla popolazione molisana riguardo alle *problematiche ambientali e il loro impatto sulla salute* coinvolgendo le Istituzioni che sono chiamate ad esprimersi in termine di valutazioni sull'ambiente e di conseguenza sulla salute della popolazione.

Il raggiungimento di tale obiettivo presuppone la conoscenza di quali siano i determinanti ambientali che costituiscono i fattori di pressione sulla popolazione potenzialmente esposta, nonché gli effetti che essi producono o possono produrre sulla salute dei cittadini.

Occorre, quindi, la creazione di un "Gruppo di lavoro" che renda concreto lo scambio di dati tra enti preposti alla sorveglianza ambientale e a quella sanitaria; l'analisi dei danni sulla salute da inquinanti ambientali dovrà essere rivolta alle fasce di popolazione a maggior rischio (bambini, anziani e a chi vive o lavora nelle vicinanze di siti inquinati).

**Obiettivo Centrale:**

*8.3. Sviluppare percorsi e strumenti interdisciplinari per la valutazione preventiva degli impatti sulla salute delle modifiche ambientali.*

*8.4. Sviluppare modelli, relazioni interistituzionali per la valutazione degli impatti sulla salute dei fattori inquinanti.*

**Obiettivi Specifici:**



- a) instaurare/migliorare i rapporti tra gli enti detentori dei dati (ambientali, anagrafici, sanitari etc);
- b) costituire un Gruppo di lavoro che elabori delle linee guida;
- c) effettuare studi epidemiologici al fine di conoscere gli effetti degli inquinanti ambientali sulla salute.

***Attori e portatori d'interesse:***

Regione Molise, ASReM, Registro Tumori Regionale, ARPA Molise, IZS Abruzzo e Molise, Comuni molisani e popolazione tutta.

***Beneficiari:*** Intera collettività.

***Fasi di Articolazione:***

**Obiettivo specifico regionale:**

L'esigenza da affrontare quando si prospetta una situazione accertata o presunta di inquinamento è quella di valutare in tempi rapidi lo stato di salute di coloro che vivono nelle aree interessate da tali fenomeni al fine di attuare tutte le misure di tutela più idonee.

Per una corretta valutazione e gestione delle problematiche sanitarie legate all'inquinamento ambientale occorre l'adozione di linee guida complete ed esaustive.

***Criticità:***

Carenze formative degli operatori e di risorse finanziarie.

Lo sviluppo del programma, finalizzato alla realizzazione della rete Salute-Ambiente, richiede che siano destinate risorse per l'acquisizione delle figure professionali carenti, per la realizzazione di un adeguato percorso di formazione, per l'adeguamento strutturale dei servizi, al fine di fornire le risposte che i cittadini oggi chiedono alla prevenzione.

**indicatore:**

- *Definizione: Elaborazione delle linee guida*
- *Fonte: Regione Molise*
- *Tipologia: qualitativo*
- *Valore baseline: non rilevato*



**MACRO 8 - LA RETE "SALUTE-AMBIENTE" NELLA REGIONE MOLISE.**

Indicatori degli obiettivi centrali e relativi valori regionali						Indicatori di processo						
Macroobiettivo	Obiettivo centrale	Nome indicatore	Tipo	Valore baseline	Standard di riferimento (Variazione attesa)	Obiettivo specifico regionale	Titolo della Linea di Intervento	Nome indicatore	Valore atteso 2016	Valore atteso 2017	Valore atteso 2018	Sorveglianza/ Fonte
8 RIDURRE LE ESPOSIZIONI AMBIENTALI POTENZIALMENTE DANNOSE PER LA SALUTE.	<p><i>8.3. Sviluppare percorsi e strumenti interdisciplinari per la valutazione preventiva degli impatti sulla salute delle modifiche ambientali</i></p> <p><i>8.4. Sviluppare modelli, relazioni interistituzionali per la valutazione degli impatti sulla salute dei fattori inquinanti</i></p>	<p>8.3.1 = Atti di indirizzo regionali per la valutazione integrata di impatto sulla salute che comprenda strumenti in supporto sia dei valutatori che dei proponenti</p> <p>8.4.1 = Atti di indirizzo regionali per la gestione di problematiche (accertate o presunte) sanitarie attribuibili all'inquinamento ambientale</p>	qualitativo	N.D.	Linee guida regionali	Linee guida regionali	LA RETE SALUTE-AMBIENTE NELLA REGIONE MOLISE	Elaborazione delle linee guida	Costituzione gruppo di lavoro interdisciplinare	Elaborazione bozza linee guida	Adozione Formale delle linee guida e loro divulgazione.	REGIONE



Titolo dell'intervento:

## **PERCORSI FORMATIVI ED INFORMATIVI INTEGRATI IN TEMA DI AMBIENTE E SALUTE**

<i>Titolo del Programma</i>	<i>Macro obiettivo</i>	<i>Obiettivo centrale</i>	<i>Indicatore</i>
"Salute e Ambiente"	MO.8 = Ridurre le esposizioni ambientali potenzialmente dannose per la salute	8.5 Sviluppare le conoscenze tra gli operatori della salute e dell'ambiente, MMG e PLS, sui temi di integrazione ambiente-salute, della valutazione di impatto e di danno sanitario e della comunicazione del rischio.  8.6 Comunicare il rischio in modo strutturato e sistematico.	8.5.1 = <i>Definizione di un curriculum formativo;</i>  8.5.2 = <i>Realizzazione di un percorso formativo per i formatori;</i>  8.5.3 <i>Proporzione di operatori che hanno beneficiato di formazione specifica</i>

### **Razionale**

L'ambiente ha un'influenza sullo stato di salute delle persone pertanto le conoscenze scientifiche sul nesso tra ambiente e salute sono fondamentali per le azioni di sanità pubblica.

E' pertanto di primaria necessità garantire specifiche conoscenze sull'integrazione ambiente/salute, sulla valutazione di impatto e di danno sanitario e sulla comunicazione del rischio agli operatori della salute e dell'ambiente, chiamati sempre più frequentemente ad operare un primo screening in materia producendo una risposta istituzionale appropriata.

### **Obiettivo Centrale**

8.5 Sviluppare le conoscenze tra gli operatori della salute e dell'ambiente, MMG e PLS, sui temi di integrazione ambiente-salute, della valutazione di impatto e di danno sanitario e della comunicazione del rischio.

8.6 Comunicare il rischio in modo strutturato e sistematico.

### **Obiettivi Specifici**

Realizzare percorsi formativi e informativi *integrati nell'ambito della tematica del rapporto ambiente-salute con lo scopo di:*



- *promuovere fra gli operatori la conoscenza e la condivisione intersettoriale delle evidenze scientifiche disponibili sull'impatto sanitario dei fattori di rischio ambientali e della normativa di settore, anche attraverso l'opportuna capacità di lettura e disseminazione della reportistica regionale;*
- *acquisire le più aggiornate conoscenze sui meccanismi che governano la percezione del rischio, con particolare riferimento a quello ambientale e sanitario;*
- *costruire efficaci processi e canali di comunicazione, che tengano conto sia della natura dei rischi che delle caratteristiche e dei bisogni dei diversi interlocutori interni ed esterni, con l'obiettivo di fornire un'informazione il più possibile chiara, univoca, strutturata e sistematica;*
- *definire un curriculum formativo per i MMG e PLS sui temi legati al rapporto ambiente-salute.*

### **Attori e portatori di interesse**

- *Operatori di Enti e Istituzioni della Regione che, a vario titolo, siano coinvolti nei processi di istruzione, amministrazione e gestione delle problematiche legate al rapporto ambiente e salute (Regione, UNIMOL, Province, Comuni, ASReM, ARPA Molise, Ordine dei Medici ecc.);*
- *Stakeholders interessati alla gestione delle problematiche ambiente-salute (imprenditori, associazioni di categoria, associazioni sindacali, organi di stampa, ecc.);*
- *Cittadini e loro forme associative.*

### **Beneficiari**

- *Operatori di Enti e Istituzioni della Regione che, a vario titolo, siano coinvolti nei processi di istruzione, amministrazione e gestione delle problematiche legate al rapporto ambiente e salute (Regione, Province, Comuni, ASReM, ARPA Molise, UNIMOL ecc.);*
- *Stakeholders interessati alla gestione delle problematiche ambiente-salute (imprenditori, associazioni di categoria, associazioni sindacali, organi di stampa, ecc.);*
- *Intera collettività..*

### **Criticità:**

Sono essenzialmente individuabili nella mancanza di fondi e di risorse strumentali destinati al sostegno delle azioni previste per la concreta attuazione dei piani di comunicazione annuali, così come nella difficoltà di attuazione di possibili azioni programmate ma non realizzabili direttamente dai partecipanti al progetto perché richiedenti il coinvolgimento di enti o figure esterne (*opinion leaders, testimonial, ecc*).

La sostenibilità del progetto è legata all'individuazione di un gruppo di lavoro regionale composto dai soggetti interessati che, coordinati possibilmente dall'Università del Molise, sulla base delle proprie professionalità, individuano delle esigenze formative in materia ambiente e salute degli operatori dell'ambiente e della sanità. Le azioni di formazione che si attueranno hanno l'intento di



aumentare le conoscenze degli operatori in tali temi e nella loro stretta connessione in modo da rendere le attività dei singoli più efficaci ed efficienti nel rispondere alle esigenze della popolazione, favorendo una maggiore collaborazione tra istituzioni e migliorando la gestione delle patologie legate a problemi ambientali.

**indicatore:**

- *Definizione: definizione di un curriculum formativo*
- *Fonte: Regione Molise*
- *Tipologia: qualitativo*
- *Modalità: Atto formale*
- *Valore baseline: non rilevato*



**MACRO 8 - Percorsi formativi ed informativi integrati in tema di ambiente e salute**

Indicatori degli obiettivi centrali e relativi valori regionali							Indicatori di processo						
Macroobiettivo	Obiettivo centrale	Nome indicatore	Tipo	Valore baseline	Standard di riferimento (Variazione attesa)	Obiettivo specifico regionale	Titolo della Linea di Intervento	Nome indicatore	Valore atteso 2016	Valore atteso 2017	Valore atteso 2018	Sorveglianza/ Fonte	
8 Ridurre le esposizioni ambientali potenzialmente dannose per la salute.	<p><b>8.5</b> <i>Sviluppare le conoscenze tra gli operatori della salute e dell'ambiente, MMG e PLS, sui temi di integrazione ambiente-salute, della valutazione di impatto e di danno sanitario e della comunicazione del rischio</i></p> <p><b>8.6</b> <i>Comunicare il rischio in modo strutturato e sistematico</i></p>	<p>8.5.1 = Definizione di un curriculum formativo;</p> <p>8.5.2 = Realizzazione di un percorso formativo per i formatori;</p> <p>8.5.3 Proporzioni di operatori che hanno beneficiato di formazione specifica</p>	qualitativo	Non rilevato	<p>Definizione di un curriculum formativo (2016)</p> <p>Corsi di formazione (2017)</p> <p>Formazione almeno del 50% degli operatori coinvolti (2018)</p>	Realizzare percorsi formativi e informativi integrati nell'ambito della tematica del rapporto ambiente-salute	<p>PERCORSI FORMATIVI ED INFORMATIVI INTEGRATI IN TEMA DI AMBIENTE E SALUTE</p>	<p>Curriculum formativo</p> <p>Corso formazione per formatori</p> <p>Proporzioni formati</p>	Definizione di un curriculum formativo		Corsi di formazione	Formazione almeno del 50% degli operatori coinvolti	REGIONE



Titolo dell'intervento:

## I CONTROLLI IN BASE AI REGOLAMENTI "REACH" E "CLP"

<i>Titolo del Programma</i>	<i>Macro Obiettivo di pertinenza</i>	<i>Obiettivi centrali</i>	<i>Indicatore</i>
<i>"Salute e Ambiente"</i>	<i>MO.8 = Ridurre le esposizioni ambientali potenzialmente dannose per la salute</i>	<i>8.7 = Realizzare programmi di controllo in materia di REACH/CLP su sostanze chimiche/miscele contenute nei fitosanitari, cosmetici, biocidi, detergenti e sulle sostanze chimiche/miscele, in genere, pericolose per l'uomo e per l'ambiente basati sulla priorità del rischio secondo i criteri europei e sulla categorizzazione dei rischi.</i>	<i>8.7.1 = Indicatori di funzionamento del sistema di segnalazione delle situazioni di non conformità relativamente ai Regolamenti REACH e CLP tra Autorità competenti per il controllo</i>

**Razionale dell'Intervento:** Il Regolamento CE n. 1907/2006 (REACH) ha l'obiettivo di assicurare un elevato livello di protezione della salute umana e dell'ambiente attraverso il miglioramento della conoscenza dei pericoli e dei rischi derivanti da prodotti chimici e prevede vigilanza e controllo non solo per le sostanze pericolose, ma per tutte le sostanze chimiche in quanto tali, come costituenti di miscele o contenute negli articoli.

Il Regolamento CE n. 1272/2008 (CLP) è una revisione ed un aggiornamento del sistema di classificazione ed etichettatura dei prodotti chimici, finora basato sulle direttive 67/548/CEE sulle sostanze pericolose e 1999/45/CE sui preparati pericolosi; il Regolamento CLP riguarda sia le sostanze chimiche sia le miscele (inclusi fitosanitari, cosmetici, biocidi, detergenti) ed ha introdotto cambiamenti di rilievo per i fabbricanti, gli importatori e gli utilizzatori a valle, relativamente alla classificazione di sostanze e miscele con il conseguente aggiornamento delle etichette di pericolo e delle Schede Dati di Sicurezza.

Alla Regione compete l'applicazione e l'implementazione del REACH e del CLP sul territorio, la gestione dei programmi di controllo e la definizione delle attività di vigilanza.

La Regione Molise, rispetto al recepimento dell'Accordo tra il Governo, le Regioni e le Province Autonome di Trento e Bolzano del 29.10.2009, è in ritardo. Inoltre, il personale da impiegare in queste attività, va ancora individuato e successivamente formato.

Entro gennaio 2016 la Regione Molise riceverà l'Accordo tra il Governo, le Regioni e le Province Autonome di Trento e Bolzano del 29.10.2009 concernente il sistema dei controlli ufficiali e relative linee di indirizzo per l'attuazione del Regolamento (CE) n. 1907/2006 concernente la registrazione, la valutazione, l'autorizzazione e la restrizione delle sostanze chimiche (REACH).

Con la stessa delibera si provvederà a individuare:



- a) il Servizio Prevenzione, Veterinaria e Sicurezza Alimentare della Direzione Generale per la Salute quale "Autorità Regionale competente REACH";
- b) l'Agenzia Regionale per la Prevenzione e l'Ambiente della Regione Molise quale struttura territoriale deputata all'attività di controllo analitico conseguente al prelievo di campioni ufficiali necessari all'accertamento dell'osservanza alle norme del Regolamento (CE) 1907/2006 e successive modificazioni ed integrazioni e del Regolamento (CE) 1272/2008 e successive modificazioni ed integrazioni e del regolamento;
- c) l'Azienda Sanitaria Regionale del Molise, attraverso il Dipartimento di Prevenzione, quale struttura deputata ai controlli sulla corretta applicazione dei citati Regolamenti (CE) nn. 1907/2006 e 1272/2008.
- d) un gruppo di coordinamento regionale interdirezionale per l'elaborazione di una proposta di Piano regionale che individui l'ulteriore specificazione delle modalità organizzative ed applicative, nonché le modificazioni e/o integrazioni necessarie a dare piena operatività nel territorio regionale alle indicazioni oggetto dell'Accordo.

Pertanto, vi è la necessità di sviluppare le capacità di vigilanza, controllo ed ispezione, uniformando le procedure di valutazione degli operatori e condividendo le esperienze e le problematiche rinvenute sul territorio.

La realizzazione dei Piani di Controllo costituisce il presupposto conoscitivo per individuare concrete azioni di miglioramento dei protocolli operativo, propone nuove collaborazioni interistituzionali finalizzate allo sviluppo di ispezioni integrate basate su diverse norme di settore (Regolamenti europei relativi a Fitosanitari, Biocidi, Cosmetici e Detergenti) e stimola una programmazione regionale atta a favorire la diffusione dei Regolamenti nei vari comparti produttivi, ad implementarne l'attuazione (miglioramento della compliance) consolidando la consapevolezza degli adempimenti in capo alle imprese o ai vari soggetti coinvolti.

### ***Obiettivo Centrale***

8.7 Realizzare programmi di controllo in materia di REACH/CLP su sostanze chimiche/miscele contenute nei fitosanitari, cosmetici, biocidi, detergenti e sulle sostanze chimiche/miscele, in genere, pericolose per l'uomo e per l'ambiente basati sulla priorità del rischio secondo i criteri europei e sulla categorizzazione dei rischi.

### ***Obiettivo Specifico***

- a) Implementazione della applicazione dei Reg. REACH e CLP nel territorio regionale: vigilanza e controllo tramite Rete regionale e Gruppo Tecnico Regionale REACH.

### ***Attori e portatori di interesse***

Regione, Gruppo Tecnico Regionale REACH, Dipartimenti di Prevenzione dell'ASReM, ARPA Molise, Aziende dei vari comparti produttivi, Servizio Prevenzione, Veterinaria e Sicurezza Alimentare della Regione Molise, Servizio Valutazioni Ambientali della Regione Molise, Competitività dei Sistemi Produttivi, Sviluppo Attività ed Estrattive e Politiche della Concorrenza della Regione Molise



## **Beneficiari**

Popolazione generale, Associazione dei Consumatori, Lavoratori, Datori di Lavoro e loro rappresentanze.

## **Fasi di Articolazione**

### **- Obiettivo specifico regionale "a":**

Si prevede l'implementazione dell'applicazione dei Regolamenti REACH e CLP nel Territorio regionale in primis con la stesura di un Piano Regionale di Controlli (PRC) annuale sulla base del quale saranno programmate le attività di vigilanza e controllo che verranno espletate sia dagli Operatori della Rete Regionale di Vigilanza per quanto di competenza, sia dal Gruppo Tecnico REACH e CLP della Regione Molise.

## **Criticità**

Eventuale carenza di personale da formare sulle tematiche specifiche.

INDICATORI:

**Indicatore di Obiettivo Centrale:** 8.7.1

**Standard di riferimento regionale:** PRC con definizione sistema di indicatori regionali

**Valore Baseline regionale:** non rilevato

### **Indicatore di Obiettivo Specifico:**

- *Definizione: Attività di Vigilanza come da PRC*
- *Fonte: Regione*
- *Tipologia: Quantitativo (numero ispezioni effettuate/numero ispezioni richieste PRC)*
- *Valore baseline: non rilevato*



## MACRO 8 - I CONTROLLI IN BASE AI REGOLAMENTI "REACH" E "CLP"

Vigilanza e controllo sul territorio regionale in materia di REACH e CLP su sostanze/miscele contenute nei fitosanitari, cosmetici, biocidi, detergenti e sulle sostanze chimiche/miscele, in genere, pericolose per l'uomo e per l'ambiente

Indicatori degli obiettivi centrali e relativi valori regionali						Indicatori di processo						
Macroobiettivo	Obiettivo centrale	Nome indicatore	Tipo	Valore baseline	Standard di riferimento (Variazione attesa)	Obiettivo specifico regionale	Titolo della Linea di Intervento	Nome indicatore	Valore atteso 2016	Valore atteso 2017	Valore atteso 2018	Sorveglianza Fonte
RIDURRE LE ESPOSIZIONI AMBIENTALI POTENZIALMENTE DANNOSE PER LA SALUTE	8.7 Realizzare programmi di controllo in materia di REACH/CLP su sostanze chimiche/miscele contenute nei fitosanitari, cosmetici, biocidi, detergenti e sulle sostanze chimiche/miscele in genere, pericolose per l'uomo e per l'ambiente basati sulla priorità del rischio secondo i criteri europei e sulla categorizzazione dei rischi	Indicatori di funzionamento del sistema di segnalazione delle situazioni di non conformità relativamente ai Regolamenti REACH e CLP tra Autorità competenti per il controllo	Qualitativo	Non rilevato	Esistenza di un sistema di indicatori regionali	Implementazione e della applicazione dei Reg. REACH e CLP nel territorio regionale: Vigilanza e controllo tramite Rete regionale e Gruppo Tecnico Regionale REACH	CONTROLLI IN BASE AI REGOLAMENTI "REACH" E "CLP"	Attività di Vigilanza come da PRC	Recepimento dell'Accordo tra il Governo, le Regioni e le Province Autonome di Trento e Bolzano del 29.10.2009 Costituzione e Decreto formalizzazione Gruppo Tecnico regionale Definizione programmi di controllo in materia di REACH/CLP con indicatori regionali	Approvazione procedure operative/linee guida per vigilanza integrata e sistema regionale con relativi indicatori 50% ispezioni previste da PRC	80% ispezioni previste da PRC	REGIONE



Titolo dell'intervento:

## REGOLAMENTI "REACH" E "CLP" : LA FORMAZIONE

<i>Titolo del Programma</i>	<i>Macro Obiettivo di pertinenza</i>	<i>Obiettivi centrali</i>	<i>Indicatore</i>
<i>"Salute e Ambiente"</i>	<i>MO.8 = Ridurre le esposizioni ambientali potenzialmente dannose per la salute</i>	<i>8.8 = Formare gli operatori dei servizi pubblici sui temi della sicurezza chimica e prevalentemente interessati al controllo delle sostanze chimiche con finalità di informare e assistere le Imprese e i loro Responsabili dei Servizi di Prevenzione e Protezione (RSPP) e ambientali interessati all'uso e alla gestione delle sostanze chimiche.</i>	<i>8.8.1 = Numero di corsi per formatori nell'ambito dei servizi prevalentemente interessati al controllo delle sostanze chimiche</i>

**Razionale dell'Intervento:** L'aspetto formativo ed informativo, in materia di REACH e CLP, considerata la complessità dell'argomento, l'interconnessione tra differenti tematiche di settore (prodotti fitosanitari, cosmetici, biocidi, detersivi), la trasversalità per il largo uso di sostanze chimiche/miscele/articoli negli ambienti di vita e di lavoro, riveste un ruolo prioritario per i componenti del Gruppo Tecnico Regionale (che si andrà a costituire entro il 2016), per gli operatori della rete di vigilanza e del Dipartimento di Prevenzione dell'ASReM e dell'ARPA Molise, nonché per i Consulenti/Responsabili dei Servizi di Prevenzione e Protezione (RSPP)/Addetti delle aziende coinvolte nella gestione e nell'utilizzo di sostanze chimiche pericolose in genere e/o miscele.

Fondamentale è l'attuazione della specifica formazione finalizzata all'acquisizione delle competenze necessarie per l'esecuzione dei controlli ufficiali, sia riportando a cascata i contenuti dei training ECHA/FORUM fino ad oggi riproposti a livello nazionale, che la normativa di settore inerente l'uso corretto e sostenibile dei prodotti fitosanitari, in relazione sia alla sicurezza individuale ma anche a quella delle "aree vulnerabili" del territorio regionale, e la corretta gestione/impiego di biocidi, di prodotti cosmetici e detersivi.

La Regione Molise, nell'ambito delle proprie competenze, considera prioritario avviare un processo di formazione degli operatori dei Servizi Pubblici sui temi della Sicurezza Chimica, con la finalità di sensibilizzare, assistere e supportare le imprese utilizzatrici di sostanze/miscele (DU), anche in relazione alle indicazioni suggerite dall'ECHA, Agenzia Europea per il rischio chimico, che ha individuato la necessità di aumentare la diffusione della informazione, nelle aziende, circa gli adempimenti, gli obblighi, le disposizioni ed i diritti collegati all'attuazione dei Regolamenti comunitari REACH e CLP. Destinatari privilegiati di questa informazione/comunicazione sono i Responsabili dei Servizi di Prevenzione e Protezione aziendali (RSPP), individuati giustamente come soggetti che lavorano a fianco dei Datori di Lavoro, con competenze tecniche di supporto.



Si tratta di un programma di comunicazione articolato (capacity buildings EHS), che prevede un ruolo importante per le Regioni/Province Autonome, ma anche il coinvolgimento delle Istituzioni centrali, dei centri di formazione, dell'Università del Molise, delle Associazioni di categoria, al fine di pianificare e realizzare un sistema coerente che riguarda sia la normativa sociale che quella di prodotto.

### **Obiettivo Centrale**

8.8 Formare gli operatori dei servizi pubblici sui temi della sicurezza chimica e prevalentemente interessati al controllo delle sostanze chimiche con la finalità di informare ed assistere le imprese ed i loro Responsabili dei Servizi di Prevenzione e Protezione (RSPP) ed ambientali interessati all'uso ed alla gestione delle sostanze chimiche.

### **Obiettivi Specifici**

- a) Formare gli operatori dei Servizi Pubblici sull'applicazione del REACH e CLP alla gestione delle sostanze chimiche pericolose in genere e contenute in fitosanitari, cosmetici, biocidi, detersivi;
- b) Informare Consulenti/Responsabili Aziendali (RSPP) addetti alla gestione e utilizzo di sostanze/miscele contenute in fitosanitari, cosmetici, biocidi, detersivi e sostanze chimiche pericolose in genere.

### **Attori e portatori di interesse**

Regione, Gruppo Tecnico Regionale REACH, Dipartimento di Prevenzione dell'ASReM, ARPAMolise, Aziende dei vari comparti produttivi, RSSP, Servizio Prevenzione, Veterinaria e Sicurezza Alimentare della Regione Molise, Servizio Valutazioni Ambientali della Regione Molise, Competitività dei Sistemi Produttivi, Sviluppo Attività ed Estrattive e Politiche della Concorrenza della Regione Molise, ECHA.

### **Beneficiari**

Popolazione generale, Associazioni dei Consumatori, Lavoratori, Datori di lavoro e loro rappresentanze.

### **Fasi di Articolazione:**

#### **Obiettivo specifico regionale a:**

Si prevede l'effettuazione di corsi di formazione per gli operatori dei Servizi Pubblici al fine di accrescere le competenze ed approfondire le conoscenze su sostanze/miscele contenute nei fitosanitari, cosmetici, biocidi, detersivi e sulle sostanze chimiche/miscele, in genere, pericolose per l'uomo e per l'ambiente

#### **Obiettivo specifico regionale b:**

Si prevede l'organizzazione di eventi informativi per Consulenti/Responsabili Aziendali (RSPP) al fine di accrescere le competenze ed approfondire le conoscenze su sostanze/miscele contenute nei fitosanitari, cosmetici, biocidi, detersivi e sulle sostanze chimiche/miscele, in genere, pericolose per l'uomo e per l'ambiente e sul loro corretto utilizzo.

### **Criticità**

Eventuale carenza di risorse finanziarie.



**Indicatori:**

**Indicatore di Obiettivo Centrale:** 8.8.1

**Valore Baseline regionale e Standard di riferimento regionale:**

Valore Baseline regionale: non rilevato

Standard di riferimento regionale: Attivazione corsi di formazione specifica

**Indicatore di Obiettivo Specifico: Indicatori di processo "a"**

- *Definizione: Corsi di Formazione per Operatori dei Servizi Pubblici*
- *Fonte: Regione*
- *Tipologia: Quantitativo - Organizzazione ed effettuazione di almeno 1 corso/anno*
- *Valore baseline: non rilevato*

**Indicatore di Obiettivo Specifico: Indicatore/i di processo "b"**

- *Definizione: Eventi informativi per Consulenti/Responsabili Aziendali (RSPP)*
- *Fonte: Regione*
- *Tipologia: Quantitativo - Organizzazione ed effettuazione di eventi informativi*
- *Valore baseline: non rilevato*



## MACRO 8 - REGOLAMENTI "REACH" E "CLP": LA FORMAZIONE

Accrescere le competenze ed approfondire le conoscenze sulla sicurezza degli operatori dei Servizi Pubblici, dei Consulenti/Responsabili Aziendali addetti al controllo su sostanze/miscele contenute nei fitosanitari, cosmetici biocidi, detergenti e sulle sostanze chimiche/miscele, in genere, pericolose per l'uomo e per l'ambiente e sul loro corretto utilizzo.

Indicatori degli obiettivi centrali e relativi valori regionali							indicatori di processo (in rosso "sentinella")					
Macroobiettivo	Obiettivo centrale	Nome indicatore	Tipo	Valore baseline	Variazione attesa	Obiettivo specifico regionale	Titolo della Linea di intervento	Nome indicatore	Valore atteso 2016	Valore atteso 2017	Valore atteso 2018	Fonte
RIDURRE LE ESPOSIZIONI AMBIENTALI POTENZIALMENTE DANNOSE PER LA SALUTE	8.8 <i>Formare gli operatori dei servizi pubblici sui temi della sicurezza chimica e prevalentemente e interessati al controllo delle sostanze chimiche con la finalità di informare ed assistere le imprese ed i loro Responsabili dei Servizi di Prevenzione e Protezione (RSPP) ed ambientali interessati all'uso ed alla gestione delle sostanze chimiche</i>	8.8.1 Numero corsi di formazione per formatori nell'ambito dei servizi prevalentemente interessati al controllo delle sostanze chimiche	quantitativo	Non rilevato	Almeno 1 corso di formazione	a) <i>Formare gli operatori dei servizi Pubblici sull'applicazione del REACH e CLP alle gestione delle sostanze chimiche pericolose in genere e contenute in fitosanitari, cosmetici, biocidi, detergenti</i>  b) <i>Informare Consulenti/Responsabili Aziendali (RSPP) addetti alla gestione e all'utilizzo di sostanze/miscele contenute in fitosanitari, cosmetici, biocidi, detergenti e sostanze chimiche pericolose in genere</i>	REGOLAMENTI "REACH" E "CLP": LA FORMAZIONE	Corsi di Formazione per Operatori servizi pubblici (Indicatore Sentinella)	1 corso di formazione	1 corso di formazione	1 corso di formazione	Regione
								Eventi informativi per Consulenti/Responsabili Aziendali (RSPP)	1 evento	1 evento	1 evento	



Titolo dell'intervento:

## **L'EDILIZIA ECO-COMPATIBILE: IL RISCHIO "RADON"**

<i>Titolo del Programma</i>	<i>Macro Obiettivo di pertinenza</i>	<i>Obiettivi centrali</i>	<i>Indicatore</i>
<i>"Salute e Ambiente"</i>	<i>MO.8 = Ridurre le esposizioni ambientali potenzialmente dannose per la salute</i>	<i>8.10 = Promuovere le buone pratiche in materia di sostenibilità ed eco-compatibilità nella costruzione/ristrutturazione di edifici, anche in relazione al rischio radon.</i>	<i>8.10.1 = Approvazione di linee guida per orientare i regolamenti edilizi in chiave eco-compatibile</i>

### ***Razionale dell'Intervento:***

Questa linea di intervento si prefigge di predisporre un documento finalizzato a fornire delle linee d'indirizzo in materia di sostenibilità ed eco-compatibilità nella costruzione/ristrutturazione di edifici, anche in relazione al rischio radon, mediante l'attività di un gruppo di lavoro regionale specifico.

La qualità dell'ambiente indoor è un importante ai fini della salute, sia perché i livelli di inquinamento dell'aria sono maggiori rispetto a quelli outdoor per numerose classi di inquinanti, sia per la prolungata permanenza della popolazione all'interno degli ambienti chiusi (fino al 90% del proprio tempo), e per il fatto che i gruppi più vulnerabili trascorrono in tali ambienti una percentuale di tempo anche più elevata rispetto al resto della popolazione.

Per prevenire tale tipo d'inquinamento è fondamentale intervenire sin dalla scelta dei materiali per la costruzione e ristrutturazione degli edifici, in maniera tale da ridurre l'emissione nociva che possono avere tali materiali negli ambienti confinati.

### ***Obiettivo Centrale***

8.10. Promuovere le buone pratiche in materia di sostenibilità ed eco-compatibilità nella costruzione/ristrutturazione di edifici, anche in relazione al rischio radon.



### **Obiettivo Specifico:**

Predisporre linee di indirizzo specifiche in materia di sostenibilità ed eco-compatibilità nella costruzione/ristrutturazione di edifici, anche in relazione al rischio radon, a supporto dei regolamenti edilizi.

### **Attori e portatori di interesse**

Regione, ASReM, ARPA Molise, associazioni di categoria, cittadini.

### **Beneficiari**

Regione, ASReM, ARPA Molise, Comuni, associazioni di categoria, cittadini.

### **Fasi di Articolazione**

- 1) Costituzione del gruppo tecnico ambienti di vita (ASReM, ARPA Molise, Regione);
- 2) Studio dei materiali da costruzione ecocompatibili;
- 3) Confronto con gruppi di studio nazionali;
- 4) Predisposizione di documenti informativi;
- 5) Diffusione dei documenti e incontri per la divulgazione con le istituzioni, le associazioni di categoria e la cittadinanza.

### **Criticità**

Limitata conoscenza della materia.

### **Indicatori:**

**Indicatore di Obiettivo Centrale:** 8.10.1 - Approvazione di linee guida per orientare i regolamenti edilizi in chiave eco-compatibile.

**Valore Baseline regionale:** Non rilevato

**Standard di riferimento regionale:** Emanazione di linee di indirizzo.

### **Indicatore di Obiettivo Specifico: Indicatore/i di processo**

- Definizione: Documento specifico in materia di sostenibilità ed eco-compatibilità nella costruzione/ristrutturazione di edifici, anche in relazione al rischio radon
- Fonte: Regione
- Tipologia: indicatore qualitativo
- Valore baseline: non rileva



**MACRO 8 - L'EDILIZIA ECO-COMPATIBILE: IL RISCHIO "RADON"**

Indicatori degli obiettivi centrali e relativi valori regionali								Indicatori di processo				
Macrobiiettivo	Obiettivo centrale	Nome indicatore	Tipo	Valore <i>baseline</i>	Standard di riferimento (Variazione attesa)	Obiettivo specifico regionale	Titolo della Linea di Intervento	Nome indicatore	Valore atteso 2016	Valore atteso 2017	Valore atteso 2018	Sorveglianza/ Fonte
RIDURRE LE ESPOSIZIONI AMBIENTALI POTENZIALMENTE DANNOSE PER LA SALUTE	<i>8.10 Promuovere le buone pratiche in materia di sostenibilità ed eco-compatibilità nella costruzione / ristrutturazione di edifici, anche in relazione al rischio radon</i>	<i>Approvazione di linee guida per orientare i regolamenti edilizi in chiave eco-compatibile</i>	Qualitativo	N.D.	Predisporre i documenti specifici in materia di sostenibilità ed eco-compatibilità nella costruzione / ristrutturazione di edifici, anche in relazione al rischio radon	Predisporre documenti specifici in materia di sostenibilità ed eco-compatibilità nella costruzione / ristrutturazione di edifici, anche in relazione al rischio radon	L'EDILIZIA ECO-COMPATIBILE: IL RISCHIO "RADON"	Documento specifico in materia di sostenibilità ed eco-compatibilità nella costruzione / ristrutturazione e di edifici, anche in relazione al rischio radon	Costituzione gruppo tecnico regionale "Ambienti di vita" (interdisciplinare) e avvio istruttoria	Istruttoria (n. incontri tecnici in base a odg)	Emanazione Linea di indirizzo	Regione



Titolo dell'intervento:

## I RISCHI DA CEM E RAGGI UV

<i>Titolo del Programma</i>	<i>Macro Obiettivo di pertinenza</i>	<i>Obiettivi centrali</i>	<i>Indicatore</i>
<i>"Salute e Ambiente"</i>	<i>MO.8 = Ridurre le esposizioni ambientali potenzialmente dannose per la salute</i>	<i>8.11.1= Sensibilizzazione della popolazione sul corretto uso della telefonia cellulare</i>	<i>8.11.1= Interventi di promozione del corretto uso dei telefoni cellulari con particolare attenzione al target in età pediatrica</i>
		<i>8.12.1. = Sensibilizzazione della popolazione, soprattutto i giovani e i giovanissimi e i professionisti coinvolti, sui rischi legati all'eccessiva esposizione agli UV</i>	<i>8.12.1. = Interventi informativi alla popolazione, in particolare ai giovani e ai giovanissimi, sui rischi legati all'eccessiva esposizione agli UV</i>

### **Razionale dell'Intervento:**

Il nuovo PNP evidenzia che la IARC (Agenzia Internazionale per la Ricerca sul Cancro) abbia classificato i **campi elettromagnetici a radiofrequenza (CEM)** come "possibilmente cancerogeni per l'uomo", inserendoli nel Gruppo 2B del proprio sistema di classificazione; tale classificazione é basata sui risultati di alcuni studi epidemiologici che mostrano alcune associazioni tra l'uso dei telefoni cellulari e il rischio di tumori intracranici (gliomi e neurinomi del nervo acustico). La mancanza di dati certi sull'utilizzo per periodi superiori a 15 anni e la indiscutibile popolarità dei cellulari tra i soggetti più giovani induce ad attente riflessioni e valutazioni sui possibili effetti sanitari nei bambini e negli adolescenti.

Tali considerazioni suggeriscono l'attivazione di campagne informative per un uso più consapevole della telefonia cellulare, attraverso la riduzione del numero di chiamate e della loro durata e soprattutto attraverso l'utilizzo di sistemi "a mani libere" ossia dispositivi auricolari o "viva-voce" per allontanare l'antenna dalla testa dell'utilizzatore.

Inoltre, può costituire un rilevante problema di salute pubblica anche l'esposizione a dosi eccessive di **radiazioni UV**; la IARC, nel 2009, ha aggiornato la sua precedente classificazione che vedeva la sola radiazione solare inclusa fra i cancerogeni per l'uomo, includendo nel Gruppo 1 anche la radiazioni UV, A, B, C "in quanto tali" ossia non solo in quanto componenti della radiazione solare.

Il problema é di enorme impatto se si considera la grande diffusione dell'abbronzatura, anche artificiale a scopo estetico, tra la popolazione soprattutto giovanile e i connessi rischi di tumori cutanei; l'utilizzo delle apparecchiature abbronzanti è comunque vietato a minori di 18 anni, alle donne in stato di gravidanza, ai soggetti che soffrono o hanno sofferto di neoplasie alla cute, ai soggetti che non si abbronzano (o che si scottano) facilmente all'esposizione al sole; lo stabilisce il D.M. 12 maggio 2011, n. 110 (pubblicato in



Gazzetta Ufficiale 15 luglio 2011, n. 163) con il quale il Ministero dello Sviluppo economico, di concerto con il Ministero della Salute, ha definito le direttive alle quali i centri estetici devono adeguarsi in materia di macchinari, procedure e cautele d'uso al fine di garantire una maggiore sicurezza sia agli operatori che agli utenti.

Sul piano più generale della tutela della salute sui luoghi di lavoro, l'esposizione alla radiazione solare deve essere considerata un rischio per i lavoratori *outdoor*.

### **AZIONE 1: Esposizione a campi elettromagnetici a radiofrequenza. Comunicazione sul corretto uso della telefonia cellulare.**

Gli obiettivi di salute sono costituiti:

- 1) dalla consapevolezza del rischio e dalla riduzione dell'esposizione della popolazione, soprattutto dei giovani e dei giovanissimi, alle radiazioni a radiofrequenza utilizzate nel campo delle comunicazioni elettroniche e in particolare quelle emesse dai telefoni cellulari;
- 2) dal corretto uso dei telefoni cellulari anche in chiave di prevenzione del disagio da dipendenza da cellulare e dell'isolamento dei giovani.

**Evidenze:** Semplici accorgimenti quali, ad esempio, la riduzione del numero di chiamate e della loro durata e soprattutto l'utilizzo di sistemi "a mani libere" ossia dispositivi auricolari o "viva-voce" per allontanare l'antenna dalla testa dell'utilizzatore, riducono in modo determinante l'esposizione ai campi elettromagnetici a radiofrequenza; ciò posto è essenziale veicolare una corretta e capillare informazione diretta a sensibilizzare la popolazione sul corretto uso dei dispositivi di telefonia mobile

**Obiettivo specifico regionale:** Sensibilizzare la popolazione target (giovani e giovanissimi) sul corretto uso della telefonia cellulare.

**Setting:** Scuola e Comunità.

Nell'ambito del Programma «SCUOLA, SALUTE, BENESSERE» si è avuto modo di osservare che la Regione Molise intende favorire la promozione della salute nelle scuole attraverso la pianificazione di un processo di miglioramento che realizzi un approccio globale basato su logiche di sistema, piuttosto che su singoli progetti, articolato in quattro ambiti di intervento strategici, il primo dei quali riguarda appunto lo «sviluppo delle competenze individuali, potenziando conoscenze e abilità».

La presente azione di comunicazione, con riferimento al target "popolazione scolastica", verrà gestita nell'ambito delle strategie declinate nel suddetto programma, come ivi già spiegato.

Verranno inoltre implementate iniziative dirette alle famiglie con riferimento al target "popolazione pediatrica".

**Standard di riferimento regionale:** Corsi informativi e distribuzione di materiale.



**Valore Baseline regionale:** non rilevato.

**Indicatore di Obiettivo Specifico:**

- *Definizione operativa: evidenze della Realizzazione dei corsi e della produzione e distribuzione di materiale informativo*
- *Fonte: Regione*
- *Tipologia: Quantitativo*

<b>Indicatori di processo</b>	<i>baseline</i>	<i>Valore 2016</i>	<i>Valore 2017</i>	<i>Valore 2018</i>
<i>Progettazione e produzione di materiale divulgativo ed educativo sul corretto uso dei telefoni cellulari</i>	<i>n.d.</i>	Progettazione e produzione materiale informativo	<i>Distribuzione materiale informativo</i>	<i>Distribuzione materiale informativo</i>
<i>Interventi di promozione del corretto uso del telefono cellulare con particolare riferimento al target di età pediatrica</i>	<i>n.d.</i>	Progettazione corsi con coinvolgimento soggetti attuatori	2 corsi (uno per provincia)	2 corsi (uno per provincia)



## **AZIONE 2: Sensibilizzazione della popolazione, soprattutto giovani e giovanissimi e i professionisti coinvolti sui rischi legati alla eccessiva esposizione a radiazioni UV.**

Le radiazioni Ultraviolette, provenienti dal sole o irradiate mediante apparecchiature artificiali, sono considerate, da parte della Agenzia internazionale per la ricerca sul cancro (IARC), come la principale causa di tumori cutanei e di cataratta nell'uomo.

I tumori indotti da tali radiazioni possono essere melanomi od epitelomi (NMSC).

L'esposizione a radiazioni ultraviolette e gli eritemi solari soprattutto in età preadolescenziale ed adolescenziale possono aumentare il rischio di sviluppare un melanoma.

L'esposizione solare sia continua (fotoinvecchiamento, sviluppo di cheratosi attiniche) che intermittente (scottature ripetute nel tempo) aumenta il rischio di sviluppare anche il carcinoma squamocellulare. (*IARC Monographs 100D. Radiation a review of Human carcinogens*).

Aver subito eritemi solari intensi aumenta il rischio di sviluppare un carcinoma squamocellulare dal 40 fino al 400% a seconda degli studi presi in considerazione nell'ultimo decennio (*IARC Monographs 100D Radiation a review of Human carcinogens*); il rischio aumenta nei soggetti giovani se effettuano sessioni ricreative di esposizione a radiazioni ultraviolette artificiali prima dei 20 anni.

Le attività del registro tumori della regione Molise, concretamente avviate soltanto nel 2014, non consentono, al momento, di avere dati epidemiologici regionali specifici per le neoplasie della cute ma gli autorevoli studi nazionali ed internazionali comunque impongono specifiche attività di sensibilizzazione della popolazione sui rischi legati alla eccessiva esposizione a radiazioni UV.

**Obiettivo specifico regionale:** la presente azione mira ad aumentare la consapevolezza degli effetti dannosi delle radiazioni ultraviolette, soprattutto nei giovani, giovanissimi e nei professionisti (titolari di attività per abbronzatura artificiale), al fine di ridurre il rischio di sviluppo di carcinomi cutanei e melanomi eziologicamente riconducibili a sovraesposizione.

**Setting:** Scuola e Comunità.

Nell'ambito del Programma «SCUOLA, SALUTE, BENESSERE» si è avuto modo di osservare che la Regione Molise intende favorire la promozione della salute nelle scuole attraverso la pianificazione di un processo di miglioramento che realizzi un approccio globale basato su logiche di sistema, piuttosto che su singoli progetti, articolato in quattro ambiti di intervento strategici, il primo dei quali riguarda appunto lo «sviluppo delle competenze individuali, potenziando conoscenze e abilità».

La presente azione di informazione, con riferimento al target "popolazione scolastica", verrà gestita nell'ambito delle strategie declinate nel suddetto programma, come ivi già spiegato.

Verranno inoltre implementate iniziative di informazione dirette ai titolari di attività per abbronzatura artificiale con l'ausilio, precipuo ma non esclusivo, delle Associazioni di categoria.



**Standard di riferimento regionale:** Corsi informativi e distribuzione di materiale

**Valore baseline regionale:** non rilevato

**Indicatore di Obiettivo Specifico:**

- *Definizione operativa: evidenze della Realizzazione dei corsi e della produzione e distribuzione di materiale informativo*
- *Fonte: Regione*
- *Tipologia: Quantitativo*

<b>Indicatori di processo</b>	<i>baseline</i>	<i>Valore 2016</i>	<i>Valore 2017</i>	<i>Valore 2018</i>
<i>Progettazione e produzione di materiale divulgativo ed educativo sui rischi legati alla eccessiva esposizione ai raggi UV</i>	<i>n.d.</i>	Progettazione e produzione materiale informativo	<i>Distribuzione materiale informativo</i>	<i>Distribuzione materiale informativo</i>
<i>Interventi informativi nelle scuole e per i professionisti</i>	<i>n.d.</i>	Progettazione corsi con coinvolgimento soggetti attuatori	2 corsi (uno per provincia)	2 corsi (uno per provincia)



**MACRO 9: RIDURRE LA FREQUENZA DI INFEZIONI/MALATTIE INFETTIVE PRIORITARIE  
PROGRAMMA REGIONALE "X" - DCA N. 24/2015**

**PREVENZIONE E SORVEGLIANZA DELLE MALATTIE INFETTIVE NELLA REGIONE MOLISE.**

**La sorveglianza epidemiologica regionale: ritardi e prospettive.**

L'aumento dell'aspettativa di vita registrata nel corso del ventesimo secolo è largamente ascrivibile alla riduzione della mortalità correlata alle malattie infettive, dovuta principalmente, alle vaccinazioni. Nonostante i notevoli miglioramenti, le malattie infettive rappresentano, ancora oggi, a livello globale, una delle principali cause di malattia, disabilità e morte.

L'identificazione precoce dei casi di malattia infettiva è fondamentale sia per ridurre il rischio di complicanze ed esiti nei casi stessi, sia per l'attuazione di opportuni interventi di contenimento. Una delle strategie di prevenzione è la **sorveglianza epidemiologica** finalizzata non solo a quantificare il carico delle malattie infettive, ma anche al riconoscimento dei determinanti e dei rischi e alla valutazione dell'impatto degli interventi di prevenzione.

La sorveglianza epidemiologica è tanto più efficace quanto più informata a criteri di continuità e regolarità delle rilevazioni e nonché alla semplicità e unitarietà dei sistemi informativi.

E' necessario che sia alimentata da tutte le possibili fonti informative e sia diretta, soprattutto, a consentire l'uso epidemiologico delle informazioni cliniche.

In letteratura è ampiamente dimostrato che una raccolta dei dati di interesse, per quanto possibile sistematica e completa, e l'accuratezza nella interpretazione dei dati stessi sono indispensabili per orientare le politiche sanitarie verso interventi realmente efficaci; una buona sorveglianza epidemiologica non garantisce, in quanto tale, che le decisioni prese siano sempre corrette e le migliori possibili; tuttavia fornisce sicuramente la base razionale delle decisioni e limita la possibilità di interventi approssimativi e di errori grossolani.

La conoscenza del numero di casi di malattia infettiva che insorgono nel territorio di competenza è fondamentale per poterne seguire l'andamento nel tempo e nello spazio e per guidare la programmazione delle azioni di controllo e di prevenzione.

E' necessario osservare che 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 complete e basate su prove di evidenza.

In armonia con le previsioni del PNP 2014-2018, il Molise intende avviare le iniziative di seguito descritte che certamente costituiranno, nell'ottica di una profonda riconsiderazione del sistema di sorveglianza epidemiologica regionale, una sorta di "piattaforma organizzativa-operativa" che agevoli la non più procrastinabile istituzionalizzazione dell'Osservatorio Epidemiologico regionale.



## I SISTEMI DI SORVEGLIANZA REGIONALE DELLE MALATTIE INFETTIVE PRIORITARIE

### DESCRIZIONE

Nel 2003, la Conferenza Permanente Stato/Regioni ha approvato il Piano Nazionale per l'Eliminazione del Morbillo e della Rosolia Congenita (PNEMoRc) dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) che ha stabilito gli obiettivi di raggiungere e mantenere, entro il 2015, l'eliminazione del morbillo a livello nazionale fino a un valore di incidenza pari a < 1 caso/milione di abitanti, interrompendone la trasmissione indigena, e l'eliminazione della rosolia fino a un valore di incidenza pari a < 1 caso/milione di abitanti, nonché di ridurre e mantenere l'incidenza della rosolia congenita a valori pari a < 1 caso/100.000 nati vivi. A livello nazionale, la situazione epidemiologica è piuttosto lontana dal raggiungimento di tali obiettivi: nel triennio 2010-2012 sono stati notificati 8.304 casi di morbillo con un'incidenza media annuale 46 casi/milione di abitanti e 20 casi di rosolia congenita, con un'incidenza nel 2012 di 3 casi/100.000 nati vivi. Dal 2013, è stato istituito un sistema di sorveglianza integrato morbillo-rosolia che prevede la ricerca sierologica di laboratorio per rosolia nei casi sospetti di morbillo risultati negativi a test di conferma e, viceversa, prevede di testare i casi sospetti di rosolia risultati negativi per il morbillo.

Le azioni indicate nel PNEMoRc 2010-15 sono in attività nella Regione Molise e nel corso degli anni si è avuto un progressivo miglioramento del sistema di sorveglianza del morbillo e rosolia, con un aumento della percentuale di casi di morbillo con conferma laboratoristica.

Tuttavia, per orientare i programmi di controllo è essenziale che la Regione Molise si doti di fonti di informazione aggiuntive dei casi, necessarie ad assicurare l'eshaustività e la disponibilità di dati sulle performance dei programmi di controllo. In tale contesto, risulta essenziale l'integrazione della sorveglianza epidemiologica delle malattie infettive tramite il sistema di notifica da parte dei medici curanti con le diagnosi di laboratorio e l'identificazione dei patogeni, almeno per le malattie prioritarie, quali morbillo, rosolia, malattie batteriche invasive, tubercolosi e HIV. La prevenzione ed il controllo delle malattie infettive, infatti, sono subordinati alla conoscenza del numero di casi di malattia infettiva che insorgono nel territorio. La segnalazione dei casi da parte dei medici curanti consente di seguire l'andamento nel tempo e nello spazio di una malattia, di effettuare indagini epidemiologiche per definire le azioni da intraprendere per il controllo della sua diffusione e le eventuali azioni di profilassi post-esposizione.



	<p><b>Obiettivi centrali:</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>➤ 9.1 - Aumentare la frequenza di identificazione e caratterizzazione dell'agente patogeno per le malattie prioritarie</li><li>➤ 9.2 - Identificare tempestivamente i casi e i rischi infettivi, anche mediante sistemi di allerta precoce</li></ul> <p><b>Obiettivo specifico:</b></p> <p><i>Mettere a punto e rafforzare i sistemi di sorveglianza delle malattie infettive prioritarie, con particolare riferimento a morbillo e rosolia</i></p> <p>La presente proposta progettuale si articola nelle seguenti azioni: verifica del sistema informatizzato delle malattie infettive SIMIWEB; implementazione della raccolta dati attraverso l'integrazione del sistema informatizzato delle malattie infettive SIMIWEB e la piattaforma web della sorveglianza integrata morbillo e rosolia; attività di formazione per gli operatori sanitari dei servizi di igiene e sanità pubblica sulla situazione epidemiologica del morbillo in caso di outbreak, attraverso l'invio di un report settimanale creato ad hoc; monitoraggio delle notifiche dei casi di morbillo e rosolia congenita, con particolare riferimento alle informazioni sui dati di laboratorio.</p> <p>L'implementazione del sistema di sorveglianza tramite i laboratori consentirà di migliorare i dati sulla prevalenza della malattia, di valutare il fenomeno della sottotifica delle segnalazioni e di svolgere tempestivamente le azioni di controllo e prevenzione.</p>
<b>SETTING</b>	Ambito sanitario.
<b>GRUPPI D'INTERESSE</b>	<p><b>Popolazione target:</b> Operatori sanitari</p> <p><b>Attori e portatori di interesse:</b> ASREM, medici di medicina generale, pediatri di libera scelta, Università</p>
<b>PROVE DI EFFICACIA</b>	Dal 2001, l'OMS ha messo a punto un piano strategico per la riduzione della mortalità da morbillo e per l'interruzione della trasmissione nelle aree in cui è prevista l'eliminazione della malattia, come l'Europa. Nella realizzazione del piano sono emerse delle criticità che, a livello nazionale, sono state risolte attraverso



	l'inserimento del sistema di sorveglianza integrata morbillo/rosolia e il Measles and Rubella Strategic Plan 2012-20 dell'OMS.
<b>MISURE PER LE DISUGUAGLIANZE</b>	Evidenze della letteratura scientifica hanno riportato che alcuni gruppi della popolazione in condizioni di svantaggio socio-economico e particolari sottogruppi difficili da raggiungere, tra cui immigrati, comunità nomadi, popolazione carceraria, con basse coperture vaccinali per MPR (morbillo-parotite-rosolia), usufruiscono dei servizi sanitari dedicati in misura minore rispetto a fasce di popolazione con bisogni di salute meno consistenti. Alla luce dell'obiettivo specifico della presente proposta progettuale, il medico che segnalerà il caso, avvierà il soggetto lungo un percorso diagnostico dedicato per le indagini sierologiche richieste.
<b>TRASVERSALITÀ</b>	ASREM, Medici di medicina generale, pediatri di libera scelta, operatori sanitari dei Dipartimenti di Prevenzione e ospedalieri
<b>ATTIVITÀ PRINCIPALI</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>– Verifica del sistema informatizzato delle malattie infettive SIMIWEB;</li><li>– Implementazione tra il sistema informatizzato delle malattie infettive SIMIWEB e la piattaforma web della sorveglianza integrata Morbillo e Rosolia;</li><li>– Monitoraggio delle notifiche dei casi di morbillo e rosolia congenita, con particolare riferimento alle informazioni sui dati di laboratorio;</li><li>– Attività di formazione per gli operatori sanitari dei servizi di igiene e sanità pubblica sulla situazione epidemiologica del morbillo in caso di outbreak.</li></ul>
<b>ANALISI DEI RISCHI</b>	Il principale rischio è rappresentato da una scarsa integrazione tra i sistemi informativi dell'ASREM e il sistema SIMIWEB.
<b>SOSTENIBILITÀ</b>	Il sistema di allerta precoce per morbillo e rosolia è già attivo in Regione, pertanto, le attività del presente progetto sono da ritenersi sostenibili.



Obiettivo specifico	Indicatori di processo	Fonte verifica	Formula calcolo	Valore di partenza	Valori attesi		
					2016	2017	2018
Mettere a punto e rafforzare i sistemi di sorveglianza delle malattie infettive prioritarie	Proporzione di casi di morbillo/rosolia notificati per i quali è stato svolto l'accertamento di laboratorio  (INDICATORE SENTINELLA)	Sistema di sorveglianza integrata del morbillo e della rosolia congenita	Percentuale (%) di casi di morbillo/rosolia notificati per i quali è stato svolto l'accertamento di laboratorio	50% per morbillo e rosolia	50% per morbillo e rosolia	60% per morbillo e rosolia	91% per morbillo 91% per rosolia
	Attività di formazione per gli operatori sanitari dei servizi di igiene e sanità pubblica sulla situazione epidemiologica di morbillo e rosolia	ASREM		0	1 corso	1 corso	1 corso

#### CRONOPROGRAMMA DELLE ATTIVITA'

ATTIVITÀ PRINCIPALI	2015		2016				2017				2018			
	III	IV	I	II	III	IV	I	II	III	IV	I	II	III	IV
<b>Obiettivo specifico:</b> <i>Mettere a punto e rafforzare i sistemi di sorveglianza delle malattie infettive prioritarie</i>	III	IV	I	II	III	IV	I	II	III	IV	I	II	III	IV
• Verifica del sistema informatizzato delle malattie infettive SIMIWEB														
• Implementazione tra il sistema informatizzato delle malattie infettive SIMIWEB e la piattaforma web della sorveglianza integrata morbillo e rosolia														
• Monitoraggio delle notifiche dei casi di morbillo e rosolia congenita con particolare riferimento alle informazioni dei dati di laboratorio														
• Attività di formazione per gli operatori sanitari sulla situazione epidemiologica del morbillo in caso di outbreak, attraverso l'invio di un report settimanale creato ad hoc														



PNP								MOLISE			
Macro obiettivo	Obiettivi centrali	n. programmi che coprono gli obiettivi centrali	Programmi che coprono gli obiettivi centrali	Indicatori centrali	Baseline Nazionale	Standard Nazionale	Definizione di indicatore centrale da PRP	Baseline regionale	Baseline regionale dati Cnesps	Standard regionale	Fonte dei dati
9 Ridurre la frequenza di infezioni/malattie infettive prioritarie	9.1 Aumentare la frequenza di identificazione e caratterizzazione dell'agente patogeno per le malattie prioritarie	N=1	PROGRAMMA REGIONALE "X" - DCA N. 24/2015 PREVENZIONE E SORVEGLIANZA DELLE MALATTIE INFETTIVE	Proporzione di casi di morbillo e di rosolia notificati per i quali è stato svolto l'accertamento di laboratorio	78,8% (morbillo)	>90% per morbillo e rosolia nel 100% delle Regioni	Percentuale (%) di casi di morbillo/rosolia a notificati per i quali è stato svolto l'accertamento di laboratorio	50%		91% per morbillo 91% per rosolia	Sistema di sorveglianza integrata del morbillo e della rosolia congenita
	59,3% (rosolia)				Attività di formazione per gli operatori sanitari dei servizi di igiene e sanità pubblica sulla situazione epidemiologica di morbillo e rosolia						



## L'INFORMATIZZAZIONE DELLA SORVEGLIANZA DELLE MALATTIE INFETTIVE

### DESCRIZIONE

La sorveglianza epidemiologica in Sanità Pubblica si articola nelle fasi di raccolta sistematica dei dati, aggregazione e analisi dei dati e diffusione delle informazioni. A livello nazionale, il sistema di sorveglianza routinario delle malattie infettive, regolato dal Decreto del Ministero della Salute del 15/12/90 "Sistema informativo delle malattie infettive e diffuse", è un sistema di notifica passivo che evidenzia le malattie notificabili, suddivise in 5 classi secondo la gravità e la suscettibilità ad un intervento preventivo.

Dal 2009 è in vigore il sistema SIMIWEB, che prevede la raccolta attraverso un unico server web ed ha permesso la semplificazione dei flussi di notifica, superando i limiti materiali e temporali della trasmissione cartacea.

Tutte le Aziende Sanitarie regionali hanno aderito alla piattaforma SIMIWEB, quindi, le notifiche che pervengono ai Servizi di Sanità Pubblica sono direttamente inseriti nel sistema informatico con livelli di accesso differenziati: uno aziendale con gestione esclusiva dei dati, uno regionale con accesso ai dati da parte dell'ASREM. Nel corso degli anni, il limite di tale sistema è stata la mancanza di una *governance* regionale della sorveglianza che non ha consentito un adeguato ritorno delle informazioni aggregate agli operatori coinvolti ed alla collettività.

#### **Obiettivo centrale:**

- 9.3 - Informatizzare i sistemi di sorveglianza per le malattie infettive, in modo interoperabile.

#### **Obiettivo specifico**

*Potenziamento della governance regionale con la produzione di report annuali.*

Il progetto si propone di consolidare questo sistema operativo attraverso un rafforzamento della *governance* regionale con l'elaborazione di report annuali regionali rivolti a medici ospedalieri, medici di medicina generale, pediatri di libera scelta, associazioni di volontariato.

### SETTING

Ambito sanitario.



<b>GRUPPI D'INTERESSE</b>	<p><b>Popolazione target:</b> medici ospedalieri, medici di medicina generale, pediatri di libera scelta, operatori sanitari dei Dipartimenti di Prevenzione e ospedalieri, associazioni di volontariato</p> <p><b>Attori e portatori di interesse:</b> ASREM, Università</p>
<b>PROVE DI EFFICACIA</b>	<p>L'efficacia del sistema SIMIWEB è validata a livello nazionale dall'ISS, responsabile della piattaforma web. L'efficacia di una comunicazione scientifica dei dati epidemiologici di una malattia è supportata da numerosi studi scientifici.</p>
<b>MISURE PER LE DISUGUAGLIANZE</b>	<p>Il rafforzamento della <i>governance</i> regionale con la sopra riferita elaborazione di report annuali é, per se stessa una misura di contrasto e/o contenimento delle disuguaglianze in quanto consente una più appropriata conoscenza per l'orientamento consapevole della politica sanitaria regionale.</p>
<b>TRASVERSALITÀ</b>	<p>ASREM, medici di medicina generale, pediatri di libera scelta, operatori sanitari dei Dipartimenti di Prevenzione e ospedalieri, Enti pubblici territoriali, Associazioni di volontariato, Farmacie, Università.</p>
<b>ATTIVITÀ PRINCIPALI</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Istituzione di un tavolo tecnico per la gestione del sistema di sorveglianza delle malattie infettive</li><li>- Individuazione dei referenti responsabili del sistema informativo per l'ASREM</li><li>- Inserimento delle notifiche/segnalazioni di malattie infettive</li><li>- Elaborazione di report regionali rivolti a medici ospedalieri e di medicina generale, pediatri di libera scelta, operatori sanitari dei Dipartimenti di Prevenzione e ospedalieri, associazioni volontariato</li></ul>
<b>ANALISI DEI RISCHI</b>	<p>Negli anni, il personale impegnato nelle attività di gestione del sistema SIMIWEB è stato adeguatamente formato.</p> <p>Un fattore importante di rischio potrebbe essere rappresentato dall'esiguità del personale preposto, parte del quale prossimo al pensionamento, e dal blocco turnover imposto dal Piano di rientro dal disavanzo sanitario regionale che impedisce la totale sostituzione del personale da collocato in quiescenza per sopraggiunti limiti di età.</p>
<b>SOSTENIBILITÀ</b>	<p>Le attività svolte nel sistema di sorveglianza SIMIWEB sono già in essere. Nel corso degli anni è stato raggiunto un progressivo miglioramento del sistema di sorveglianza in uso. Le attività proposte, quindi, si inseriscono in un sistema già avviato.</p>



Obiettivo specifico	Indicatori di processo	Fonte verifica	Formula calcolo	Valore di partenza	Valori attesi		
					2016	2017	2018
Potenziamento della <i>governance</i> regionale con la produzione di report annuali	Proporzione di notifiche inserite nel sistema informativo per le malattie infettive  <u>(INDICATORE SENTINELLA)</u>	Sistema di notifiche SIMIWEB 2.0	Percentuale aumento della baseline	80%	85%	90%	100%

CRONOPROGRAMMA DELLE ATTIVITA' PRINCIPALI	2015		2016				2017				2018			
<b>Obiettivo specifico</b> <i>Potenziamento della governance regionale con la produzione di report annuali</i>														
<b>O.C.:</b> <i>Informatizzare i sistemi di sorveglianza per le malattie infettive, in modo interoperabile</i>	III	IV	I	II	III	IV	I	II	III	IV	I	II	III	IV
• Istituzione di un tavolo tecnico per la gestione del sistema di sorveglianza delle malattie infettive														
• Individuazione dei referenti responsabili del sistema informativo per l'ASREM														
• Inserimento delle notifiche/segnalazioni di malattie infettive														
• Elaborazione di report rivolti ai medici ospedalieri e di medicina generale, pediatri di libera scelta, operatori sanitari dei Dipartimenti di Prevenzione e ospedalieri associazioni di volontariato														

PNP								MOLISE			
Macro obiettivo	Obiettivi centrali	n. programmi che coprono gli obiettivi centrali	Programmi che coprono gli obiettivi centrali	Indicatori centrali	Baseline Nazionale	Standard Nazionale	Definizione di indicatore centrale da PRP	Baseline regionale	Baseline regionale dati Cnesps	Standard regionale	Fonte dei dati
9. Ridurre la frequenza di infezioni/malattie infettive e infettive prioritarie	9.3. Informatizzare i sistemi di sorveglianza per le malattie infettive, in modo interoperabile	N=1	PROGRAMMA REGIONALE "X" - DCA N. 24/2015 PREVENZIONE E SORVEGLIANZA DELLE MALATTIE INFETTIVE		Non rilevato	100%	Proporzione di notifiche inserite nel sistema informativo per le malattie infettive	80%		100%	Sistema di notifiche SIMIWEB 2.0



## IL POTENZIAMENTO DELLA SEGNALAZIONE DELLE MALATTIE INFETTIVE DA PARTE DEGLI OPERATORI SANITARI

### DESCRIZIONE

L'aumento dell'aspettativa di vita nel corso del ventesimo secolo è ascrivibile alla riduzione della mortalità correlata alle malattie infettive ed è dovuta principalmente alle vaccinazioni. Nonostante tali miglioramenti, le malattie infettive rappresentano, ancora oggi, a livello globale, una delle principali cause di disabilità e morte. L'identificazione precoce dei casi di malattia infettiva è, pertanto, fondamentale, sia per ridurre il rischio di complicanze e di esiti sfavorevoli, sia per l'attuazione di opportuni interventi di contenimento. Una delle strategie di prevenzione è la sorveglianza epidemiologica, finalizzata non solo a quantificare il carico delle malattie infettive, ma anche al riconoscimento dei determinanti e dei rischi e alla valutazione dell'impatto degli interventi di prevenzione. La sorveglianza epidemiologica deve essere improntata alla continuità/regolarità delle rilevazioni ed alla semplicità/omogeneità dei sistemi informativi, alimentata da tutte le fonti informative. La conoscenza del numero di casi di una malattia infettiva che insorgono nel territorio di competenza è fondamentale per seguire l'andamento nel tempo e nello spazio e per orientare la programmazione delle azioni di controllo e di prevenzione. Alcune malattie infettive meritano particolare attenzione in Sanità Pubblica, come il morbillo, la rosolia e la rosolia congenita, le malattie batteriche invasive, l'infezione da HIV e la tubercolosi.

Da studi effettuati in USA, Europa e Italia, i sistemi tradizionali di notifica risultano lenti nell'acquisizione delle informazioni e il ritardo di notifica non consente un'analisi immediata della situazione epidemiologica. Spesso, le informazioni risultano incomplete e talvolta sono inutilizzabili. I nuovi sistemi, resi più immediati e dinamici dall'informatizzazione, facilitano le segnalazioni, migliorano la possibilità di effettuare le analisi epidemiologiche, sono decisivi per limitare la diffusione delle infezioni e determinanti nel prevenire lo sviluppo di epidemie e nel promuovere risposte rapide da parte delle organizzazioni istituzionali per il management e la pianificazione sanitaria.

#### **Obiettivo centrale:**

- 9.4 - *Aumentare la segnalazione delle malattie infettive da parte degli operatori sanitari (medici di famiglia, medici ospedalieri, laboratoristi)*

#### **Obiettivo specifico**



	<p><i>Mettere a punto e rafforzare i sistemi di sorveglianza delle malattie infettive prioritarie.</i></p> <p>L'azione principale della presente proposta progettuale è quella di aumentare la segnalazione delle malattie infettive da parte degli operatori sanitari (medici di famiglia, medici ospedalieri, laboratoristi), al fine di promuovere un miglioramento delle conoscenze su tutte le malattie infettive, implementare la percezione e l'identificazione delle stesse e di aumentare i tassi di notifica.</p>
<b>SETTING</b>	Ambito sanitario.
<b>GRUPPI D'INTERESSE</b>	<p><b>Popolazione target:</b> Popolazione generale, UOC di Igiene e Sanità Pubblica, UOC Ospedaliera, UOC Laboratorio analisi e Microbiologia, infettivologi, medici di medicina generale, pediatri di libera scelta.</p> <p><b>Attori e portatori di interesse:</b> Direzione Salute Regione Molise, ASREM, medici di famiglia, pediatri di libera scelta, medici ospedalieri, laboratoristi, Università.</p>
<b>PROVE DI EFFICACIA</b>	<p>La sorveglianza tradizionale si basa prevalentemente su operazioni manuali, ovvero le attività di notifica cartacea effettuata dai clinici o dai laboratori. Tuttavia, spesso vi è una sotto notifica. In alcuni studi condotti in Italia è stata riportata un'importante sottostima della notifica di varicella e delle infezioni da <i>Mycobacterium tuberculosis</i>. Evidenze in letteratura indicano che questo tipo di procedura può essere resa più efficace; alcuni sistemi introdotti a livello nazionale integrano i sistemi tradizionali con sistemi informatici più dinamici e rapidi. È stato riportato che con la notifica elettronica, ad esempio, le segnalazioni per infezioni da <i>Shigella</i> spp. possono aumentare del 34%, quelle sostenute da <i>Salmonella</i> spp. del 31% e le infezioni da <i>Giardia</i> del 25%. Tuttavia, i sistemi di segnalazione più efficaci sono risultati dalla sorveglianza attiva basata sui sistemi informatici dei laboratori. Questo metodo è impiegato per la sorveglianza dell'infezione da virus influenzale, per le zoonosi e per sindromi infettive quali <i>Chikungunya</i>, <i>West Nile Fever</i>, <i>Tick-borne encephalitis</i>.</p>
<b>MISURE PER LE DISUGUAGLIANZE</b>	Particolare attenzione sarà rivolta agli stranieri e alle fasce di popolazione più vulnerabili per garantirne l'accesso ai servizi sanitari.
<b>TRASVERSALITÀ</b>	Direzione Sanitaria Regione Molise, ASREM, UOC di Igiene e Sanità Pubblica, UOC Laboratorio analisi e Microbiologia, UOC Ospedaliera, infettivologi, medici di famiglia, pediatri di libera scelta, Università.



<b>ATTIVITÀ PRINCIPALI</b>	<p>Il programma prevede come attività principale l'implementazione della sorveglianza delle malattie infettive prioritarie tramite i laboratori, al fine di ottenere un incremento della notifica di malattia infettiva (certa e sindromica) dei medici di famiglia, pediatri di libera scelta, medici ospedalieri e medici laboratoristi, attraverso sistemi innovativi e verrà sviluppato in specifiche fasi.</p> <ul style="list-style-type: none"><li>– Ricognizione sullo stato dell'arte dei sistemi e sui processi di acquisizione delle notifiche;</li><li>– Attivazione di un percorso formativo, anche in collaborazione con l'Università, in cui verranno sviluppati eventi dedicati a medici di famiglia, ospedalieri e laboratoristi per far comprendere l'importanza della notifica, sia per le infezioni note in cui si riscontra una maggiore sottostima in Regione, sia nell'ottica di implementare uno strumento innovativo per monitorare le sindromi infettive emergenti e riemergenti;</li><li>– Stima della prevalenza delle malattie infettive sottoposte a notifica tramite analisi delle Schede di Dimissione Ospedaliera (SDO) dai database della regione, analizzando la frequenza delle malattie infettive sottoposte a notifica nelle diagnosi principali e secondarie.</li></ul>
<b>ANALISI DEI RISCHI</b>	<p>Assenza di un Osservatorio Epidemiologico regionale. Mancanza di risorse adeguate. Adeguate coinvolgimento dei MMG e PLS e appropriata attività di sensibilizzazione alla notifica.</p>
<b>SOSTENIBILITÀ</b>	<p>Nella fase di avvio, oltre a un modesto investimento per l'acquisizione della dotazione informatica opportuna, sarà necessario implementare la rete di raccolta dati attraverso il coinvolgimento di personale ad hoc (informatici, amministrativi, medici), impegnato per tutto il triennio del progetto. Le eventuali applicazioni e le connessioni informatiche rimarranno in essere a fine progetto. Le analisi che verranno sviluppate a seguito del progetto saranno utilizzate per pianificare procedure d'intervento, che porteranno ad una più razionale utilizzazione delle risorse.</p>



Obiettivo specifico	Indicatori di processo / sentinella	Fonte verifica	Formula calcolo	Valore di partenza	Valori attesi		
					2016	2017	2018
Mettere a punto e rafforzare i sistemi di sorveglianza delle malattie infettive prioritarie	Proporzione di casi di malattia batterica invasiva notificati (meningococco e pneumococco) per i quali è stato svolto l'accertamento di laboratorio e per i quali esista una diagnosi etiologica  (INDICATORE SENTINELLA)	Sistema di sorveglianza speciale e SDO	Percentuale di casi di malattia batterica invasiva notificati per i quali è stato svolto l'accertamento di laboratorio e per i quali esista una diagnosi etiologica	0	0%	40%	90% per pneumococco;  100% per meningococco
	Realizzazione di eventi formativi <i>ad hoc</i> per aumentare l'attenzione alla notifica delle malattie infettive	ASREM		0	1	1	1 (n. 3 corsi in totale)

CRONOPROGRAMMA DELLE ATTIVITA' PRINCIPALI	2016				2017				2018			
	I	II	III	IV	I	II	III	IV	I	II	III	IV
<b>Obiettivo specifico</b> <i>Mettere a punto e rafforzare i sistemi di sorveglianza delle malattie infettive prioritarie</i>												
fase di ricognizione sullo stato dell'arte dei sistemi e sui processi di acquisizione e catalogazione delle notifiche		■	■	■								
verifica dell'andamento delle notifiche			■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
stima della prevalenza delle malattie infettive sottoposte a notifica tramite analisi delle Schede di Dimissione Ospedaliera (SDO)							■	■	■	■	■	■
attivazione di un percorso formativo attraverso eventi formativi per i medici ospedalieri, di famiglia e laboratoristi				■		■		■		■		■



PNP								MOLISE			
Macro obiettivo	Obiettivi centrali	n. programmi che coprono gli obiettivi centrali	Programmi che coprono gli obiettivi centrali	Indicatori centrali	Baseline Nazionale	Standard Nazionale	Definizione di indicatore centrale da PRP	Baseline regionale	Baseline regionale dati Cnesps	Standard regionale	Fonte dei dati
9 Ridurre la frequenza di infezioni/malattie e infettive prioritarie	9.4 Aumentare la segnalazione delle malattie infettive da parte degli operatori sanitari (medici di famiglia, medici ospedalieri, laboratoristi)	N=1	PROGRAMMA REGIONALE "X" - DCA N. 24/2015 PREVENZIONE E SORVEGLIANZA DELLE MALATTIE INFETTIVE	Proporzione di casi di malattia batterica invasiva notificati per i quali è stato svolto l'accertamento di laboratorio e per i quali esista una diagnosi etiologica	60%	+50%	Proporzione di casi di malattia invasiva notificati (meningococco e pneumococco) per i quali è stato svolto l'accertamento di laboratorio e per i quali esista una diagnosi etiologica	0		90% per pneumococco 100% per meningococco	Sistema di sorveglianza speciale e SDO
							Realizzazione di eventi formativi <i>ad hoc</i> per aumentare l'attenzione alla notifica delle malattie infettive	0		3 corsi entro il 2018	ASREM



## LE MALATTIE INFETTIVE CRONICHE O DI LUNGA DURATA: TUBERCOLOSI (TBC) E HIV

### DESCRIZIONE

O.C.

9.5 *Ridurre i rischi di trasmissione da malattie infettive croniche o di lunga durata (TBC)*

In Italia, l'attuale contesto epidemiologico della tubercolosi (TBC) è caratterizzato da una bassa incidenza nella popolazione generale che si attesta a circa 7,7 x 100.000 abitanti (dati al 2010). Dati più recenti disponibili nel "Global Tuberculosis report 2014" emanato dall'OMS, indicano che, nel 2013, sono stati notificati 3153 casi di TBC con un'incidenza pari a 5,7 casi per 100.000 abitanti; dati presenti nel report "Tuberculosis surveillance and monitoring in Europe 2014" emanato dagli ECDC, riportano 3142 casi con un'incidenza pari a 5,2 per 100.000 abitanti nel 2012. La frequenza di malattia è maggiore in alcuni gruppi a rischio, come soggetti di nazionalità straniera. Tale situazione comporta problemi nella gestione della patologia, in quanto le difficoltà di accesso ai servizi e le barriere culturali/linguistiche spesso influenzano l'adesione al trattamento. Inoltre, il coinvolgimento di diversi servizi e professionisti nella diagnosi e nella terapia rischia di generare una frammentazione dei percorsi diagnostico-terapeutici, che, insieme alle carenze nella rete di diagnosi e cura, può creare difficoltà di realizzazione di efficaci programmi di controllo. Trasversale a queste strategie è l'attenzione alla tutela delle persone a rischio per la presenza di patologie croniche, per età o stato di immunocompromissione. Vanno, inoltre, considerate le criticità legate a problematiche sociali, crescita della povertà e fenomeni migratori. Tutti questi fattori espongono alcune gruppi di popolazione, in stato di deprivazione sociale e con scarso utilizzo dei servizi socio-sanitari, ad un maggior rischio di contrarre malattie infettive o gravi complicanze ad esse correlate.

Il controllo della tubercolosi nei contesti epidemiologici a bassa incidenza, come l'Italia, si attua principalmente attraverso la prevenzione della trasmissione del *Mycobacterium tuberculosis* da parte dei soggetti contagiosi e la prevenzione della progressione dell'infezione tubercolare latente (ITL) a TBC attiva. In Molise, manca un sistema di presa in carico precoce dei pazienti a rischio e il follow-up dei degenti è in un precario equilibrio di connessione con i servizi territoriali deputati. Un problema correlato significativamente alla trasmissione dell'infezione è rappresentato dalla perdita al follow-up di pazienti che, riscontrati positivi e avviati alle cure, molto spesso interrompono la terapia. I flussi migratori hanno, peraltro, reso frequente l'accesso in pronto soccorso di soggetti defedati e potenzialmente super-diffusori, il cui aggancio è spesso reso difficile dal ritardo nella diagnosi di escreato positivo. Nella popolazione straniera la perdita al follow-up è più elevata rispetto agli italiani, anche se non esiste una dettagliata quantificazione del fenomeno, né su scala nazionale, né su scala regionale. La capacità di identificazione e



O.C.  
9.5 *Ridurre i rischi di trasmissione da malattie infettive croniche o di lunga durata (HIV)*

la rilevazione di cause e fattori predittivi della perdita al follow-up dei pazienti in terapia anti-TBC allo stato attuale risultano inadeguate. La bassa adesione al trattamento dei pazienti stranieri in terapia anti-TBC potrebbe essere causata da una scarsa comprensione dei processi terapeutici o da un insufficiente coordinamento tra i diversi settori coinvolti, in particolare dalla rete sociale e familiare.

Il presente progetto propone di istituire un programma/percorso per facilitare la fase di diagnosi e il mantenimento in follow-up degli individui che accedono alle strutture ospedaliere.

**Obiettivo centrale:**

- 9.5 - *Ridurre i rischi di trasmissione da malattie infettive croniche o di lunga durata (TBC, HIV).*

**Obiettivo specifico**

*a): Incrementare le attività territoriali di infettivologia anche rivolto a soggetti a rischio (detenuti, migranti, soggetti defedati, ecc.)*

La principale azione corrispondente a tale obiettivo specifico è rappresentato dall'implementazione del monitoraggio dell'esito del trattamento dei casi di tubercolosi polmonare.

In Italia, sebbene negli ultimi anni il numero di decessi per AIDS per anno continui a diminuire, grazie all'effetto delle terapie antiretrovirali combinate, dati al 2011 riportano un'incidenza di HIV pari a 5,8 per 100.000 abitanti e oltre la metà dei casi di nuova diagnosi di HIV presenta già uno stato di malattia o AIDS, evidenziando un ritardo nella diagnosi.

Nei Paesi occidentali, con una prevalenza di HIV pari a 0,2-0,8%, ed in particolare negli USA, si stima che circa il 25-40% dei soggetti infetti da HIV non consapevoli del proprio stato d'infezione contribuiscano al 50-60% delle nuove trasmissioni di HIV ogni anno. Le ragioni di questa situazione sono da attribuire ad una infettività maggiore della fase acuta, a comportamenti a rischio delle persone che non conoscono il loro stato di infezione e all'accesso incompleto alla terapia antiretrovirale. Nelle aree dove la prevalenza supera i 2 casi per 1000 individui, si raccomanda di offrire il test per HIV a tutti coloro che giungano al ricovero ospedaliero per qualsiasi causa, dopo aver chiesto il consenso, ed a tutti gli assistiti della medicina di base



tra i 45 e 65 anni, fascia di età massimamente gravata da una manifestazione tardiva. Recentemente, negli USA, i test effettuati hanno permesso di aumentare le diagnosi precoci del 17% per anno, e di ottenere un progressivo incremento della conta dei linfociti CD4 alla diagnosi.

Un limite fondamentale emerso nella valutazione della resa di questi programmi è rappresentato da un alto tasso di rifiuto del test e da un'incompleta applicazione dei protocolli di proposta attiva, per rifiuto o dimenticanza, da parte del personale ordinario. Per tali motivi, se il test HIV deve essere introdotto sistematicamente nei centri di cura, appare necessaria l'acquisizione di risorse infrastrutturali e di staff di supporto (medici, psicologi e biologi), per massimizzare l'incremento della proporzione di pazienti inseriti nel sistema di cura.

In Italia non si effettuano ancora programmi di incremento dell'offerta generale del test per HIV nei servizi di cura e sempre più marcatamente si giunge ad una diagnosi tardiva dei pazienti infetti. I pazienti giungono alla diagnosi di HIV per la prima infezione opportunistica grave, presentando di conseguenza una minore aspettativa di vita rispetto ai soggetti diagnosticati in fase asintomatica. Tale situazione suggerisce che, anche nella Regione Molise, è quanto mai necessario rendere sistematico un sistema innovativo di accesso al test proattivamente offerto, sfruttando occasioni persuasive di cattura e diagnosi, modificando ed allargando profondamente l'offerta e l'accesso al test. L'offerta va sostenuta dallo sforzo congiunto di amministratori, medici specialisti ospedalieri e territoriali, medici di medicina generale e da uno staff di supporto adeguatamente costituito (psicologi, biologi e specialisti infettivologi). Sono, inoltre, indispensabili il consenso ed il supporto della Regione, della rete farmaceutica e di simili infrastrutture con maggiore ricorso alle nuove tecnologie di informazione e networking sociale.

Alla luce di ciò, le azioni del presente intervento sono indirizzate a migliorare l'offerta del test HIV e la diagnosi precoce di infezione, al fine di ottenere una riduzione significativa della diagnosi tardiva di HIV ed un incremento parallelo della frazione di pazienti con linfociti CD4 >350 cell/ $\mu$ l al momento della diagnosi di infezione da HIV. In dettaglio, l'azione principale è quella di identificare precocemente il paziente HIV positivo per ridurre il numero di *late presenters* e la possibilità di trasmissione del virus. I *late presenter* (LP) sono pazienti che al momento della prima diagnosi di sieropositività hanno un numero di linfociti CD4 <350/ $\mu$ l o una patologia indicativa di AIDS, indipendentemente dal numero di CD4. Sono pazienti che spesso vanno incontro a patologie gravi, che richiedono ricoveri ordinari e più facilmente sono *non responder* alla terapia antiretrovirale di I livello.



	<p><b>Obiettivo specifico</b></p> <p><i>b): Ridurre la proporzione tra nuove diagnosi di HIV late presenter (con CD4 &lt;350 cell/μl) e numero di soggetti con nuova diagnosi di HIV.</i></p> <p>Per la realizzazione di tale obiettivo, si rende indispensabile il coinvolgimento dei medici di medicina generale per invogliare gli assistiti ad effettuare il test HIV, nonché dei medici ospedalieri che negli esami di routine dei ricoverati inseriscono il test HIV, dopo il consenso informato previsto dalla legge 135/1990.</p> <p>La proposta progettuale, nell'alveo dell'obiettivo centrale 9.5, prevede quanto segue:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>– incrementare le attività territoriali dei medici infettivologi attraverso il follow-up di pazienti affetti da TBC appartenenti a categorie a rischio (detenuti, migranti, ecc.) fin dopo la dimissione ospedaliera</li><li>– identificare precocemente il paziente HIV positivo per ridurre il numero di <i>late presenters</i> e la possibilità di trasmissione del virus</li></ul>
<b>SETTING</b>	<p>Ospedaliero: Direzione Sanitaria Regione Molise, ASREM, UOC Ospedaliere, infettivologi, CIO dell'ASREM Regione Molise, operatori sanitari;</p> <p>Extra-ospedaliero: Medici di medicina generale, Collettività.</p>
<b>GRUPPI D'INTERESSE</b>	<p><b>Obiettivo specifico a)</b></p> <p><b>Beneficiari:</b> Popolazione generale e popolazione fragile (detenuti, migranti, ecc.); <b>Attori e portatori di interesse:</b> Direzione Salute Regione Molise, ASREM, UOC Malattie Infettive, Distretti Sanitari, Università, Istituti penitenziari, centri di accoglienza, associazioni ONLUS</p> <p><b>Obiettivo specifico b)</b></p> <p><b>Beneficiari:</b> Popolazione generale; <b>Attori e portatori di interesse:</b> Direzione Salute Regione Molise, ASREM, medici di medicina generale, medici ospedalieri, Università.</p>



<p><b>PROVE DI EFFICACIA</b></p> <p><b>Obiettivo specifico a)</b></p>          <p><b>Obiettivo specifico b)</b></p>	<p>I piani organizzati e istituiti da diversi organismi internazionali per controllare la diffusione della TBC a livello mondiale sottintendono ai seguenti punti chiave: impegno dei governi a sostenere la lotta alla TBC; diagnosi precoce; disponibilità regolare e continua di farmaci anti-TBC; presenza di un sistema di sorveglianza in grado di monitorare gli esiti dei trattamenti.</p> <p>Fattori strutturali, culturali ed economici incidono in modo significativo sulla capacità di controllare la diffusione della tubercolosi nel mondo e la presenza di co-infezioni e la resistenza multipla ai farmaci gravano fortemente sull'effettiva capacità di ridurre il numero di morti di TBC. Nel 2006, l'OMS ha lanciato la nuova strategia: Stop TB. Il Piano globale prevede un programma che porti a dimezzare, entro il 2015, la prevalenza della TBC nel mondo e il numero dei morti rispetto al 1990. Anche in Italia esiste un consenso nazionale sulla necessità di istituire sistemi di monitoraggio dell'esito del trattamento. Nel 2006, il CCM ha finanziato il Progetto "Sorveglianza della tubercolosi e delle resistenze ai farmaci antitubercolari". L'Italia è stata in grado di inviare all'OMS informazioni solo sul 15% dei nuovi casi positivi totali notificati. I dati di sorveglianza sui sistemi di monitoraggio degli esiti della terapia hanno mostrato che in Italia la quota dei pazienti persi al follow-up è significativamente superiore all'8%, valore al di sotto del quale evidenzia una sorveglianza adeguata. Per tali motivi, organismi nazionali e internazionali consigliano di estendere e rendere uniforme i sistemi di sorveglianza sulla TBC in Italia e di rendere pubblici i rapporti annuali, nonché di renderli disponibili ai professionisti per aumentare l'attenzione al problema.</p> <p>Dati della letteratura scientifica internazionale evidenziano che a una diagnosi precoce dell'infezione cronica da HIV nella fase asintomatica conseguono un più elevato tasso di successo nel trattamento, una forte riduzione degli effetti collaterali ed una parallela diminuzione della morbilità e mortalità.</p>
<p><b>MISURE PER LE DISUGUAGLIANZE</b></p> <p><b>Obiettivo specifico a)</b></p>	<p>La maggior parte dei super-diffusori di malattie infettive, inclusa la tubercolosi, è identificata nei soggetti di origine straniera.</p>





<p><b>ANALISI DEI RISCHI</b></p> <p><b>Obiettivo specifico a)</b></p> <p><b>Obiettivo specifico b)</b></p>	<ul style="list-style-type: none"><li>– Esistenza di una unica Unità operativa di malattie Infettive a livello ASREM e sua ubicazione presso il solo Ospedale "Cardarelli" di Campobasso.</li><li>– Carezza di personale presso l'O.U. Malattie infettive.</li> <li>– Difficoltà insita nel raggiungimento della popolazione fragile.</li><li>– Ulteriore rischio è rappresentato dall'imminente collocamento in quiescenza di medici dell'UOC Malattie Infettive dell'Asrem e dai limiti al turnover imposti dal Piano di rientro da disavanzo sanitario ossia da una situazione emergenziale ancora in via di superamento.</li><li>– UO di malattie Infettive presente presso il solo P.O. Cardarelli di Campobasso.</li><li>– Mancato coinvolgimento dei MMG.</li></ul>
<p><b>SOSTENIBILITÀ</b></p> <p><b>Obiettivo specifico a)</b></p> <p><b>Obiettivo specifico b)</b></p>	<p>Il percorso sarà strutturato con procedura regionale. Questo potrebbe condurre all'individuazione degli individui positivi che diversamente potrebbero essere reintrodotti in comunità in assenza di una diagnosi ancora certa e, quindi, aumentando le probabilità di trasmissione. Il programma di monitoraggio degli esiti della terapia anti-TBC dovrebbe fornire una stima regionale di tutti i pazienti persi al follow-up.</p> <p>L'effettuazione di test anonimi e gratuiti per la diagnosi di HIV può e deve giungere a un potenziamento strutturale della rete diagnostica alla fine del programma. In molte altre nazioni, le forme organizzative implementate in fase di progettazione sono state poi integrate stabilmente nella sorveglianza di ciascuna area. Anche nella Regione Molise tale evoluzione è pertanto del tutto realizzabile alla fine dello svolgimento del programma.</p>



Obiettivo specifico	Indicatori di processo / sentinella	Fonte verifica	Formula calcolo	Valore di partenza	Valori attesi			
					2015	2016	2017	2018
Incrementare le attività territoriali di infettivologia anche rivolto a soggetti a rischio (detenuti, migranti, soggetti defedati, ecc.)	Proporzione tra casi di TBC persi al follow up e casi di TBC diagnosticati  (INDICATORE SENTINELLA)	Regione ASREM	percentuale	30%		20%	20%	15%
Ridurre la proporzione tra nuove diagnosi di HIV late presenter (con CD4 <350 cell/μL) e numero di soggetti con nuova diagnosi di HIV	Rapporto percentuale tra nuove diagnosi di HIV late presenter (con CD4 <350 cell/μL) e numero di soggetti con nuova diagnosi di HIV  (INDICATORE SENTINELLA)	Sistema di sorveglianza HIV (regionale e/o del COA dell'ISS)	percentuale	55% (anno 2013)		50%	45%	40%
	Corsi di formazione per MMG (corsi interattivi nelle aree di Campobasso, Termoli e Isernia)	Regione		0		almeno 1 corso	almeno 2 corsi	almeno 2 corsi
	Emanazione di una direttiva con la direzione sanitaria ospedaliera per la richiesta di autorizzazione ad effettuare il test per HIV ai soggetti all'ingresso in ospedale	ASREM		Assente		Emanazione	-	-

CRONOPROGRAMMA DELLE ATTIVITA' PRINCIPALI	2015		2016				2017				2018			
	III	IV	I	II	III	IV	I	II	III	IV	I	II	III	IV
<b>Obiettivo specifico a)</b> <i>Incrementare le attività territoriali di infettivologia anche rivolto a soggetti a rischio (detenuti, migranti, soggetti defedati, ecc.)</i>														
• Costituzione di una rete di coordinamento e attività														
• Fase di ricognizione e audit														
• Monitoraggio degli esiti della terapia dei pazienti positivi a TBC														
• Elaborazione di una reportistica annuale di interesse regionale														
• Elaborazione, stampa e diffusione di opuscoli informativi, multilingue, da distribuire a livello territoriale e in luoghi intramurari														



Obiettivo specifico b) <i>Ridurre la proporzione tra nuove diagnosi di HIV late presenter (con CD4 &lt;350 cell/μL) e numero di soggetti con nuova diagnosi di HIV</i>	2016				2017				2018			
	I	II	III	IV	I	II	III	IV	I	II	III	IV
• Costituzione di un gruppo di coordinamento regionale												
• Accordi con le direzioni sanitarie ospedaliere per l'emanazione di apposita direttiva per proporre ai pazienti ricoverati il test HIV con consenso informato												
• Coinvolgimento dei medici di medicina generale												
• Organizzazione di corsi di formazione per medici di medicina generale												

PNP								MOLISE			
Macro obiettivo	Obiettivi centrali	n. programmi che coprono gli obiettivi centrali	Programmi che coprono gli obiettivi centrali	Indicatori centrali	Baseline Nazionale	Standard Nazionale	Definizione di indicatore centrale da PRP	Baseline regionale	Baseline regionale dati Cnesps	Standard regionale	Fonte dei dati
9 Ridurre la frequenza di infezioni/malattie infettive prioritarie	9.5 Ridurre i rischi di trasmissione da malattie infettive croniche o di lunga durata (TBC, HIV)	N=1	PROGRAMMA REGIONALE "X" - DCA N. 24/2015 PREVENZIONE E SORVEGLIANZA DELLE MALATTIE INFETTIVE	Proporzione dei casi di TBC polmonare e infezione tubercolare latente che sono stati persi al follow-up	25-30%	- 50%	Proporzione tra casi di TBC persi al <i>follow up</i> e casi di TBC diagnosticati	30%		15%	Regione ASREM Sistema di sorveglianza TBC
				Proporzione di nuove diagnosi di HIV late presenter (CD4<350/μl indipendentemente e dal numero di CD4)/soggetti con nuova diagnosi di HIV	57%	-25%	Rapporto percentuale tra nuove diagnosi di HIV late presenter (con CD4 <350 cell/μl) e numero di soggetti con nuova diagnosi di HIV	55%		40%	Sistema di sorveglianza HIV
							Corsi di formazione per MMG (corsi interattivi nelle aree di Campobasso, Termoli e Isernia)	0		1 corso nel 2016 e 2 corsi nel 2017 e 2018	ASREM Regione
							Emanazione di una direttiva con la direzione sanitaria ospedaliera per la richiesta di autorizzazione ad effettuare il test per HIV ai soggetti all'ingresso in ospedale	Assente		Emanazione	ASREM



## L'ANAGRAFE VACCINALE INFORMATIZZATA: INTEROPERABILITA'

### 9.6 Completare l'informatizzazione delle anagrafi vaccinali interoperabili a livello regionale e nazionale tra di loro e con altre basi di dati (malattie infettive, eventi avversi, residente/assistiti)

#### DESCRIZIONE

Il PNPV 2012-2014 e il PRPV 2012-2014 prevedevano come obiettivi la completa informatizzazione delle anagrafi vaccinali, al fine di potenziare il monitoraggio delle coperture vaccinali. La diffusione delle anagrafi vaccinali informatizzate, oltre che a favorire l'adesione alle vaccinazioni attraverso la chiamata attiva, consente di tenere sotto controllo le inadempienze e i ritardi, agevolando la programmazione degli appuntamenti. L'adozione delle anagrafi vaccinali informatizzate, facilita e automatizza numerose attività dei Centri Vaccinali, supportando gli operatori nella registrazione dei dati vaccinali, nella gestione delle scorte di vaccini e del magazzino, nella generazione di inviti e solleciti e nella compilazione di certificati. Numerosi studi hanno dimostrato l'importanza di incrementare l'adesione alle vaccinazioni attraverso la gestione di dati anagrafici e vaccinali, dei ritardi e delle inadempienze. L'anagrafe consente, inoltre, di monitorare in maniera continua le coperture vaccinali, fornendo un indicatore fondamentale per la valutazione dell'impatto dei programmi di vaccinazione.

Con il PRV 2005-2007, la Regione Molise ha avviato il processo di informatizzazione dei dati vaccinali dotandosi di un software (A.V.I. – Anagrafe Vaccinale Informatizzata) elaborato dalla Molise Dati S.p.a. per la gestione dell'anagrafe vaccinale, finalizzato a creare uno strumento adeguato e affidabile di monitoraggio continuo delle coperture vaccinali sul territorio regionale. Gli operatori degli ambulatori vaccinali della ASREM, dopo aver partecipato ad incontri di formazione e addestramento, hanno iniziato ad utilizzare l'A.V.I. inserendo i dati vaccinali delle coorti dei nati a partire dal 2000 fino all'attuale.

#### **Obiettivo centrale:**

- 9.6 - *Completare l'informatizzazione delle anagrafi vaccinali interoperabili a livello regionale e nazionale tra di loro e con altre basi di dati (malattie infettive, eventi avversi, residente/assistiti)*



	<p><b>Obiettivo specifico:</b></p> <p><i>Completamento dell'informatizzazione e ottimizzazione del software in uso dell'anagrafe vaccinale dei Servizi di Igiene Pubblica dell'ASREM entro il 2018</i></p> <p>Le azioni principali per il raggiungimento dell'obiettivo specifico riguardano:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>– Completamento della gestione informatizzata della popolazione infantile interessata dalle vaccinazioni;</li><li>– Risoluzione delle criticità evidenziate dal software nel corso dei primi anni di attività dell'A.V.I.;</li><li>– Formazione/aggiornamento di tutto il personale dei Centri Vaccinali in servizio al 31 Dicembre 2018.</li></ul>
<b>SETTING</b>	Ambito sanitario.
<b>GRUPPI D'INTERESSE</b>	<p><b>Popolazione target del progetto:</b> Popolazione residente interessata dalle vaccinazioni;</p> <p><b>Attori e portatori di interesse:</b> Operatori ambulatori vaccinali ed informatici.</p>
<b>PROVE DI EFFICACIA</b>	<p>Come raccomandato dall'Organizzazione Mondiale della Sanità, i programmi di immunizzazione e le attività vaccinali necessitano di una sistematica valutazione in termini di adeguatezza, efficienza ed efficacia, allo scopo di definire periodicamente obiettivi e priorità a livello locale e nazionale. L'adozione delle anagrafi vaccinali informatizzate facilita e automatizza numerose attività dei Centri Vaccinali, supportando gli operatori nella registrazione dei dati vaccinali, nella gestione delle scorte di vaccini e del magazzino, nella generazione di inviti e solleciti, nella compilazione di certificati. Numerosi studi internazionali dimostrano la loro efficacia soprattutto nell'incrementare l'adesione alle vaccinazioni attraverso una più facile gestione dei dati anagrafici e vaccinali, nonché dei ritardi e delle inadempienze. L'anagrafe consente di monitorare in maniera continuativa le coperture vaccinali, fornendo un indicatore fondamentale per la valutazione dell'impatto dei programmi di vaccinazione. I centri vaccinali, grazie alla anagrafe informatizzata, possono riorganizzare e razionalizzare le attività, risparmiando risorse (personale, tempo, vaccini), garantendo rilevazioni precise e un'efficace sorveglianza degli eventi avversi e delle scorte vaccinali.</p>



<b>MISURE PER LE DISUGUAGLIANZE</b>	Per garantire l'universalità e l'efficacia dell'offerta vaccinale, è importante che l'estensione dei programmi sia più ampia possibile e che l'offerta attiva riesca a raggiungere i sottogruppi più vulnerabili che spesso presentano una scarsa <i>compliance</i> all'invito oppure non rientrano nella popolazione target dei programmi (donne immigrate, stranieri, nomadi).
<b>TRASVERSALITÀ</b>	Anagrafi comunali, anagrafe sanitaria aziendale.
<b>ATTIVITÀ PRINCIPALI</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Completamento della informatizzazione graduale e progressiva della popolazione infantile vaccinata, oggetto di rilevazione vaccinale annuale;</li><li>- Formazione di tutti gli operatori dei servizi vaccinali sull'utilizzo del software.</li><li>- Revisione del software A.V.I. per il calcolo delle coperture vaccinali, per la stampa degli inviti, per la gestione del magazzino, interoperabilità con il sistema di sorveglianza delle malattie infettive.</li></ul>
<b>ANALISI DEI RISCHI</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Non perfetta corrispondenza tra anagrafe sanitaria, collegata al software in uso, e anagrafi comunali;</li><li>- Difficoltà applicativa nei vari ambulatori del territorio, superabile con la condivisione del progetto da parte di tutti gli operatori coinvolti;</li><li>- Non perfetta corrispondenza tra l'Anagrafe sanitaria, collegata al software in uso, e le Anagrafi comunali (nel Molise ci sono 136 Comuni di cui circa il 90% con una popolazione inferiore a 5.000 abitanti), che possono rendere difficile l'individuazione degli inadempienti; tale criticità è superabile mantenendo il contatto con le anagrafi comunali e provvedendo agli indispensabili aggiornamenti inserendo i nomi mancanti.</li></ul>
<b>SOSTENIBILITÀ</b>	<p>La sostenibilità è strettamente connessa all'adeguatezza delle risorse umane e strumentali degli ambulatori vaccinali.</p> <p>Poiché questo progetto intende migliorare l'efficienza dei servizi e il rapporto costo/beneficio legato all'informatizzazione, ampiamente documentati in letteratura, i benefici apportati dall'intervento, una volta messo a regime, saranno mantenuti nel tempo.</p> <p>In tale ottica appare comunque indispensabile che l'ASREM assicuri risorse finanziarie adeguate da destinare all'inserimento dei dati.</p>



Obiettivo specifico	Indicatori di processo / sentinella	Fonte verifica	Formula calcolo	Valore di partenza	Valori attesi			
					2015	2016	2017	2018
Completamento dell'informatizzazione e ottimizzazione del software in uso dell'anagrafe vaccinale dei Servizi di Igiene Pubblica dell'ASREM entro il 2018	Inserimento delle vaccinazioni dei nuovi nati e a ritroso fino alla coorte di nascita 2000  (INDICATORE SENTINELLA)	Software A.V.I.	n. inserimenti/ n. nati x 100	Non definibile		95%	95%	100%
	Formazione di tutti gli operatori dei servizi vaccinali sull'utilizzo del software	ASREM		100% (all'introduzione del software)		30%	50%	100%

CRONOPROGRAMMA DELLE ATTIVITA' PRINCIPALI	2016				2017				2018			
	I	II	III	IV	I	II	III	IV	I	II	III	IV
<b>Obiettivo specifico:</b>  <i>Completamento dell'informatizzazione e ottimizzazione del software in uso dell'anagrafe vaccinale dei Servizi di Igiene Pubblica dell'ASREM entro il 2018</i>												
• Inserimento delle vaccinazioni dei nuovi nati e a ritroso fino alla coorte di nascita 2000												
• Formazione di tutti gli operatori dei servizi vaccinali sull'utilizzo del software A.V.I.												
• Revisione del software A.V.I. per calcolo coperture vaccinali, stampa di inviti, gestione magazzino, interoperabilità con sistema di sorveglianza delle malattie infettive												



PNP								MOLISE			
Macro obiettivo	Obiettivi centrali	n. programmi che coprono gli obiettivi centrali	Programmi che coprono gli obiettivi centrali	Indicatori centrali	Baseline Nazionale	Standard Nazionale	Definizione di indicatore centrale da PRP	Baseline regionale	Baseline regionale dati Cnesps	Standard regionale	Fonte dei dati
9. - Ridurre la frequenza di infezioni / malattie infettive prioritarie	9.6 - Completare l'informatizzazione delle anagrafi interoperabili a livello regionale e nazionale tra di loro e con altre basi di dati (malattie infettive, eventi avversi, residente/assistiti)	N=1	PROGRAMMA REGIONALE "X" - DCA N. 24/2015 PREVENZIONE E SORVEGLIANZA DELLE MALATTIE INFETTIVE	Proporzione della popolazione regionale coperta da anagrafe vaccinale informatizzata	15/21 Regioni completamente informatizzate; 8/15 stesso software in tutte le ASL; 6/15 dato individuale accessibile al livello regionale	100% Tutte le Regioni hanno realizzato l'A.V.I. unica regionale	Inserimento delle vaccinazioni dei nuovi nati e a ritroso fino alla coorte di nascita 2000	n.d.		100%	Software A.V.I.
							Formazione di tutti gli operatori dei servizi vaccinali sull'utilizzo del software	100% (all'introduzione del software)		100%	ASREM



## COPERTURE VACCINALI E ADESIONE CONSAPEVOLE ALLE VACCINAZIONI

### DESCRIZIONE

La vaccinazione rappresenta uno degli interventi più efficaci per la prevenzione primaria delle malattie infettive. Ciononostante, le malattie infettive rappresentano, a tutt'oggi, una delle principali cause di morbilità, disabilità e morte.

Il PNPV 2012-2014 e il PNEMoRc 2010-2015 rappresentano i documenti di riferimento per la definizione degli obiettivi di Sanità Pubblica relativi alla riduzione o all'eliminazione delle malattie infettive prevenibili mediante vaccinazioni. Gli obiettivi di copertura stabiliti per tipo di vaccinazione e target di età e/o gruppi di popolazione sono stati oggetto di monitoraggio annuale o semestrale in quanto rientrano nei LEA ed è stato stabilito un cronoprogramma triennale per raggiungere gradualmente i livelli di copertura indicati. Contestualmente, è stato ridefinito il "Calendario Vaccinale delle vaccinazioni offerte attivamente a tutta la popolazione", quale strumento operativo per la realizzazione delle strategie vaccinali, oltre che come utile guida per operatori sanitari ed utenti.

Il mantenimento di elevate coperture nei bambini continua a garantire il controllo delle più pericolose malattie in età infantile, tuttavia, occorre integrare l'offerta universale con interventi personalizzati rivolti a categorie della popolazione più vulnerabili, garantendo la gratuità di queste prestazioni mirate. Pertanto, l'impegno a livello nazionale dovrà essere teso a raggiungere i seguenti obiettivi: realizzazione del concetto di adesione consapevole da parte della popolazione all'offerta degli interventi preventivi; superamento delle differenze territoriali in termini di standard di copertura vaccinale e di qualità dell'offerta; promozione dell'equità verticale potenziando le azioni di prevenzione rivolte ai soggetti più a rischio (operatori sanitari, adolescenti, donne in età fertile, gruppi a rischio per patologie) e ai gruppi più difficili da raggiungere (migranti, detenuti).

La presente proposta progettuale intende realizzare un incremento delle coperture vaccinali nel triennio, con progressioni annuali, che tenga conto degli obiettivi del PNP e dei risultati fin qui registrati nella nostra Regione.

**Obiettivo centrale:**

- 9.4 - *Aumentare la copertura vaccinale e l'adesione consapevole nella popolazione generale e in specifici gruppi a rischio (operatori sanitari, adolescenti, donne in età fertile, popolazioni difficili da raggiungere, migranti, gruppi a rischio per patologie)*

**Obiettivo specifico:**

*Organizzare eventi formativi/informativi specifici per il personale sanitario regionale di sensibilizzazione alla promozione delle vaccinazioni, con particolare riguardo alle vaccinazioni con non ottimale copertura, a quelle dirette agli ultrasessantacinquenni, alle categorie con specifici fattori di rischio (persone affette da almeno una malattia cronica, come ictus, infarto, diabete, insufficienza renale, BPCO, asma, tumori, epatiti e cirrosi) e ai migranti.*

Le azioni principali della presente proposta progettuale sono rappresentate dal mantenimento dei livelli di copertura raggiunti nei nuovi nati per tutte le vaccinazioni previste dal calendario regionale; da un incremento graduale delle coperture vaccinali per tutte le altre vaccinazioni previste dal PNPV e dal raggiungimento graduale del tasso di copertura per le vaccinazioni introdotte dal 2015 (Varicella nei nuovi nati ed eventuali altre vaccinazioni introdotte dal nuovo PNV).

Per consolidare e/o migliorare le attuali coperture vaccinali, con particolare attenzione al tema delle diseguaglianze, è necessario un costante aggiornamento di tutto il personale sanitario dei centri vaccinali. È necessario, inoltre, aumentare la consapevolezza dell'importanza delle vaccinazioni da parte dei medici di medicina generale, pediatri di libera scelta e medici ospedalieri attraverso incontri di aggiornamento. Occorre, infine, il coinvolgimento di associazioni di immigrati e di donne migranti per migliorare una loro adesione consapevole. Per il raggiungimento degli obiettivi di copertura vaccinale, il principale strumento da utilizzare è l'offerta attiva gratuita. Pertanto, tutte le vaccinazioni per le quali questo documento fissa obiettivi specifici, saranno offerte attivamente e gratuitamente ed inserite nell'aggiornamento del Calendario Vaccinale Regionale.



<b>SETTING</b>	Comunità e ambienti sanitari.
<b>GRUPPI D'INTERESSE</b>	<b>Popolazione target:</b> nuovi nati, adolescenti, categorie/gruppi a rischio, popolazione generale. <b>Attori e portatori di interesse:</b> operatori dei servizi vaccinali, medici di medicina generale, pediatri di libera scelta, strutture ospedaliere e consultoriali, Università, mediatori culturali, associazioni immigrati e donne migranti.
<b>PROVE DI EFFICACIA</b>	<p>Esiste una vasta produzione di letteratura scientifica e raccomandazioni, sia in campo nazionale, sia internazionale, sull'importanza di adeguate coperture vaccinali per raggiungere il controllo e la successiva eliminazione/eradicatione di numerose malattie infettive. Infatti, nonostante i notevoli miglioramenti in termini di mortalità e morbosità, le malattie infettive rappresentano tuttora un rilevante problema di Sanità Pubblica nel nostro Paese.</p> <p>Le principali evidenze sono rappresentate da:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>➤ Piano Nazionale Prevenzione Vaccinale 2012-2014;</li><li>➤ Piano Nazionale per l'Eliminazione del Morbillo e della Rosolia congenita (PNEMoRc - approvato come Accordo Stato-Regioni nel 2003 e il suo aggiornamento, approvato come Intesa Stato-Regioni il 23 marzo 2011;</li><li>➤ Vaccine Introduction Guidelines. Adding a vaccine to a national immunization programme: decision and implementation. WHO, 2005. Disponibile online da: <a href="http://www.who.int/vaccines">www.who.int/vaccines</a>;</li><li>➤ Annual epidemiological report 2014 - vaccine-preventable diseases ECDC 11 Dec 2014.</li></ul> <p>Relativamente alla vaccinazione antipolio, sono emerse negli ultimi anni indicazioni per l'introduzione di un richiamo in epoca adolescenziale/adulta. I continui scambi di persone e merci con Paesi in cui circolano ancora oggi virus selvaggi, consigliano un livello di protezione dalla malattia mediante il mantenimento di un titolo protettivo di anticorpi tramite la vaccinazione, che in Italia prevede solo 4 dosi a fronte delle 5-6 dosi di IPV già previste in altri Paesi europei. In analogia a quanto già previsto nei calendari vaccinali di altri Paesi europei, come Regno Unito, Francia e Germania e di altre Regioni italiane, anche limitrofe (Marche e Puglia), appare auspicabile una 5° dose di vaccino IPV da somministrare agli adolescenti.</p>
<b>MISURE PER LE DISUGUAGLIANZE</b>	Gli eventi di sensibilizzazione del personale sanitario che si intende organizzare sono orientati, in particolare, alla promozione delle vaccinazioni per le quali si registra, a livello regionale, una non ottimale



	<p>copertura e quelle dirette agli ultrasessantacinquenni, alle categorie con specifici fattori di rischio (persone affette da almeno una malattia cronica, come ictus, infarto, diabete, insufficienza renale, BPCO, asma, tumori, epatiti e cirrosi) e ai migranti.</p> <p>La peculiarità demografica regionale impone di porre particolare attenzione al target rappresentato dalla popolazione ultrasessantacinquenne; come già riferito nell'analisi di contesto di cui al documento istruttorio del D.C.A. 22 aprile 2015, n. 24 di recepimento dell'Intesa Stato-Regioni del 13-11-2014 sul PNP 2014-2014 e di approvazione delle correlate "Linee programmatiche regionali", la popolazione molisana sta progressivamente invecchiando con conseguente aumento del carico sociale e sanitario connesso alla disabilità ed alla non autosufficienza; in particolare, l'analisi del contesto demografico, comprova che la Regione, pur avendo forti analogie con il dato nazionale, mostra una tendenza ad un maggiore invecchiamento, con un peso in aumento della popolazione anziana che, soprattutto nel prossimo decennio, sarà rappresentata da soggetti di età superiore ai settantacinque anni, cioè da quella fascia d'età che già oggi risulta oggetto di interventi di maggior impegno, sia di tipo sanitario che socio-sanitario e assistenziale.</p> <p>Inoltre, il fenomeno migratorio dal Nord Africa e medio Oriente, per le ben note crisi internazionali, seppur modesto in termini assoluti, risulta altamente impattante in considerazione della consistenza demografica regionale e delle caratteristiche dei comuni molisani.</p> <p>La sopra riferita attività formativa da implementare con in PRP 2014-2018 sarà orientata al perfezionamento delle tecniche di counselling per una migliore e appropriata conoscenza dei benefici delle vaccinazioni e per superare diffidenze spesso indotte da disinformazione; inoltre attraverso l'attivazione di specifici eventi formativi, del personale sanitario in generale e dei MMG in particolare, si intende migliorare il tasso di adesione alle campagne vaccinali da parte della popolazione anziana e agevolare un approccio culturalmente appropriato con i migranti, anche attraverso il coinvolgimento di mediatori culturali e associazioni di volontariato.</p>
<b>TRASVERSALITÀ</b>	Strutture ospedaliere e consultoriali, distretti, MMG, PLS, Comuni, UTG, mediatori culturali, associazioni immigrati e donne migranti.



<b>ATTIVITÀ PRINCIPALI</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>– Aggiornamento del Calendario Vaccinale Regionale alla luce del prossimo PNV;</li><li>– Chiamate attive per le coorti individuate nel PRP (prime vaccinazioni, richiami, solleciti);</li><li>– Elaborazione di un libretto vaccinale regionale;</li><li>– Introduzione, in ogni ambulatorio vaccinale, di un registro regionale dei rifiuti vaccinali, dove vengono puntualmente annotati i motivi di mancata o incompleta vaccinazione per polio e per MPR;</li><li>– 1 dose a 24 mesi;</li><li>– Formazione e aggiornamento tecnico-scientifico degli operatori dei servizi vaccinali;</li><li>– Formazione e aggiornamento dei pediatri di libera scelta, dei medici di medicina generale, dei medici competenti aziendali, dei medici e personale ospedaliero e consultoriale coinvolti nella promozione delle vaccinazioni;</li><li>– Fornitura del materiale informativo e promozione delle vaccinazioni con particolare riguardo anche a categorie a rischio (persone affette da almeno una malattia cronica, come ictus, infarto, diabete, insufficienza renale, BPCO, asma, tumori, epatiti e cirrosi).</li></ul>
<b>ANALISI DEI RISCHI</b>	<p>Diffidenza di alcuni operatori sanitari verso le vaccinazioni;</p> <p>Presenza di movimenti auto-organizzati, presenti in Regione, che si oppongono alle vaccinazioni e forniscono informazioni parziali e fuorvianti alla popolazione rispetto alla sicurezza e all'efficacia delle vaccinazioni;</p> <p>Presenza di genitori non adeguatamente informati ed ostili alle vaccinazioni.</p> <p>Errori di comunicazione.</p>
<b>SOSTENIBILITÀ</b>	<p>Gli interventi vaccinali sono particolarmente costo-efficaci, tanto che sono inclusi nei LEA.</p> <p>Relativamente alle nuove vaccinazioni da prendere in considerazione nel 2015 e nel triennio a seguire, è previsto il potenziamento e consolidamento della vaccinazione anti-varicella nei nuovi nati (azione già prevista nel PNPV).</p> <p>Inoltre, bisogna prevedere:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>- la vaccinazione anti-pneumococcica nei soggetti di età uguale o superiore a 65 anni, in linea con quanto già in essere in Regioni limitrofe come la Puglia;</li><li>- una 5° dose di vaccino antipolio negli adolescenti, da somministrare nel previsto richiamo dTPa</li></ul>



	<p>(dTPa/IPV), in linea con quanto già in essere nelle Regioni limitrofe delle Marche e della Puglia;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- introduzione del vaccino antimeningococcico B coniugato tetravalente, in sostituzione dell'anti-Men C, a 13-15 mesi e negli adolescenti.</li> </ul>
--	--

## TABELLA DEGLI INDICATORI DI PROCESSO

Obiettivi	Indicatori di processo	Fonte verifica	Formula calcolo	Valore di partenza	Valori attesi		
					2016	2017	2018
<p><b>O. C.:</b></p> <p>Aumentare la copertura vaccinale e l'adesione consapevole nella popolazione generale e in specifici gruppi a rischio</p> <p><b>Obiettivo specifico regionale:</b></p> <p>Organizzare eventi formativi/informativi specifici per il personale sanitario regionale di sensibilizzazione alla promozione delle vaccinazioni, con particolare riguardo alle vaccinazioni con non ottimale copertura, a quelle dirette agli ultra-sessantacinquenni, alle categorie con specifici fattori di rischio (persone affette da almeno una malattia cronica, come ictus, infarto, diabete, insufficienza renale, BPCO, asma, tumori, epatiti e cirrosi) e ai migranti.</p>	Realizzazione di 1 evento formativo per anno per gli operatori dei servizi vaccinali	ASREM		Non noto	1 evento	1 evento	1 evento
	Realizzazione di 1 evento informativo e di aggiornamento per anno con PLS, MMG, medici e personale ospedaliero e consultoriale	ASREM		—	1 evento	1 evento	1 evento
	(INDICATORE SENTINELLA)						
	Aggiornamento Calendario Vaccinale in base al PNV	Regione		Presente	Effettuato	Effettuato	Effettuato
	Elaborazione di un libretto vaccinale regionale	Regione		Non presente	-	Presente	-
	Introduzione del registro regionale dei rifiuti alle vaccinazioni in tutte le sedi vaccinali	Regione/ ASREM		Non presente	-	Presente	-
	Aumento coperture vaccinali	ASREM-PASSI	percentuale	cfr. Tabella "A"	cfr. Tabella "A"	cfr. Tabella "A"	cfr. Tabella "A"



## CRONOPROGRAMMA DELLE ATTIVITA'

Attività principali	2015		2016				2017				2018			
	III	IV	I	II	III	IV	I	II	III	IV	I	II	III	IV
• Aggiornamento del Calendario Vaccinale Regionale														
• Chiamate attive per le coorti individuate nel PRP														
• Elaborazione di un libretto vaccinale regionale														
• Introduzione, in ogni ambulatorio vaccinale, di un registro regionale dei rifiuti vaccinali per polio e MPR 1 dose a 24 mesi														
• Formazione e aggiornamento tecnico-scientifico degli operatori dei servizi vaccinali														
• Informazione e aggiornamento di PLS, MMG, medici competenti aziendali, dei medici e personale ospedaliero e consultoriale coinvolti nella promozione delle vaccinazioni attraverso 1 incontro di aggiornamento per anno														
• Fornitura di materiale informativo e promozione delle vaccinazioni, con particolare riguardo anche a categorie a rischio														



PNP							MOLISE				
Macro obiettivo	Obiettivi centrali	n. programmi che coprono gli obiettivi centrali	Programmi che coprono gli obiettivi centrali	Indicatori centrali	Baseline Nazionale	Standard Nazionale	Definizione di indicatore centrale da PRP	Baseline regionale	Baseline regionale dati Cnesps	Standard regionale	Fonte dei dati
9. - Ridurre la frequenza di infezioni/malattie infettive prioritarie	9.7 Aumentare la copertura vaccinale e l'adesione consapevole nella popolazione generale e in specifici gruppi a rischio (operatori sanitari, adolescenti, donne in età fertile, popolazioni difficili da raggiungere, migranti, gruppi a rischio per patologie)	N=1	PROGRAMMA REGIONALE "X" - DCA N. 24/2015 PREVENZIONE E SORVEGLIANZA DELLE MALATTIE INFETTIVE	Coperture vaccinali per le vaccinazioni previste dal PNPV e tasso di rifiuti			Aggiornamento Calendario Vaccinale	Presente		effettuato	ASREM Regione Molise
					Accordo SR 25-03-15 Macro 9 Tabella 1	Accordo SR 25-03-15 Macro 9 Ind. 9.7.2	Aumento coperture vaccinali	Cfr. Tabella A		Cfr. Tabella A	
							Elaborazione di un libretto vaccinale regionale	Non presente		100%	
							Introduzione del registro regionale dei rifiuti alle vaccinazioni in tutte le sedi vaccinali	Non presente		100%	
							Realizzazione di eventi formativi per gli operatori dei servizi vaccinali	Non noto		1 evento per anno	
							Realizzazione di 1 evento di informazione, aggiornamento per anno con PLS, MMG, medici e personale ospedaliero e consultoriale	Non noto		1 evento per anno	



TABELLA "A"

Indicatori di risultato per copertura	Baseline regionale	Valori attesi regionali			Obiettivi di copertura PNPV
		2016	2017	2018	
DTP-Polio-Ep. B, Hib a 24 mesi	94,3%	≥95%	≥95%	≥95%	95%
MPR a 24 mesi 1 <sup>a</sup> dose	77,3%	90%	92%	≥95%	95%
Varicella entro i 2 anni di età	47,6%	50%	70%	≥95%	95%
Meningococco a 24 mesi	68,0%	75%	85%	≥95%	95%
PCV a 24 mesi	92,6%	93%	94%	≥95%	95%
dTP-Polio a 5-6 anni	93,8%	≥95%	≥95%	≥95%	95%
MPR a 5-6 anni 2a dose	79,3%	92%	93%	≥95%	95%
dTpa a 15 anni	28,7% (coorte 1999)	50%	70%	≥90%	90%
Varicella a 5-6 anni	38,2% (coorte 2008)	40%	70%	95%	95%
MPR negli adolescenti (11-18 anni ) (due dosi)	61% (coorte 1999)	88%	90%	≥95%	95%
Meningococco negli adolescenti	14,2% (coorte 1999)	45%	50%	≥95%	95%
HPV F 11 anni (nate nel 2005)	59,47% (coorte 2003)	60%	70%	≥95%	95%
Influenza >65 anni	43,8%	51%	60%	≥75%	75% (minimo) 95% (ottimale)
Influenza nei gruppi a rischio e >65anni	63,6%	65%	70%	≥75%	75% (minimo) 95% (ottimale)
Pneumococco nei gruppi a rischio e >65 anni	41%	45%	60%	75%	75% (minimo) 95% (ottimale)
Herpes Zoster nei gruppi a rischio e >65 anni	0	-	-	50%	50% (minimo) 95% (ottimale)



## LA CORRETTA INFORMAZIONE SULLE VACCINAZIONI

### DESCRIZIONE

Le vaccinazioni, come è noto, sono vittime della loro stessa efficacia che, di fatto ha causato nel tempo una ridotta percezione della minaccia degli agenti infettivi data la circolazione degli stessi e gli effetti mediatici sugli eventuali eventi avversi. È, pertanto, indispensabile agire informando correttamente la popolazione, non solo attraverso la comunicazione istituzionale (campagne informative promosse da Ministero Salute, Regioni), ma anche attraverso gli operatori sanitari che entrano a contatto con le famiglie dei nuovi nati. La maggior parte delle vaccinazioni riguarda l'età pediatrica, quindi, la qualità della relazione tra operatori sanitari e genitori è di fondamentale importanza per sostenerli nel processo decisionale e per operare una scelta consapevole. Una comunicazione efficace, comprensibile, corretta dal punto di vista tecnico-scientifico, adatta al target, è un fattore in grado di promuovere le vaccinazioni anche nei confronti di gruppi difficili da raggiungere.

Per contrastare il trend negativo delle coperture vaccinali a cui anche la nostra Regione sta assistendo, si intende realizzare un intervento comunicativo attraverso l'adozione di un programma di comunicazione regionale e locale, finalizzato alla corretta gestione e informazione sui vaccini, con interventi indirizzati sia alla popolazione generale, sia al personale sanitario coinvolto a vario titolo nelle vaccinazioni. Il primo passo per capire come promuovere l'adesione è comprendere e valutare quali siano le informazioni in possesso dei genitori che utilizzano sempre più frequentemente i social network, leggono sui giornali articoli che spesso usano titoli ambigui o inesatti, seguono servizi televisivi non sempre obiettivi ed imparziali. Solo specialisti del campo possono aiutare il comune cittadino a capire se sta ricevendo informazioni esatte o errate, mettendo a disposizione un'informazione indipendente, trasparente, completa, aggiornata e tempestiva. Gli operatori dei servizi vaccinali, i pediatri di libera scelta e i medici di medicina generale hanno quindi una grandissima responsabilità e, di conseguenza, uno degli obiettivi da raggiungere con il presente programma è quello di migliorare conoscenze e competenze professionali in materia e, allo stesso tempo, potenziare le capacità di comunicazione degli operatori sanitari.

Un ulteriore passaggio sarà migliorare le relazioni tra Servizi Vaccinali, Servizi di Igiene e Sanità Pubblica dei Dipartimenti di Prevenzione e tutti gli operatori sanitari che incontrano le famiglie dei nuovi nati, a partire dalle ostetriche che incontrano le donne in diverse, per arrivare ai pediatri, al fine di garantire omogeneità e completezza dei messaggi.

È prevista, inoltre, la produzione di materiali cartacei aggiornati da inviare alle famiglie insieme agli inviti per le vaccinazioni dei nuovi nati, da mettere a disposizione nei servizi vaccinali e negli ambulatori dei pediatri.



**Obiettivo centrale:**

- 9.8 - *Pianificare la comunicazione finalizzata alla corretta gestione e informazione sui vaccini e sulle malattie infettive prevenibili mediante vaccinazione.*

**Obiettivo specifico:**

*Realizzazione di un programma di comunicazione per la gestione della corretta informazione sui vaccini in tutti i distretti e i centri vaccinali dell'ASREM*

Per il raggiungimento dell'obiettivo specifico, il programma prevede le seguenti azioni principali:

**a) Formazione del personale sanitario in tema di comunicazione:**

Nel mutamento complessivo del panorama delle vaccinazioni che ha visto enormi progressi negli ultimi decenni con più vaccini disponibili, maggiore sicurezza e efficacia, si assiste ad un movimento generalizzato di sfiducia o di disinteresse da buona parte dell'opinione pubblica nei confronti della pratica vaccinale. Questo ha generato la necessità, per gli operatori sanitari, di migliorare le proprie capacità comunicative per attuare una promozione attiva delle vaccinazioni. In una prospettiva comunicativa individuale è necessario che l'operatore dei servizi vaccinali consideri le regole fondamentali per instaurare un efficace patto di salute con l'utente. Per lo svolgimento dei corsi, saranno coinvolti esperti, cui sarà richiesto di condurre corsi ad hoc dopo aver effettuato una revisione sistematica della letteratura sulle strategie più efficaci di comunicazione da utilizzare per la promozione delle immunizzazioni.

**b) Produzione di materiale informativo per promuovere le vaccinazioni nella popolazione generale e in specifiche categorie a rischio:**

Un valido materiale informativo e di comunicazione rappresenta uno strumento di promozione dell'*empowerment* e concorre ad aumentare l'informazione e le competenze dei genitori e della popolazione in generale, anche quella più difficile da raggiungere, al fine di realizzare scelte di salute consapevoli ed effettivamente praticabili. Pertanto, la presente azione è orientata alla produzione di materiale informativo (opuscoli informativi, anche multilingua, distinti per target, locandine, manifesti e video) sulle vaccinazioni dell'infanzia e dell'adolescenza.



<p><b>SETTING</b></p> <p>a) Formazione del personale sanitario in tema di comunicazione</p> <p>b) Produzione di materiale informativo per promuovere le vaccinazioni nella popolazione generale e in specifiche categorie a rischio</p>	<p>Ambienti sanitari (centri vaccinali, consultori)</p> <p>Scuole, comunità, ambienti sanitari</p>
<p><b>GRUPPI D'INTERESSE</b></p> <p>a) Formazione del personale sanitario in tema di comunicazione</p> <p>b) Produzione di materiale informativo per promuovere le vaccinazioni nella popolazione generale e in specifiche categorie a rischio</p>	<p><b>Popolazione target:</b> Operatori sanitari coinvolti nelle vaccinazioni <b>Attori e portatori di interesse:</b> Regione Molise, ASREM, Università</p> <p><b>Popolazione target:</b> Popolazione generale <b>Attori e portatori di interesse:</b> Regione Molise, ASREM, Università</p>
<p><b>PROVE DI EFFICACIA</b></p>	<p>La maggior parte delle vaccinazioni riguarda l'età pediatrica. Pertanto, la qualità della relazione tra operatori sanitari e genitori è di fondamentale importanza per sostenerli nel processo decisionale e operare una scelta consapevole. Una comunicazione efficace, comprensibile, corretta dal punto di vista tecnico-scientifico e mirata al target, rappresenta un fattore indispensabile per promuovere le vaccinazioni, anche nei confronti di gruppi difficili da raggiungere. Allo stesso tempo, stanno emergendo evidenze di quanto sia difficile riuscire a portare a termine campagne di comunicazione che siano realmente efficaci nell'incrementare le coperture vaccinali. Alla luce di ciò, saranno rigorosamente portate avanti le azioni che risultano avere evidenze scientifiche di efficacia, anche preliminari e non necessariamente da studi sperimentali.</p>
<p><b>MISURE PER LE DISUGUAGLIANZE</b></p>	<p>È necessario sviluppare sessioni formative di counseling da parte degli operatori vaccinali orientate ad un approccio multietnico per rimuovere le barriere linguistiche, culturali e religiose.</p> <p>E' altresì indispensabile che il materiale informativo per la promozione di una corretta informazione sulla utilità delle vaccinazioni venga redatto con caratteristiche di immediatezza e semplicità nelle principali lingue internazionali ed in rumeno, e distribuito nei contesti più appropriati.</p> <p>Gli stranieri residenti nel Molise sono circa 11.000 (dato 2014) pari a circa il 3,5% della popolazione totale e la comunità più numerosa e quella rumena con 4.200 presenza pari all'1,34% della popolazione regionale.</p>



<p><b>TRASVERSALITÀ</b></p> <p>a) Formazione del personale sanitario in tema di comunicazione</p> <p>b) Produzione di materiale informativo per promuovere le vaccinazioni nella popolazione generale e in specifiche categorie a rischio</p>	<p>Strutture ospedaliere e consultoriali, MMG, PLS, Associazioni di categoria, Associazioni di cittadini e pazienti, media locali e regionali, Mediatori culturali, Associazioni immigrati e donne migranti ecc.</p>
<p><b>ATTIVITÀ PRINCIPALI</b></p> <p>a) Formazione del personale sanitario in tema di comunicazione</p> <p>b) Produzione di materiale informativo per promuovere le vaccinazioni nella popolazione generale e in specifiche categorie a rischio</p>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Coinvolgimento di esperti nazionali e acquisizione delle evidenze scientifiche disponibili;</li><li>- Sviluppo di un programma di comunicazione univoco regionale basato sull'evidenza per la gestione della corretta informazione sui vaccini ai fini dell'adesione consapevole attraverso l'organizzazione di eventi formativi regionali ECM con esperti in materia di comunicazione;</li><li>- Formazione degli operatori vaccinali sulle tecniche di comunicazione e il <i>counseling</i> vaccinale, con particolare attenzione al "<i>counseling multietnico</i>".</li><li>- Produzione di materiale informativo (opuscoli informativi multilingua, distinti per target, locandine, manifesti e video) sulle vaccinazioni dell'infanzia e dell'adolescenza.</li></ul>
<p><b>ANALISI DEI RISCHI</b></p>	<p>Difficoltà di reperire strategie di comunicazione di provata efficacia;</p> <p>Collaborazione da parte dei medici di medicina generale e dei pediatri di libera scelta;</p> <p>Campagne di contro-informazione da parte di siti internet o associazioni di cittadini.</p>
<p><b>SOSTENIBILITÀ</b></p>	<p>Il programma implementato é suscettibile di adeguamenti e miglioramenti in ragione degli effetti prodotti; in ogni caso é imprescindibile lo stanziamento di appropriate risorse da destinare tanto alla stampa di materiale informativo/divulgativo a carattere regionale (opuscoli informativi, anche multilingua, distinti per target, opuscoli informativi vaccinali multilingua, locandine e manifesti) quanto all'organizzazione di eventi formativi regionali ECM con esperti in materia di comunicazione, rivolti agli operatori dei servizi vaccinali</p>



Obiettivo specifico	Indicatori di processo / sentinella	Fonte verifica	Formula calcolo	Valore di partenza	Valori attesi		
					2016	2017	2018
Realizzazione di un programma di comunicazione per la gestione della corretta informazione sui vaccini in tutti i distretti e i centri vaccinali dell'ASREM	Sviluppo di un programma di comunicazione univoco regionale basato sull'evidenza per la gestione della corretta informazione sui vaccini ai fini dell'adesione consapevole  (INDICATORE SENTINELLA)	Regione Molise ASREM		Assente	Non previsto	Effettuato	Effettuato
	Svolgimento di corsi di formazione per gli operatori sanitari dell'ASREM  (INDICATORE SENTINELLA)	Regione Molise ASREM		Assente	Non previsto	Almeno 1 corso	Almeno 1 corso
	Produzione materiale informativo (es. opuscoli informativi, anche multilingua, distinti per target, locandine, manifesti e video)	Regione Molise ASREM		Assente	Prodotto	Prodotto	Prodotto

Cronoprogramma delle attività principali	2016				2017				2018			
	I	II	III	IV	I	II	III	IV	I	II	III	IV
<b>Obiettivo specifico</b> <i>Realizzazione di un programma di comunicazione per la gestione della corretta informazione sui vaccini in tutti i distretti e i centri vaccinali dell'ASREM</i>												
Coinvolgimento di esperti nazionali e acquisizione delle evidenze scientifiche disponibili												
Organizzazione di eventi formativi (almeno 1 per anno) con esperti in materia di comunicazione per gli operatori vaccinali su tecniche di comunicazione e <i>counseling</i> vaccinale, con attenzione al " <i>counseling multietnico</i> "												
Sviluppo di un programma di comunicazione per la gestione della corretta informazione sui vaccini												
Produzione di materiale informativo sulle vaccinazioni dell'infanzia e dell'adolescenza												



PNP								MOLISE			
Macro obiettivo	Obiettivi centrali	n. programmi che coprono gli obiettivi centrali	Programmi che coprono gli obiettivi centrali	Indicatori centrali	Baseline Nazionale	Standard Nazionale	Definizione di indicatore centrale da PRP	Baseline regionale	Baseline regional e dati Cnesps	Standard regionale	Fonte dei dati
9. - Ridurre la frequenza di infezioni/ malattie infettive prioritarie	9.8 Pianificare la comunicazione finalizzata alla corretta gestione e informazione sui vaccini e sulle malattie infettive prevenibili mediante vaccinazione	N=1	PROGRAMMA REGIONALE "X" - DCA N. 24/2015 PREVENZIONE E SORVEGLIANZA DELLE MALATTIE INFETTIVE	Esistenza di un programma di comunicazione basato sulla <i>evidence</i> per la gestione della corretta informazione sui vaccini ai fini della adesione consapevole	Non rilevato	100% tutte le Regioni hanno realizzato un programma di comunicazione	Sviluppo di un programma di comunicazione univoco regionale basato sull'evidenza per la gestione della corretta informazione sui vaccini ai fini dell'adesione consapevole	Assente		Programma regionale di comunicazione	Regione Molise ASREM
							Svolgimento dei corsi di formazione per gli operatori sanitari dell'ASREM	Assente		1 corso 2017 e 2018	
							Produzione materiale informativo (es. opuscoli informativi, anche multilingua, distinti per target, locandine, manifesti e video)	Assente		Prodotto	



## PIANI PER IL CONTRASTO DELLE EMERGENZE INFETTIVE

### DESCRIZIONE

Negli ultimi anni, infezioni emergenti e/o riemergenti hanno causato nel mondo epidemie e pandemie che sfidano le potenzialità di controllo delle principali organizzazioni mondiali sanitarie. Oltre alle infezioni diffuse con potenziale pandemico emergenti (SARS CoV - Severe Acute Respiratory Syndrome coronavirus, MERS CoV - Middle East Respiratory Syndrome coronavirus, Ebola Virus e nuovi ceppi influenzali a trasmissione umana), altre infezioni virali, come quelle causate da West Nile Virus, Nipah Virus e Chikungunya virus, meritano particolare attenzione. Ad oggi, inoltre, sebbene l'incidenza sia diminuita significativamente, la tubercolosi continua a rivestire un ruolo rilevante tra le malattie infettive di interesse clinico-epidemiologico in Italia.

La diffusione di tali infezioni nella popolazione si verifica con tempi più rapidi rispetto al passato, a causa dell'espansione della popolazione, dell'urbanizzazione e dei viaggi frequenti che caratterizzano le società moderne. Alla luce di tale contesto epidemiologico, la predisposizione di un sistema di contenimento della trasmissione di malattie a potenziale rapida diffusione interumana rappresenta un'esigenza di Sanità Pubblica. Un sistema integrato di *preparedness*, infatti, rappresenta una soluzione costo-efficace per i governi nazionali e locali, permettendo di ridurre sia la trasmissione in caso di esposizioni a rischio, sia la mortalità e la morbilità e, quindi, garantendo una migliore potenzialità di risposta ad eventuali evenienze emergenti di rischio. Lo sviluppo di piani aggiornati di preparazione e di risposta in grado di identificare rapidamente e contenere tempestivamente le emergenze infettive, nonché la disponibilità di piani e presidi generici e specifici per patologia infettiva, è un obiettivo da perseguire per una risposta efficace di Sanità Pubblica. Con l'entrata in vigore della Decisione della Commissione Europea N. 1082/2013/EU, l'Italia è tenuta a sviluppare un piano generico di preparazione a serie minacce per la salute, sia di origine biologica (malattie infettive, resistenza agli antibiotici ed infezioni nosocomiali, biotossine), sia di origine chimica, ambientale o sconosciuta.

Il presente programma prevede l'introduzione a livello regionale di un piano di risposta generale alle grandi emergenze infettive per contenere e circoscrivere la loro trasmissione e mantenere in sicurezza gli operatori sanitari coinvolti nelle procedure di assistenza e di cura. Il piano prevede l'adeguamento strutturale di strutture sanitarie del territorio regionale per l'esecuzione di un triage separato in sicurezza e la presa in carico per gli individui con sospetto di meningite/meningoencefalite ed infezioni trasmissibili per via aerea (TBC, influenza, infezioni respiratorie sostenute da patogeni emergenti e riemergenti, ecc.). È



	<p>prevista anche l'implementazione di punti di diagnosi precoce radiologica e la diagnosi microbiologica rapida per TBC e meningite batterica, per una adeguata e precoce presa in carico dei pazienti. Pertanto, verranno ispezionate le UO di Pronto Soccorso della Regione ed identificate aree di sicurezza e percorsi separati per i pazienti a rischio respiratorio. Saranno identificati locali adeguati per l'isolamento temporaneo in tutte le strutture sanitarie dotate di Pronto Soccorso per evitare i rischi di trasmissione nelle fasi che precedono il trasporto dei pazienti nei centri di riferimento.</p> <p>L'azione principale del programma è quella di sviluppare di un piano di emergenza regionale stabile per la gestione delle emergenze infettive.</p> <p><b>Obiettivo centrale:</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>➤ <i>9.9 Predisporre piani nazionali condivisi tra diversi livelli istituzionali per la preparazione e la risposta alle emergenze infettive.</i></li></ul> <p><b>Obiettivi specifici:</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li><i>a) Approvazione di una delibera regionale per l'adozione di un piano permanente per la gestione delle emergenze infettivologiche e, in particolare, per una adeguata diagnosi e presa in carico dei pazienti con infezioni diffusive per via aerea;</i></li><li><i>b) Approvazione di delibere da parte dell'ASREM per l'adozione di provvedimenti strutturali, protocolli e procedure per l'adeguamento delle strutture di riferimento per la presa in carico precoce dei pazienti a rischio infettivologico e per l'adozione parallela di misure di adeguamento da parte di tutti gli ospedali dotati di pronto soccorso e dei Servizi Territoriali per un percorso separato per il triage di individui a rischio di contagiosità respiratoria;</i></li><li><i>c) Realizzazione sul territorio regionale di provvedimenti attuativi delle deliberazioni di cui ai punti precedenti entro due anni dall'approvazione delle delibere;</i></li></ul>
<b>SETTING</b>	Ambito sanitario (Direzione Sanitaria Regione Molise, ASREM, UOC Malattie Infettive), Collettività.



<b>GRUPPI D'INTERESSE</b>	<b>Attori e portatori di interesse:</b> Regione Molise, ASREM, Università, Collettività.
<b>PROVE DI EFFICACIA</b>	<p>Le epidemie di infezioni riemergenti e sostenute da nuovi agenti infettivi, oltre a provocare un aumento della mortalità, determinano l'impovertimento delle risorse dei Paesi colpiti a causa dell'alto tasso di ospedalizzazione e della necessità di cure ed assistenza, spesso costose ed intensive.</p> <p>In assenza di vaccini e farmaci efficaci, le uniche misure di Sanità Pubblica per il controllo di un'epidemia sono rappresentate da efficaci strategie di identificazione e contenimento, incluso l'isolamento dei casi accertati per evitare la trasmissione interumana.</p> <p>Per raggiungere tali obiettivi, in accordo con le evidenze in letteratura, risulta essenziale disporre di strumenti per una diagnosi precoce e un'immediata presa in carico dei pazienti, come anche disporre di sistemi di sorveglianza che forniscano un accesso immediato alle informazioni sul numero di nuovi casi clinici, la ricerca della fonte di esposizione, la possibilità di produrre farmaci e/o vaccini attivi.</p> <p>Per i casi accertati, devono essere messi in atto provvedimenti sanitari che vanno dall'isolamento alle cure assistenziali di base.</p> <p>In presenza di epidemie causate da agenti infettivi per cui esiste una cura, oltre all'interruzione della catena della trasmissione, la diagnosi precoce e la presa in carico da parte degli specialisti di malattie infettive hanno un impatto importante in base alla letteratura disponibile.</p>
<b>MISURE PER LE DISUGUAGLIANZE</b>	Valorizzazione, nel piano regionale, del ruolo delle associazioni di volontariato attive in Molise per l'assistenza a fasce di popolazione con disagio economico, con disabilità, anziani e migranti.
<b>TRASVERSALITÀ</b>	Regione, ASREM, Comuni, UTG e Organi di pubblica Sicurezza.
<b>ATTIVITÀ PRINCIPALI</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Riconoscimento e <i>audit</i> nelle sedi per raccogliere informazioni sulla possibilità di realizzare di percorsi separati di triage, diagnosi precoce e presa in carico con eventuale isolamento per individui con sospetto di malattia infettiva a diffusione respiratoria che accedano dal territorio nelle strutture ospedaliere o giungano ad esse per trasferimento da altre strutture regionali di assistenza;</li><li>- Istruzione ed assunzione delle delibere necessarie per l'adozione dei provvedimenti strutturali nell'ASREM (stanze di isolamento presso le Unità di Pronto Soccorso, presenza di DPI con relative procedure di utilizzo in caso di contatti a rischio, percorsi di formazione e sensibilizzazione del personale permanente nei confronti del problema delle emergenze infettive);</li><li>- Istruzione ed assunzione delle delibere necessarie per la creazione dei punti di triage sicuro, diagnosi rapida e precoce presa in carico in isolamento nell'ASREM per i pazienti a rischio di trasmissione di malattie infettive contagiose e diffuse;</li><li>- Assunzione di protocolli e procedure per la gestione globale dei soggetti con sospetto di malattia</li></ul>



	infettiva contagiosa e diffusiva, incluso l'adeguamento dei sistemi di trasporto dei pazienti sospetti.
<b>ANALISI DEI RISCHI</b>	Per garantire l'appropriatezza del Piano non si può prescindere dall'attenta valutazione del contesto regionale, caratterizzato da una complessiva scarsa consistenza demografica, da un numero eccessivo di comuni piccolissimi (il 90% circa ha una popolazione inferiore a 5.000 abitanti), dall'orografia non favorevole (il territorio è montuoso per il 55,3% e collinare per la restante parte ad eccezione di una piccolissima zona costiera), da un sistema infrastrutturale deficitario, dalla carenza complessiva di personale sanitario specializzato in malattie infettive che impone la ottimizzazione delle risorse disponibili.
<b>SOSTENIBILITÀ</b>	I costi di investimento saranno per la maggior parte concentrati nella fase di implementazione del Piano. In una fase successiva all'introduzione delle infrastrutture di base, dovranno essere aggiunti i costi di manutenzione e di adeguamento permanente degli organici per sopperire alle esigenze del triage separato. La sostenibilità dell'azione è resa dalla diminuzione della trasmissione delle malattie infettive e dalla riduzione della mortalità e della morbilità ad esse associate.

Obiettivo specifico	Indicatori di processo / sentinella	Fonte verifica	Formula calcolo	Valore di partenza	Valori attesi		
					2016	2017	2018
Approvazione di una delibera regionale per l'adozione di un piano permanente per la gestione delle emergenze infettivologiche e, in particolare, per una adeguata diagnosi e presa in carico dei pazienti con infezioni diffuse	Adozione di un piano di risposta regionale attuativo dei piani nazionali per le emergenze infettivologiche	REGIONE	-	Assente	Non previsto	Adozione Piano	--
Approvazione di delibere da parte dell'ASREM per l'adozione di provvedimenti strutturali, protocolli e procedure per l'adeguamento delle strutture di riferimento per la presa in carico precoce dei pazienti a rischio infettivologico e per l'adozione parallela di misure di adeguamento da parte di tutti gli ospedali dotati di pronto soccorso e dei Servizi Territoriali per un percorso separato per il triage di individui a rischio di contagiosità	Deliberazioni adottate per la definizione di protocolli e procedure per l'attuazione del piano regionale con i relativi adeguamenti strutturali e funzionali	ASREM	-	Assente	Non previsto	Approvazione	Approvazione



Realizzazione sul territorio regionale di provvedimenti attuativi delle deliberazioni di cui ai punti precedenti entro due anni dall'approvazione delle delibere	Numero di DEA che hanno adottato misure strutturali e funzionali per la gestione delle emergenze infettivologiche  (INDICATORE SENTINELLA)	REGIONE-ASREM	n. DEA adottanti misure/n. DEA regionali x 100	0	0	33%	100%
--	--	---------------	--	---	---	-----	------

CRONOPROGRAMMA DELLE ATTIVITÀ PRINCIPALI	2016				2017				2018			
	I	II	III	IV	I	II	III	IV	I	II	III	IV
<b>Obiettivi specifici:</b>												
a) <i>Approvazione di una delibera regionale per l'adozione di un piano permanente per la gestione delle emergenze infettivologiche e, in particolare, per una adeguata diagnosi e presa in carico dei pazienti con infezioni diffuse per via aerea</i>												
b) <i>Approvazione di delibere da parte dell'ASREM per l'adozione di provvedimenti strutturali, protocolli e procedure per l'adeguamento delle strutture di riferimento per la presa in carico precoce dei pazienti a rischio infettivologico e per l'adozione parallela di misure di adeguamento da parte di tutti gli ospedali dotati di pronto soccorso e dei Servizi Territoriali per un percorso separato per il triage di individui a rischio di contagiosità respiratoria</i>												
c) <i>Realizzazione sul territorio regionale di provvedimenti attuativi delle deliberazioni di cui ai punti precedenti entro due anni dall'approvazione delle delibere</i>												
• Ricognizione e audit nelle sedi per raccogliere informazioni sulla possibilità di realizzare di percorsi separati di triage, diagnosi precoce e precoce presa in carico con eventuale isolamento per individui con sospetto di malattia infettiva a diffusione respiratoria												
• Istruzione ed assunzione delle delibere necessarie per l'adozione dei provvedimenti strutturali												
• Istruzione ed assunzione delle delibere necessarie per la creazione dei punti di triage sicuro, diagnosi rapida e precoce presa in carico in isolamento												
• Assunzione di protocolli e procedure per la gestione dei soggetti con sospetto di malattia infettiva contagiosa e diffusiva												



PNP								MOLISE			
Macro obiettivo	Obiettivi centrali	n. programmi che coprono gli obiettivi centrali	Programmi che coprono gli obiettivi centrali	Indicatori centrali	Baseline Nazionale	Standard Nazionale	Definizione di indicatore centrale da PRP	Baseline regionale	Baseline regionale dati Cnesps	Standard regionale	Fonte dei dati
9 Ridurre la frequenza di infezioni/malattie infettive prioritarie	9.9 Predisporre piani nazionali condivisi tra diversi livelli istituzionali per la preparazione e la risposta alle emergenze infettive	N=1	PROGRAMMA REGIONALE "X" - DCA N. 24/2015 PREVENZIONE E SORVEGLIANZA DELLE MALATTIE INFETTIVE	Esistenza di Piani e Protocolli regionali attuativi dei piani nazionali	non rilevato	100% tutte le Regioni hanno documentato l'adozione di un piano di risposta alle emergenze	Adozione di un piano di risposta regionale attuativo dei piani nazionali per le emergenze infettivologiche	Assente		Adozione Implementazione Piano regionale	Regione Molise ASREM
							Deliberazioni adottate per la definizione di protocolli e procedure per l'attuazione del piano regionale con i relativi adeguamenti strutturali e funzionali	Assente		Approvazione	
							Numero di DEA che hanno adottato misure strutturali e funzionali per la gestione delle emergenze infettivologiche	0		100%	



## PROGRAMMA DI SORVEGLIANZA, GESTIONE E PREVENZIONE DELLE INFEZIONI CORRELATE ALL'ASSISTENZA E DELLE ANTIBIOTICO-RESISTENZE

MACRO 9 - RIDURRE LA FREQUENZA DI INFEZIONI-MALATTIE INFETTIVE PRIORITARIE.

Il programma ha lo scopo di integrare problematiche di salute tra loro evidentemente interconnesse, avviando un percorso multidisciplinare che renda i luoghi di cura e la pratica medica sempre più in linea con i moderni dettami della scienza.

Titolo del Programma	Macro Obiettivo di pertinenza	Obiettivi centrali	Obiettivi specifici regionali
"Sorveglianza, gestione e prevenzione delle infezioni correlate all'assistenza e delle antibiotico-resistenze"	9 – Ridurre la frequenza di infezioni/malattie infettive prioritarie	9.10 Migliorare la qualità della sorveglianza delle infezioni invasive da Enterobatteri produttori di carbapenemasi (CPE)	Sviluppare/implementare la sorveglianza delle CPE in tutti gli ospedali regionali
		9.11 Monitorare il consumo di antibiotici in ambito ospedaliero e territoriale	Fornire all'Azienda Sanitaria Regionale informazioni sul consumo annuale di antibiotici in ambito ospedaliero e territoriale
		9.12 Promuovere la consapevolezza da parte della comunità nell'uso degli antibiotici	Sviluppare un programma regionale di comunicazione per aumentare nella popolazione la consapevolezza sul corretto utilizzo degli antibiotici
		9.13 Definire un programma di sorveglianza e controllo delle infezioni correlate all'assistenza	Acquisizione ed analisi dei dati relativi all'andamento delle infezioni correlate all'assistenza nell'Azienda Sanitaria Regionale



## Razionale e descrizione del programma:

L'ecosistema "ospedale" è caratterizzato da fattori demografici, multiresistenze, uso di biomateriali, aggressività diagnostica e terapeutica, etc., che contribuiscono ad aumentare il rischio di acquisire infezioni correlate all'assistenza (ICA). Le persone a rischio di ICA sono innanzitutto i pazienti e, con minor frequenza, il personale ospedaliero, gli assistenti volontari, gli studenti e i tirocinanti. Considerato che le ICA rappresentano eventi avversi e sono, quindi, universalmente considerate come un indicatore della qualità di una struttura sanitaria, appare evidente l'importanza di pianificare strategie atte a perseguire il miglioramento della qualità e l'individuazione di criteri, standard ed indicatori.

La resistenza antimicrobica (AMR) rappresenta oggi una minaccia reale per la salute pubblica globale, preoccupazione che emerge dal rapporto 2014 dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) che evidenzia un vasto e rapido sviluppo delle resistenze agli antibiotici.

I dati forniti dallo European Antimicrobial Resistance Surveillance Network (Ears-Net), la rete di sorveglianza coordinata dall'European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC), relativi alla segnalazione di infezioni invasive (in sangue e liquor) di alcuni patogeni selezionati per la loro importanza clinica e microbiologica, mostrano che, nel giro di pochi anni, è aumentata sensibilmente la resistenza in due specie microbiche sottoposte a sorveglianza, quali *Escherichia coli* e *Klebsiella pneumoniae*. Negli ultimi anni, inoltre, tra le resistenze si è aggiunta quella ai carbapenemi, antibiotici di ultima risorsa utili per il trattamento delle infezioni da batteri multiresistenti.

L'utilizzo inappropriato degli antibiotici è la principale causa della selezione di microrganismi con profili di resistenza sempre più ampi. Prassi terapeutiche inadeguate per il trattamento di patologie infettive, infatti, oltre che risultare inefficaci per il paziente, contribuiscono al consolidamento e/o all'aumento delle resistenze. Per conservare la sensibilità o ritardarne lo sviluppo, l'antibiotico deve essere utilizzato in base a politiche di appropriatezza basate sull'evidenza. Pertanto, per elaborare una risposta efficace nei confronti dell'AMR è essenziale misurare la portata del problema e governare l'appropriatezza delle prescrizioni, condizioni necessarie per ridurre l'incidenza di infezioni da germi multiresistenti in pazienti ospedalizzati e/o curati in luoghi/residenze sanitarie per anziani, in regime di assistenza domiciliare e/o ambulatoriale.

Nell'ottobre del 2008, il Dipartimento di Malattie Infettive, Parassitarie ed Immunomediate dell'Istituto Superiore di Sanità ha condotto un'indagine sui cittadini italiani maggiorenni per valutare il grado di conoscenza riguardo l'uso degli antibiotici. Dall'analisi dei dati è emerso che buona parte dei cittadini (quasi il 50%) utilizza antibiotici senza prescrizione medica per curare infezioni, mal di gola, influenza e tosse e che più della metà dei bambini italiani assume antibiotici, per il 78% dei casi sotto prescrizione medica. Inoltre, solo nel 71% dei casi il paziente viene informato sui motivi della prescrizione e solo nel 41% questa è preceduta da un accertamento diagnostico. Appare, dunque, evidente che l'utilizzo responsabile ed appropriato degli antibiotici è decisamente un problema reale, ed è, pertanto, necessario effettuare campagne di informazione utili a contrastare con maggiore efficacia il fenomeno crescente dell'AMR.

Pertanto, il presente programma ha lo scopo di integrare tra loro problematiche di salute evidentemente interconnesse, avviando un percorso multidisciplinare che renda i luoghi di cura e la pratica medica sempre più in linea con i moderni dettami della scienza.

Nello specifico, esso prevede di:



- implementare la sorveglianza delle infezioni da batteri produttori di carbapenemasi, in accordo con quanto previsto dalla Circolare del Ministero della Salute n. 4968 del 26/02/2013 sulla “Sorveglianza, e controllo delle infezioni da batteri produttori di carbapenemasi (CPE)” attraverso la sensibilizzazione degli attori coinvolti;
- definire i flussi informativi per valutare il consumo di antibiotici in ambito ospedaliero e territoriale;
- promuovere nel personale sanitario e nella popolazione una corretta “cultura” sull’uso appropriato degli antibiotici, anche implementando la *stewardship* antimicrobica e le consulenze infettivologiche nella pratica assistenziale;
- adeguare/riprogettare/implementare un sistema di sorveglianza e controllo delle ICA che possa incidere positivamente su differenti aspetti dell’ecosistema ospedaliero, proiettando nel tempo le strutture sanitarie regionali in un contesto nazionale di eccellenza per la prevenzione delle ICA, quindi verso un miglioramento dell’offerta sanitaria rispetto al bisogno di salute della popolazione e alla tutela del personale impegnato nelle attività assistenziali.

### Contesto epidemiologico e di partenza

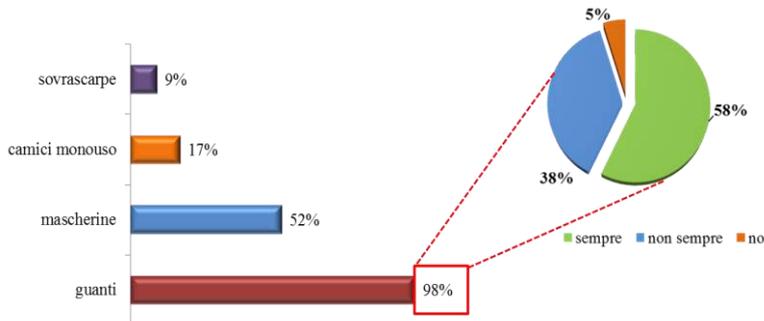
Nel 2013, l’European Center for Disease Control (ECDC) ha pubblicato i risultati di uno studio di prevalenza europeo mirato a stimare la frequenza delle ICA e l’uso di antibiotici negli ospedali per acuti. In Italia, lo studio è stato condotto nel periodo settembre-ottobre 2011 includendo 49 ospedali (Molise e Calabria non sono riuscite a partecipare allo studio). Dall’analisi è emerso che su 100 pazienti ricoverati in un giorno, il 6,3% presenta una ICA; la frequenza arriva fino al 14,8% in terapia intensiva, al 13% nei pazienti con patologia “rapidamente fatale”, al 30,9% nei pazienti intubati, al 21,4% nei pazienti portatori di catetere venoso centrale e al 13,2% nei pazienti portatori di catetere urinario. Le infezioni più frequentemente riportate sono quelle respiratorie (24,1%), urinarie (20,8%), del sito chirurgico (16,2%) e batteriemie (15,8%). La prevalenza globale delle ICA in Italia, pari al 6,6%, è in linea con la media europea (6,0%), anche se la frequenza di alcune infezioni (ad esempio quelle correlate a catetere intravascolare) è più elevata rispetto alla media europea.

Nel nostro Paese, tuttavia, il problema è ancora più drammatico a seguito della diffusione di microrganismi multiresistenti: nello studio italiano, il 34% di *Escherichia coli* e il 65,2% di *Klebsiella pneumoniae* è resistente alle cefalosporine di III generazione; il 48,9% di *Klebsiella pneumoniae* e il 39,1% di *Pseudomonas aeruginosa* è resistente ai carbapenemi; il 58,6% di *Staphylococcus aureus* è resistente alla meticillina. Questo fenomeno si verifica, molto probabilmente, per effetto sia dell’elevata frequenza d’uso degli antibiotici, sia a causa di un’incompleta applicazione di efficaci misure preventive e di igiene ospedaliera per interrompere la trasmissione dei microrganismi. A tal proposito, si riportano i dati (in corso di pubblicazione) relativi a uno studio condotto dalla Cattedra di Igiene dell’Università degli Studi del Molise, nel periodo luglio 2012-giugno 2013 presso alcune strutture ospedaliere presenti sul territorio molisano, volto a valutare conoscenze e comportamenti degli operatori sanitari, soprattutto riguardo all’igiene delle mani e al rischio infettivo/biologico.

Il campione analizzato (età media 47±10 anni, 53% maschi), composto dal 58% di infermieri, 36% di medici, 5% di infermieri coordinatori e il 2% di personale ausiliario, ha riferito di ricoprire il rispettivo ruolo professionale da 18,6±10,7 anni (mediana 21 anni). Gli operatori hanno dichiarato di prestare servizio in reparto da 8,25 anni (mediana), per un numero medio di ore di lavoro settimanali pari a 36,5±7 e venendo a contatto ogni settimana con 103±7 pazienti (mediana 72,5).

Riguardo l'utilizzo dei Dispositivi di Protezione Individuale (DPI) è emerso che, sebbene quasi tutti gli operatori (98%) abbiano riferito di indossare i guanti durante l'attività lavorativa, solo il 58% li adopera sempre a contatto diretto con i pazienti, il 38% di non usarli sempre e, addirittura, un 5% di non adoperarli affatto (Grafico 1).

Grafico 1. Dispositivi di protezione individuali utilizzati.



Solo il 47 % degli intervistati ha affermato di conoscere le Precauzioni Standard o Universali, ovvero idonee misure da applicare in tutte le attività che possono comportare un contatto diretto con materiale potenzialmente infetto. Tale risultato potrebbe essere attribuito sia ad una mancata informazione degli operatori, sia ad una scarsa considerazione da parte del personale sanitario di tali procedure, probabilmente a causa di una inadeguata formazione e controllo non idoneo, che risultano, invece, di fondamentale importanza. Il 92% del campione ha dichiarato di lavare le mani dopo il contatto con il paziente e l'89% ha riferito di farlo sempre, tra un paziente e l'altro. Tuttavia, sono emersi dati discordanti in merito al numero di pazienti con cui vengono a contatto ogni giorno e la necessità di lavare le mani dopo il contatto; infatti, dall'analisi risulta che mediamente, in un turno di lavoro, gli operatori lavano le mani  $5 \pm 6$  volte, pur entrando in contatto con circa  $15 \pm 10$  pazienti al giorno.

L'81% degli intervistati è a conoscenza del lavaggio antisettico delle mani, che va praticato dopo tutte le attività particolarmente "sporche" che espongono il personale a sangue o a materiale potenzialmente infetto. Inoltre, il 47% ha riferito di impiegare circa 20 secondi per il lavaggio delle mani, il 27% tra 40 e 60 secondi e il 16% più di un minuto. Tuttavia, l'11% degli operatori ha affermato di lavare le mani in pochi secondi, non effettuando, quindi, mai un lavaggio corretto.

Sono state poi somministrate agli operatori sanitari domande relative alla frizione alcolica delle mani e ai vantaggi che essa comporta rispetto al lavaggio. Il 72% degli intervistati sa cos'è la frizione alcolica ma, tra questi, solo il 55% ha correttamente riportato che si tratta di una tecnica di disinfezione delle mani mediante gel idroalcolico. La frizione alcolica delle mani può essere praticata direttamente vicino al letto del paziente, permettendo così di ridurre i tempi e di ottimizzare le risorse disponibili in ambito ospedaliero. La pratica richiede tra 20 e 30 secondi, così come è stato correttamente riportato dal 50% del campione a cui tale procedura risultava essere nota. Tale metodo risulta più efficace rispetto al lavaggio, prevede tempi di esecuzione inferiori, non necessita di risciacquo e soprattutto il frequente utilizzo non causa secchezza ed irritazione della cute. Dall'analisi dei dati non è stato possibile capire se nei reparti fosse presente o meno un prodotto a base alcolica per igienizzare le mani, in quanto il 39% ha risposto che esso era presente e lo utilizzava spesso, un altro 39% che non c'era e il 19% che era presente ma lo utilizzava raramente. Certamente dalle risposte fornite si può realisticamente ipotizzare che il dispenser del gel non è disponibile in prossimità (1,5 metri circa) del "point of care". I risultati di tale indagine mettono in evidenza,



pertanto, la necessità di incentivare e motivare gli operatori sanitari a rispettare le precauzioni standard ed applicare le pratiche di igiene delle mani più corrette nelle diverse attività assistenziali, al fine di salvaguardare la propria salute e quella dei pazienti.

Le infezioni del sito chirurgico (ISC) rappresentano circa il 20% delle ICA, perlopiù determinate da inappropriate conoscenze e scorrette pratiche assistenziali degli operatori sanitari. Nella Regione Molise, nel periodo 2013-2014, è stata condotta un'indagine (dati in corso di pubblicazione) per determinare l'incidenza delle ISC e valutare conoscenze e comportamenti in fase preoperatoria del personale infermieristico in servizio presso un ospedale regionale. Nel periodo considerato, il 5% dei pazienti ha acquisito una ISC, soprattutto ferita e drenaggio addominale, con un aumento medio della durata della degenza di oltre il 50%. Nel 2013, è stata osservata una maggiore frequenza d'isolamento di *Escherichia coli*, *Enterococcus faecalis* e *Staphylococcus aureus*, mentre nel 2014 i microrganismi prevalenti sono stati *S. aureus*, *Pseudomonas aeruginosa* e *Acinetobacter baumannii*. Dallo studio è emerso che l'88% del personale arruolato nello studio era a conoscenza delle ICA e della presenza di linee guida, ma solo il 68% le aveva consultate. In fase preoperatoria, il 79% non esegue l'ispezione della cute, solo il 4% effettua la tricotomia entro le due ore precedenti l'intervento, il 55% somministra la profilassi antibiotica entro 60 minuti dall'intervento e l'86% pratica la doccia preoperatoria con antisettico. Solo il 40% del personale infermieristico lava le mani prima e dopo aver effettuato una medicazione.

L'indagine ha evidenziato un'alta prevalenza di infezioni da *S. aureus* ed un aumento significativo di infezioni da patogeni multi resistenti ed ha, inoltre, permesso di rilevare una scarsa aderenza da parte del personale infermieristico nell'applicazione delle linee guida in fase preoperatoria. L'adozione di comportamenti corretti nelle attività assistenziali è fondamentale per ridurre la diffusione dei microrganismi, la durata di degenza e i fallimenti terapeutici; pertanto, un'adeguata formazione rappresenta il presupposto indispensabile per la prevenzione, il controllo e la corretta gestione delle ISC.

Con il precedente PRP 2010-13, la Regione Molise, ha implementato alcune azioni specifiche che hanno previsto il coinvolgimento delle Direzioni sanitarie degli ospedali regionali; in particolare, con l'atto direttoriale ASREM n. 1697 del 30-12-2011, sono state adottate le linee-guida/procedure aziendali relative al lavaggio delle mani e con l'atto direttoriale ASREM n. 1696 del 30-12-2011 sono state adottate le linee guida/procedure aziendali relative alle procedure di verifica e rintracciabilità dei preparati sterili e alla verifica del funzionamento delle autoclavi. Inoltre, nel 2011, la Regione Molise, con Decreto Commissariale n.10 del 15 aprile 2011, ha redatto delle iniziali Linee Guida per l'impiego degli antibiotici, riferite alla terapia mirata delle infezioni cardiache, osteo-articolari, cutanee, del tratto gastroenterico, del tratto genitourinario e a trasmissione sessuale, alla profilassi peri-operatoria e al trattamento post-operatorio.

Cionondimeno, sembra opportuno implementare la formazione specifica sul controllo e sulla prevenzione delle ICA, anche attraverso nuovi e più efficaci metodi di comunicazione, incluso un approccio pratico e collegiale alle attività di igiene ospedaliera, come anche la predisposizione e la diffusione di procedure aziendali validate sulle tematiche oggetto del presente programma.

## **Evidence**

Con il nuovo piano della prevenzione si rende manifesta l'opportunità di implementare o predisporre nuove modalità di intervento atte a prevenire l'insorgenza e la trasmissione delle ICA, nonché a



limitare il fenomeno relativo all'antibiotico resistenza mediante interventi mirati sugli operatori sanitari direttamente coinvolti nella cura del paziente, inclusi i MMG ed i Pediatri di libera scelta, sui pazienti e sulla popolazione. Tutto ciò non può prescindere dall'applicazione di pratiche assistenziali basate sull'evidenza e diversificate in base alle strutture (ospedale, RSA, case di riposo, assistenza domiciliare), nonché dalla pianificazione ed attuazione di programmi di controllo a diversi livelli (regionale, locale), al fine di garantire la messa in opera di misure efficaci per ridurre al minimo il rischio di complicanze infettive, la correttezza dei flussi informativi, l'efficacia delle attività di sorveglianza e l'approfondimento della situazione epidemiologica esistente in Regione, punto fondamentale per la progettazione e l'attuazione di efficaci misure di prevenzione e controllo.

## **Sostenibilità**

Il perdurare della crisi economica, che coinvolge in maniera consistente anche il Servizio Sanitario Nazionale e Regionale, limita fortemente la disponibilità di risorse umane e finanziarie da dedicare specificatamente alle problematiche relative al presente programma; tale situazione, pertanto, non permette di ipotizzare significativi aumenti delle risorse disponibili attualmente. L'importanza in termini di ricaduta di salute e di risparmio di risorse finanziarie pubbliche ascrivibili all'attuazione della presente proposta progettuale, richiede, quindi, uno sforzo collegiale per far sì che la sostenibilità si basi fondamentalmente su un miglioramento delle sinergie tra le varie componenti istituzionali, implementando, pertanto, un sistema di rete in ambito regionale che consenta di raggiungere gli obiettivi prefissati.

La sostenibilità del programma è, comunque, subordinata alla valutazione dello stesso nel tempo, anche in funzione delle risorse disponibili e dei livelli di collaborazione che si riusciranno a raggiungere.

## **Sistemi di sorveglianza per programmazione, monitoraggio e valutazione**

Piani operativi e database nazionali e regionali disponibili

Protocollo di intesa fra Regione, Azienda Sanitaria ed Università per il perseguimento degli obiettivi

Piani e corsi di informazione/formazione organizzati

Report delle azioni espletate

Il presente programma si articola nei seguenti interventi:

9.1 - LA SORVEGLIANZA DELLE INFEZIONI INVASIVE DA ENTEROBATTERI PRODUTTORI DI CARBAPENEMASI (CPE);

9.2 - IL MONITORAGGIO DEL CONSUMO DI ANTIBIOTICI;

9.3 - INFORMARE PER MIGLIORARE L'USO DEGLI ANTIBIOTICI;

9.4 - LA SORVEGLIANZA E IL CONTROLLO DELLE INFEZIONI CORRELATE ALL'ASSISTENZA.



## **Titolo dell'intervento:**

### **1. LA SORVEGLIANZA DELLE INFEZIONI INVASIVE DA ENTEROBATTERI PRODUTTORI DI CARBAPENEMASI (CPE).**

L'intervento é diretto allo sviluppo e all'implementazione della sorveglianza delle infezioni invasive da CPE attraverso la definizione di un flusso informativo regionale per le segnalazioni, in accordo a quanto previsto dalla Circolare del Ministero della Salute n. 4968 del 26/02/2013, anche mediante l'individuazione di un Servizio/Centro Regionale di Riferimento per le CPE, la sensibilizzazione e la formazione di tutte le figure professionali coinvolte nella sorveglianza, gestione e controllo delle infezioni da CPE.

#### **Breve descrizione dell'intervento programmato**

**Razionale dell'intervento:** Gli Enterobatteri frequentemente sono causa di infezioni, sia in ambito ospedaliero sia comunitario e la progressiva diffusione di Enterobatteri produttori di carbapenemasi (CPE) rende sempre più problematico il trattamento di un numero elevato di pazienti. La diffusione clonale di tali microrganismi fra pazienti diversi, inoltre, si verifica con estrema facilità e la resistenza ai carbapenemi può essere trasferita anche ad altre specie microbiche. Esperienze pregresse hanno dimostrato come sia possibile eradicare o contenere fortemente la diffusione attraverso rigorosi interventi di controllo delle infezioni in ambito sanitario, mirati ad identificare tempestivamente i casi di infezioni clinicamente manifeste ed i colonizzati (per ogni caso clinico si stimano da 3 a 5 pazienti colonizzati) e ad adottare repentinamente misure stringenti di contenimento della diffusione del microrganismo (isolamento, igiene delle mani, igiene dell'ambiente ospedaliero, pulizia e decontaminazione, etc.). Appare, quindi, evidente come per limitare la diffusione di ceppi multiresistenti siano assolutamente necessarie misure di sorveglianza e controllo delle infezioni ed anche, se non soprattutto, interventi mirati ad un utilizzo appropriato degli antibiotici, allo scopo di ridurre la pressione selettiva che inevitabilmente favorisce l'emergenza di "successful strains".

Quello che la Regione Molise si propone tramite il PRP 2014-18 è di strutturare ed implementare la sorveglianza delle infezioni invasive da CPE attraverso:

- la definizione di un flusso informativo regionale per le segnalazioni, che tenga conto di quanto riportato dalla Circolare del Ministero della Salute n. 4968 del 26/02/2013, anche mediante l'individuazione di un Servizio/Centro Regionale di Riferimento per le CPE, che funga da raccordo tra gli ospedali per la sorveglianza e che possa interessarsi delle fasi successive di approfondimento epidemiologico (epidemiologia descrittiva, analitica, molecolare);
- la sensibilizzazione e la formazione di tutte le figure professionali coinvolte, a vario titolo e con approccio multidisciplinare, nella sorveglianza, gestione e controllo delle infezioni da CPE.

#### **Obiettivo Centrale:**

**9.10** Migliorare la qualità della sorveglianza delle infezioni invasive da Enterobatteri produttori di carbapenemasi (CPE)



**Obiettivo Specifico:** Sviluppare/implementare la sorveglianza delle CPE in tutti gli ospedali regionali

**Setting:** Ambito sanitario

**Attori e portatori di interesse:**

Laboratori di Microbiologia, Servizi di Igiene ospedaliera, Direzione Sanitaria Aziendale e Ospedaliera, Dipartimento di prevenzione

**Beneficiari:**

Pazienti e reparti ospedalieri, operatori sanitari, Sistemi regionali e nazionali di sorveglianza

**Fasi di Articolazione:**

La linea di intervento prevede:

- l'analisi dello stato attuale e la programmazione di incontri finalizzati alla condivisione dell'obiettivo e delle modalità operative per la realizzazione della linea di intervento;
- la predisposizione e l'emanazione di procedure aziendali;
- la programmazione di eventi informativi e formativi rivolti al personale sanitario;
- la valutazione dell'opportunità di attivare un Servizio/Centro regionale di sorveglianza per il coordinamento territoriale e gli approfondimenti epidemiologici e preventivi.

**Criticità:**

Capacità del sistema regionale a raccordarsi con il sistema nazionale.

Carenza di personale da dedicare all'attuazione della linea di intervento.

Mancanza di un sistema di raccordo a livello regionale.

Mancanza di dati epidemiologici a livello regionale.

**Indicatori:**

**Indicatore di Obiettivo Centrale:** Attivazione della sorveglianza delle CPE nell'Azienda Sanitaria Regionale

**Valore baseline regionale:** non rilevato

**Standard di riferimento regionale:** avvio/implementazione delle attività di sorveglianza in accordo a quanto riportato dalla Circolare del Ministero della Salute n. 4968 del 26/02/2013; produzione di report su dati epidemiologici e di sorveglianza di laboratorio.

**Indicatore di Obiettivo Specifico: Indicatori di processo**

**Obiettivi specifico regionale:** Sviluppare la sorveglianza delle CPE in tutti gli Ospedali regionali al fine di controllare e ridurre la loro diffusione



### **indicatore A1)**

- *Definizione:* proporzione di ospedali partecipanti
- *Fonte:* Direzioni sanitarie, referenti del laboratorio, azienda Sanitaria Regionale/Centro di riferimento
- *Tipologia:* quantitativo
- *Modalità in cui viene costruito:* sorveglianza attiva
- *Valore baseline:* non rilevato

### **indicatore A2)**

- *Definizione:* report annuale relativo alla sorveglianza delle CPE
- *Fonte:* Regione/Centro di riferimento, Università
- *Tipologia:* qualitativo
- *Modalità in cui viene costruito:* raccolta dati ed elaborazione
- *Valore baseline:* non rilevato



**Tabella riepilogativa: "LA SORVEGLIANZA DELLE INFEZIONI INVASIVE DA ENTEROBATTERI PRODUTTORI DI CARBAPENEMASI (CPE).**

**Titolo del Programma:** "Sorveglianza, gestione e prevenzione delle infezioni correlate all'assistenza e delle antibiotico-resistenze"

		Indicatori degli obiettivi centrali e relativi valori regionali						Indicatori di processo				
Macroobiettivo	Obiettivo centrale	Nome indicatore	Tipo	Valore di baseline	Standard di riferimento (Variazione attesa)	Obiettivo specifico regionale	Titolo della Linea di Intervento	Nome indicatore	Valore atteso 2016	Valore atteso 2017	Valore atteso 2018	Sorveglianza/ Fonte
9 – Ridurre la frequenza di infezioni/malatti e infettive prioritarie	9.10 Migliorare la qualità della sorveglianza delle infezioni invasive da Enterobatteri produttori di carbapenemasi (CPE)	Attivazione della sorveglianza delle CPE nell'Azienda Sanitaria Regionale	Quali-quantitativo	Non rilevato	Avvio/implementazione delle attività di sorveglianza in accordo a quanto riportato dalla Circolare del Ministero della Salute n. 4968 del 26/02/2013	Sviluppare/implementare la sorveglianza delle CPE in tutti gli ospedali regionali	LA SORVEGLIANZA DELLE INFEZIONI INVASIVE DA ENTEROBATTERI PRODUTTORI DI CARBAPENEMASI (CPE)	A1) Proporzione di ospedali partecipanti  <i>formula di calcolo</i>  n. osp. partecipanti/ n. osp. regionali) x 100	Pianificazione	50%	Tutti gli ospedali in rete 100%	Direzioni sanitarie, referenti di laboratorio, Azienda Sanitaria Regionale/ Centro di riferimento
					Produzione di report su dati epidemiologici e di sorveglianza di laboratorio			A2) Report annuale relativo alla sorveglianza delle CPE				



**Titolo dell'intervento:**

## **2. IL MONITORAGGIO DEL CONSUMO DI ANTIBIOTICI**

L'intervento é diretto allo sviluppo di un piano di monitoraggio finalizzato alla valutazione del consumo di antibiotici a livello ospedaliero e territoriale.

### **Breve descrizione dell'intervento programmato**

#### ***Razionale dell'intervento:***

L'antibiotico-resistenza (AMR) rappresenta un rilevante problema di Sanità Pubblica ed è in continuo aumento. Le cause dello sviluppo sono complesse, ma includono certamente un consumo eccessivo e/o inappropriato di antibiotici. L'Italia, rispetto ad altri Paesi europei, si caratterizza non soltanto per un consumo generale di antibiotici, misurato in *Defined Daily Dose* (DDD, Dosi Definite Giornaliere usate ogni giorno ogni mille abitanti, DDD/1000 ab die), più elevato e con un trend in costante crescita, ma anche per un uso più elevato di specifiche classi, in particolare di cefalosporine, chinoloni, penicilline e macrolidi. Si stima che ogni giorno circa il 2,5% della popolazione assuma, al di fuori dell'ambito ospedaliero, un antibiotico; inoltre, al contrario di quanto avviene per i farmaci destinati alla cura di patologie croniche con un maggior consumo nei soggetti di età superiore ai 55 anni, l'impiego degli antibiotici non è caratterizzato da variazioni dipendenti dall'età, sebbene si evidenzino un uso maggiore in età pediatrica. La causa più frequente di prescrizioni antibiotiche è rappresentata dalle infezioni delle vie respiratorie (60%), seguita da infezioni del sistema urinario e del cavo orale. In ambito ospedaliero, ogni anno si stima che 4 milioni di pazienti ricevano una terapia antibiotica ospedaliera e le classi di penicilline e chinoloni coprono, da sole, oltre il 50% dell'uso ospedaliero di antibiotici.

Il confronto con i dati di utilizzo rilevati a livello europeo suggerisce la necessità e la possibilità di contenere i consumi e migliorarne l'appropriatezza d'uso. Una riduzione nel consumo di antibiotici, oltre all'indubbio guadagno in termini di salute, rappresentato da una notevole riduzione delle resistenze batteriche e del numero di reazioni avverse, consentirebbe anche importanti risparmi di risorse per il Sistema Sanitario Nazionale. Quindi, è essenziale misurare la portata del problema, governare l'appropriatezza delle prescrizioni e monitorare il consumo di antibiotici in ambito ospedaliero ed a livello della popolazione generale attraverso azioni di sorveglianza, di gestione diretta dei casi, di prescrizione e controllo della terapia utilizzata, nonché di un programma di formazione per condividere nozioni comuni e comportamenti appropriati.

Nell'ambito del PRP 2014-18, la Regione Molise si propone di definire e sviluppare un programma di monitoraggio sul consumo di antibiotici in ambito ospedaliero e territoriale attraverso:

- l'individuazione e l'applicazione di strumenti utili a quantificare le dimensioni del fenomeno, valutando i comportamenti prescrittivi sia in ambito ospedaliero, sia in medicina generale;
- la definizione e l'istituzione di un programma di 'stewardship' di antibiotico-terapia, quale processo integrato al fine di controllare ed indirizzare la somministrazione di antibiotici con la collaborazione di diverse figure professionali (clinici di varie discipline, infettivologo, igienista, farmacista, microbiologo, epidemiologo), essenziale per modificare le prescrizioni inappropriate da parte dei clinici, per ridurre l'uso incongruo e prevenire la resistenza microbica;



- la realizzazione di un corso di formazione diretto a tutto il personale medico della Azienda Ospedaliera e dei MMG per uniformare conoscenze e comportamenti nell'impiego di terapie antibiotiche nella pratica clinica e per rendere sempre più familiare la figura del consulente infettivologo in tutte le Unità Operative;
- l'elaborazione di una Linea Guida sul corretto uso degli antibiotici in terapia e per la promozione di un uso più appropriato a livello extra-ospedaliero, che fornisca indicazioni su quale molecola il medico debba scegliere come prima linea di terapia;
- la realizzazione di un tascabile plastificato che funga da guida per la scelta e l'utilizzo degli antibiotici da distribuire al personale medico dell'Azienda Ospedaliera e ai MMG.

**Obiettivo Centrale:**

**9.11** Monitorare il consumo di antibiotici in ambito ospedaliero e territoriale

**Obiettivo Specifico:** "Fornire all'Azienda Sanitaria Regionale informazioni sul consumo annuale di antibiotici in ambito ospedaliero e territoriale"

**Setting:** Ambito sanitario.

**Attori e portatori di interesse:**

Regione, Azienda Sanitaria Regionale, Farmacie ospedaliere, servizi regionali di programmazione e assistenza farmaceutica, Direzione Sanitaria Aziendale e Ospedaliera

**Beneficiari:**

Pazienti, popolazione generale, Azienda Sanitaria Regionale e Regione Molise

**Fasi di Articolazione:**

La linea di intervento prevede:

- la programmazione di incontri finalizzati alla condivisione dell'obiettivo e delle modalità operative per la realizzazione della linea di intervento;
- l'acquisizione e l'analisi di dati regionali disponibili relativi al consumo di antibiotici a livello ospedaliero e territoriale per avere informazioni sulle dimensioni attuali del fenomeno;
- il trasferimento dei dati a livello centrale;
- la definizione e l'istituzione di un programma di '*antimicrobial stewardship*' condiviso da un team multidisciplinare per un uso prudente e razionale degli antibiotici sulla base dei dati epidemiologici locali;
- l'elaborazione e l'emanazione di procedure aziendali;
- la predisposizione di report sui dati di consumo di antibiotici da rendere disponibili all'Azienda Sanitaria ed al territorio (Ordini professionali, Associazioni, MMG, PLS, etc.);
- la programmazione di eventi formativi rivolti ai medici dell'Azienda Ospedaliera e ai MMG.

**Criticità:**

Carenza di personale da dedicare all'attuazione della linea di intervento.

Mancanza di dati epidemiologici a livello regionale.

Mancanza di un sistema di raccordo a livello regionale.



## **Indicatori:**

**Indicatore di Obiettivo Centrale:** Restituzione annuale delle informazioni relative al consumo di antibiotici all'Azienda Sanitaria Regionale

**Valore Baseline regionale:** non rilevato

**Standard di riferimento regionale:** report aggiornato

**Indicatore di Obiettivo Specifico: Indicatori di processo**

**Obiettivi specifico regionale:** Fornire all'Azienda Sanitaria Regionale informazioni sul consumo annuale di antibiotici in ambito ospedaliero e territoriale

### **indicatore A1)**

- *Definizione:* consumo di antibiotici in ambito territoriale
- *Fonte:* Osservatorio nazionale sull'impiego dei medicinali OsMed, prescrizioni mediche
- *Tipologia:* quantitativo
- *Modalità in cui viene costruito:* [DDD/popolazione regionale pesata per età x 365] x 1.000
- *Valore baseline:* non rilevato

### **indicatore A2)**

- *Definizione:* consumo ospedaliero di antibiotici nei pazienti ricoverati
- *Fonte:* Farmacie ospedaliere, Direzione Sanitaria ospedaliera
- *Tipologia:* quantitativo
- *Modalità in cui viene costruito:* [DDD/ricoveri in regime ordinario] x 1.000
- *Valore baseline:* non rilevato

### **indicatore A3)**

- *Definizione:* consumo ospedaliero di antibiotici in relazione ai giorni di degenza
- *Fonte:* Farmacie ospedaliere, cartelle cliniche, Direzione Sanitaria ospedaliera
- *Tipologia:* quantitativo
- *Modalità in cui viene costruito:* [DDD/giornate di degenza in regime ordinario] x 1.000
- *Valore baseline:* non rilevato

### **indicatore A4)**

- *Definizione:* report sul consumo annuale ospedaliero ed extra-ospedaliero di antibiotici
- *Fonte:* Regione, Università
- *Tipologia:* qualitativo
- *Modalità in cui viene costruito:* da definire collegialmente
- *Valore baseline:* non rilevato



**Tabella riepilogativa: "IL MONITORAGGIO DEL CONSUMO DI ANTIBIOTICI"**

**Titolo del Programma: "Sorveglianza, gestione e prevenzione delle infezioni correlate all'assistenza e delle antibiotico-resistenze"**

Indicatori degli obiettivi centrali e relativi valori regionali								Indicatori di processo				
Macroobiettivo	Obiettivo centrale	Nome indicatore	Tipo	Valore baseline	Standard di riferimento (Variazione attesa)	Obiettivo specifico regionale	Titolo della Linea di Intervento	Nome indicatore	Valore atteso 2016	Valore atteso 2017	Valore atteso 2018	Sorveglianza Fonte
9 – RIDURRE LA FREQUENZA DI INFEZIONI/MALATTIE INFETTIVE PRIORITARIE	9.11 Monitorare il consumo di antibiotici in ambito ospedaliero e territoriale	Restituzione annuale delle informazioni relative al consumo di antibiotici all'Azienda Sanitaria Regionale	Qualitativo	Non rilevato	Report aggiornato	Fornire all'Azienda Sanitaria Regionale informazioni sul consumo annuale di antibiotici in ambito ospedaliero e territoriale	IL MONITORAGGIO DEL CONSUMO DI ANTIBIOTICI	A1) Consumo di antibiotici in ambito territoriale	Pianificazione della rilevazione	Avvio della rilevazione sistemica	Valutazione del consumo annuale	Osservatorio nazionale sull'impiego dei medicinali OsMed; prescrizioni mediche
								A2) Consumo ospedaliero di antibiotici nei pazienti ricoverati	Pianificazione della rilevazione	Avvio della rilevazione sistemica	Valutazione del consumo annuale	Farmacie ospedaliere e Direzione Sanitaria ospedaliera
								A3) Consumo ospedaliero di antibiotici in relazione ai giorni di degenza	Pianificazione della rilevazione	Avvio della rilevazione sistemica	Valutazione del consumo annuale	Farmacie ospedaliere cartelle cliniche, Direzione Sanitaria ospedaliera
								A4) Report sul consumo annuale ospedaliero ed extra-ospedaliero di antibiotici	Predisposizione moduli-stica	Raccolta dati	Report annuale	Regione, Università



**Titolo dell'intervento:**

### **3. INFORMARE PER MIGLIORARE L'USO DI ANTIBIOTICI**

L'intervento é volto a promuovere il corretto utilizzo degli antibiotici attraverso lo sviluppo di un programma di comunicazione diretto ai cittadini.

#### **Breve descrizione dell'intervento programmato**

##### **Razionale dell'intervento:**

La resistenza agli antibiotici è divenuta negli ultimi anni un'emergenza di Sanità Pubblica, a livello europeo e mondiale, che sta determinando fondamentalmente un aumento della spesa sanitaria, fallimenti terapeutici e aumento della mortalità. Sebbene differenti fattori contribuiscano alla diffusione di tale fenomeno, l'aumentato uso di antibiotici ne costituisce la causa principale. Indubbiamente la domanda di farmaci non è esclusivamente dipendente dal ruolo svolto del medico ma, soprattutto negli ultimi anni, un ruolo importante è esercitato anche dal cittadino. La partecipazione dei medici di famiglia è uno degli elementi chiave per sensibilizzare la popolazione generale a un uso appropriato degli antibiotici, rispettando tempi e dosi. Solo una conoscenza consapevole e guidata dal giudizio del medico sull'appropriatezza dell'uso di antibiotici può fornire uno strumento adatto per incidere positivamente sul loro consumo, limitando l'assunzione alle situazioni in cui si rendono veramente necessari.

Il PRP 2014-18 proposto dalla Regione Molise ha come obiettivo quello di aumentare la consapevolezza da parte della popolazione sul corretto/responsabile utilizzo di antibiotici attraverso:

- la valutazione delle conoscenze e dei comportamenti adottati dai cittadini sull'uso di antibiotici mediante somministrazione di un questionario strutturato ad un campione di popolazione rappresentativo;
- una campagna di informazione rivolta alla popolazione da effettuare mediante la distribuzione e affissione/stampa di materiale informativo (opuscoli, poster, etc.) presso farmacie, consultori, laboratori analisi, etc. e coinvolgendo anche i medici di famiglia (fornendo loro locandine e brochure sviluppate *ad hoc* che possano essere esposte negli studi medici e/o distribuite ai loro pazienti).

##### **Obiettivo Centrale:**

**9.12** Promuovere la consapevolezza da parte della comunità nell'uso degli antibiotici

**Obiettivo Specifico:** Sviluppare un programma regionale di comunicazione per aumentare nella popolazione la consapevolezza sul corretto utilizzo degli antibiotici

**Setting:** Comunità - Ambito sanitario

##### **Attori e portatori di interesse:**

Popolazione generale, ordini professionali, servizi regionali di programmazione e assistenza farmaceutica, Dipartimento di prevenzione

**Beneficiari:** Popolazione generale, Azienda Sanitaria Regionale, Regione Molise

##### **Fasi di Articolazione:**

La linea di intervento prevede:

- la programmazione di incontri finalizzati alla condivisione dell'obiettivo e delle modalità operative per la realizzazione della linea di intervento;



- la valutazione delle conoscenze e comportamenti concernenti l'uso di antibiotici da parte della popolazione;
- la predisposizione e l'emanazione del protocollo operativo di intervento;
- la programmazione di campagne di informazione rivolte ai cittadini;
- la produzione e la diffusione di materiale informativo per promuovere un uso appropriato e consapevole degli antibiotici;
- l'elaborazione di report;
- la valutazione, ad intervalli temporali preordinati, dei trend di consumo degli antibiotici e del miglioramento delle conoscenze relative al loro corretto utilizzo.

#### **Criticità:**

Mancata partecipazione della popolazione

Mancata partecipazione degli ordini professionali coinvolti

Mancanza di dati epidemiologici sulle conoscenze relative al consumo di antibiotici

#### **Indicatori:**

**Indicatore di Obiettivo Centrale:** Esistenza di un programma regionale di comunicazione basato sull'evidenza per aumentare la consapevolezza nell'uso di antibiotici

**Valore Baseline regionale:** non rilevato

**Standard di riferimento regionale:** Avvio di un programma dedicato

**Indicatore di Obiettivo Specifico: Indicatori di processo**

**Obiettivo specifico regionale:** Sviluppare un programma regionale di comunicazione per aumentare nella popolazione la consapevolezza sul corretto utilizzo degli antibiotici

#### **indicatore A1)**

- *Definizione:* realizzazione di un programma regionale di comunicazione
- *Fonte:* Regione, Azienda Sanitaria regionale, Università
- *Tipologia:* qualitativo
- *Modalità in cui viene costruito:* da definire collegialmente
- *Valore baseline:* non rilevato

#### **indicatore A2)**

- *Definizione:* report relativi all'efficacia dell'intervento di comunicazione attiva
- *Fonte:* Regione, Università
- *Tipologia:* qualitativo
- *Modalità in cui viene costruito:* da definire collegialmente
- *Valore baseline:* non rilevato



**Tabella riepilogativa: "INFORMARE PER MIGLIORARE L'USO DI ANTIBIOTICI"**

**Titolo del Programma:** "Sorveglianza, gestione e prevenzione delle infezioni correlate all'assistenza e delle antibiotico-resistenze"

Indicatori degli obiettivi centrali e relativi valori regionali						Indicatori di processo						
Macroobiettivo	Obiettivo centrale	Nome indicatore	Tipo	Valore di baseline	Standard di riferimento (Variazione attesa)	Obiettivo specifico regionale	Titolo della Linea di Intervento	Nome indicatore	Valore atteso 2016	Valore atteso 2017	Valore atteso 2018	Sorveglianza/ Fonte
9 – Ridurre la frequenza di infezioni/malattie infettive prioritarie	9.12 Promuovere la consapevolezza da parte della comunità nell'uso degli antibiotici	Esistenza di un programma regionale di comunicazione basato sull'evidenza per aumentare la consapevolezza nell'uso di antibiotici	Qualitativo	Non rilevato	Avvio di un programma dedicato	Sviluppare un programma regionale di comunicazione per aumentare nella popolazione la consapevolezza sul corretto utilizzo degli antibiotici	INFORMARE PER MIGLIORARE L'USO DI ANTIBIOTICI	A1) Realizzazione di un programma regionale di comunicazione	Pianificazione	Istituzione e attivazione	Avvio della campagna informativa	Regione, Azienda Sanitaria Regionale, Università
								A2) Report relativi all'efficacia dell'intervento di comunicazione attiva	Predisposizione modulistica	Raccolta dati	Report annuale	Regione, Università



**Titolo dell'intervento:**

**4. LA SORVEGLIANZA E IL CONTROLLO DELLE INFEZIONI CORRELATE ALL'ASSISTENZA**

L'intervento é diretto alla pianificazione e allo sviluppo di un programma per la sorveglianza ed il controllo delle infezioni correlate all'assistenza (ICA).

**Breve descrizione dell'intervento programmato**

***Razionale dell'intervento:***

Le infezioni correlate all'assistenza, spesso causate da microrganismi resistenti agli antibiotici, sono acquisite in ospedale o in ambiti extra-ospedalieri (residenze sanitarie assistite per anziani, assistenza domiciliare, assistenza ambulatoriale, etc.) e possono determinare l'insorgenza di molteplici complicanze infettive. L'80% circa riguarda le infezioni del tratto urinario, del sito chirurgico, dell'apparato respiratorio e sistemiche; l'importanza relativa a ciascuna localizzazione d'infezione può variare nel tempo e in funzione della durata della degenza, in diversi ambiti assistenziali e in diversi sottogruppi di pazienti. Tra i principali fattori che possono aumentare il rischio di contrarre una ICA rientrano l'esposizione a procedure invasive diagnostiche o terapeutiche e la presenza di condizioni/patologie che aumentano la suscettibilità dei pazienti alle infezioni.

Allo stato attuale, il rischio di contrarre una ICA, in assenza di adeguate misure di controllo, è in aumento per l'uso di metodiche diagnostiche e terapeutiche sempre più invasive, il progressivo invecchiamento della popolazione, l'aumento di soggetti immunocompromessi e l'uso/abuso di antibiotici che aumenta il rischio di selezione di microrganismi resistenti. Fra i potenziali rischi per la sicurezza del paziente attribuibili all'assistenza sanitaria, le ICA giocano un ruolo preminente, per l'elevata frequenza, il notevole impatto clinico ed economico, incluso il contenzioso giudiziario in tema di responsabilità sanitaria, e perché sono in parte evitabili, a seconda del tipo di infezione e del contesto, mediante l'adozione di misure di provata efficacia.

Appare, quindi, evidente che per ridurre la frequenza, sia assolutamente indispensabile predisporre e attuare opportune misure di sorveglianza e controllo.

Un approccio integrato tradizionale/biomolecolare/ecologico può sensibilmente contribuire alla riduzione del tasso di incidenza delle ICA, migliorare la qualità igienico-sanitaria ambientale e contribuire ad individuare le attività assistenziali dove, in maniera prioritaria, è opportuno intervenire.

La Regione Molise con il PRP 2014-18 propone di pianificare e sviluppare un sistema di sorveglianza e controllo delle ICA attraverso:

- il coordinamento e l'integrazione funzionale tra i diversi livelli istituzionali e le varie competenze territoriali;
- l'individuazione e applicazione di strumenti utili a quantificare le dimensioni del fenomeno attraverso la definizione e sperimentazione di strategie efficaci e di modalità organizzative innovative;
- la definizione di un flusso informativo regionale per le segnalazioni delle ICA che includa tutte le figure professionali coinvolte, a vario titolo e con approccio multidisciplinare, nella sorveglianza, gestione e controllo;
- lo sviluppo e la diffusione di competenze dell'Azienda Sanitaria Regionale e dei singoli professionisti atte a facilitare e migliorare il processo di gestione del rischio infettivo in ambito assistenziale.



**Obiettivo Centrale:**

**9.13** Definire un programma di sorveglianza e controllo delle infezioni correlate all'assistenza

**Obiettivo Specifico:** Acquisizione ed analisi dei dati relativi all'andamento delle infezioni correlate all'assistenza nell'Azienda Sanitaria Regionale

**Setting:** Ambito sanitario.

**Attori e portatori di interesse:**

Direzione Sanitaria Aziendale e ospedaliera, Dipartimento di prevenzione

**Beneficiari:**

Pazienti e reparti ospedalieri, Azienda Sanitaria Regionale

**Fasi di Articolazione:**

La linea di intervento prevede:

- l'analisi preliminare delle fonti di dati regionali disponibili e la programmazione di incontri finalizzati alla condivisione dell'obiettivo e delle modalità operative per la realizzazione della linea di intervento;
- la predisposizione e l'emanazione procedure aziendali;
- l'acquisizioni dei dati mediante sorveglianza attiva delle ICA nei vari ospedali;
- il trasferimento dei dati a livello centrale;
- la predisposizione di report sui dati di incidenza a cura del Comitato Infezioni Ospedaliere
- la programmazione di eventi informativi e formativi rivolti al personale sanitario;
- l'attivazione di un Centro/Servizio/sistema regionale di sorveglianza per il coordinamento territoriale e gli approfondimenti epidemiologici.

**Criticità:**

Capacità del sistema regionale a raccordarsi con il sistema nazionale.

Carenza di personale da dedicare all'attuazione della linea di intervento.

Mancanza di un sistema regionale di raccordo tra le varie strutture ospedaliere in termini di controllo delle ICA.

Mancanza di dati epidemiologici a livello regionale.

**Indicatori:**

**Indicatore di Obiettivo Centrale:** Disponibilità di informazioni sull'andamento delle infezioni correlate all'assistenza in tutte le Aziende Sanitarie

**Valore Baseline regionale:** non rilevato

**Standard di riferimento regionale:** report annuale



### **Indicatore di Obiettivo Specifico: Indicatori di processo**

**Obiettivo specifico regionale:** Acquisizione ed analisi dei dati relativi all'andamento delle infezioni correlate all'assistenza nell'Azienda Sanitaria Regionale

#### **indicatore A1)**

- *Definizione:* predisposizione di un sistema di raccolta dati sulle ICA
- *Fonte:* referenti del laboratorio, Direzione Sanitaria Aziendale e Ospedaliera, Università
- *Tipologia:* qualitativo
- *Modalità in cui viene costruito:* sorveglianza attiva e di laboratorio
- *Valore baseline:* non rilevato

#### **indicatore A2)**

- *Definizione:* riduzione del tasso di incidenza di ICA
- *Fonte:* referenti del laboratorio, Direzione Sanitaria ospedaliera
- *Tipologia:* quantitativo
- *Modalità in cui viene costruito:* sorveglianza attiva e di laboratorio
- *Valore baseline:* non rilevato

#### **indicatore A3)**

- *Definizione:* numero di contenziosi giudiziari in tema di responsabilità sanitaria per ICA
- *Fonte:* Azienda Sanitaria Regionale
- *Tipologia:* quantitativo
- *Modalità in cui viene costruito:* report numerico sui dati elaborati dagli uffici preposti
- *Valore baseline:* non rilevato

#### **indicatore A4)**

- *Definizione:* report di sorveglianza delle ICA
- *Fonte:* Direzione sanitaria aziendale e ospedaliera, Regione, Università
- *Tipologia:* qualitativo
- *Modalità in cui viene costruito:* da definire collegialmente
- *Valore baseline:* non rilevato



**Tabella riepilogativa: "LA SORVEGLIANZA E IL CONTROLLO DELLE INFEZIONI CORRELATE ALL'ASSISTENZA "**

**Titolo del Programma: "Sorveglianza, gestione e prevenzione delle infezioni correlate all'assistenza e delle antibiotico-resistenze"**

Indicatori degli obiettivi centrali e relativi valori regionali								Indicatori di processo				
Macroobiettivo	Obiettivo centrale	Nome indicatore	Tipo	Valore di baseline	Standard di riferimento (Variazione attesa)	Obiettivo specifico regionale	Titolo della Linea di Intervento	Nome indicatore	Valore atteso 2016	Valore atteso 2017	Valore atteso 2018	Sorveglianza/ Fonte
9 RIDURRE LA FREQUENZA DI INFEZIONI/ MALATTIE INFETTIVE PRIORITARIE	9.13 Definire un programma di sorveglianza e controllo delle infezioni correlate all'assistenza	Disponibilità di informazioni sull'andamento delle infezioni correlate all'assistenza nella Azienda Sanitaria Regionale	Qualitativo	Non rilevato	Report annuale	Acquisizione ed analisi dei dati relativi all'andamento delle infezioni correlate all'assistenza nell'Azienda Sanitaria Regionale	LA SORVEGLIANZA E IL CONTROLLO DELLE INFEZIONI CORRELATE ALL'ASSISTENZA	A1) Predisposizione di un sistema di raccolta dati sulle ICA	Pianificazione	Istituzione e Attivazione	Tutti gli ospedali in rete	Referenti del laboratorio Direzione Sanitaria Aziendale e ospedaliera Università
								A2) Riduzione del tasso di incidenza di ICA	Pianificazione sorveglianza	Sorveglianza attiva	Dati di trend	Referenti del laboratorio Direzione Sanitaria ospedaliera
								A3) Numero di contenziosi giudiziari in tema di responsabilità sanitaria per ICA	Pianificazione	Valutazione quantitativa	Report annuale	Azienda Sanitaria Regionale
								A4) Report di sorveglianza delle ICA	Predisposizione moduli-stica	Raccolta dati	Report annuale	Direzione Sanitaria aziendale e ospedaliera Regione Università



CRONOPROGRAMMA DELLE ATTIVITÀ

Attività principali	2016				2017				2018			
	I	II	III	IV	I	II	III	IV	I	II	III	IV
1. LA SORVEGLIANZA DELLE INFEZIONI INVASIVE DA ENTEROBATTERI PRODUTTORI DI CARBAPENEMASI (CPE) <i>Obiettivo Specifico: Sviluppare/implementare la sorveglianza delle CPE in tutti gli ospedali regionali</i>												
Verifica stato dell'arte	■	■										
Programmazione incontri finalizzati alla condivisione di obiettivi e modalità operative	■	■	■	■								
Predisposizione ed emanazione di procedure aziendali		■	■	■	■	■						
Programmazione di eventi formativi rivolti al personale sanitario			■	■	■	■	■					
Pianificazione di un Servizio/Centro regionale di sorveglianza	■	■	■	■								
Istituzione e attivazione della rete di sorveglianza negli ospedali regionali					■	■	■					
Sistema a regime con tutti gli ospedali pubblici in rete									■	■	■	■
Predisposizione della modulistica per il report sulla sorveglianza	■	■	■	■								
Raccolta dati epidemiologici					■	■	■	■	■	■	■	■



Report annuale												
Attività principali	2016				2017				2018			
	I	II	III	IV	I	II	III	IV	I	II	III	IV
2. IL MONITORAGGIO DEL CONSUMO DI ANTIBIOTICI <i>Obiettivo Specifico: Fornire all'Azienda Sanitaria Regionale informazioni sul consumo annuale di antibiotici in ambito ospedaliero e territoriale</i>												
Verifica stato dell'arte												
Incontri finalizzati alla condivisione di obiettivi e modalità operative												
Pianificazione dell'acquisizione dei dati regionali sul consumo di antibiotici a livello ospedaliero e territoriale												
Avvio della rilevazione sistematica												
Valutazione e analisi dei dati sul consumo annuale di antibiotici in ambito ospedaliero e territoriale												
Trasferimento dei dati a livello centrale												
Definizione e istituzione di un programma di 'antimicrobial stewardship' condiviso da un team multidisciplinare												
Elaborazione ed emanazione di procedure aziendali												
Report sul consumo annuale ospedaliero ed extra-ospedaliero di antibiotici da rendere disponibili all'Azienda Sanitaria ed al territorio												



Attività principali	2016				2017				2018			
	I	II	III	IV	I	II	III	IV	I	II	III	IV
	Programmazione di eventi formativi rivolti ai medici dell'Azienda Ospedaliera e ai MMG											
3. INFORMARE PER MIGLIORARE L'USO DEGLI ANTIBIOTICI												
<i>Obiettivo Specifico: Sviluppare un programma regionale di comunicazione per aumentare nella popolazione la consapevolezza sul corretto utilizzo degli antibiotici</i>												
Predisposizione e valutazione di un questionario sull'uso di antibiotici nella popolazione												
Somministrazione del questionario a un campione rappresentativo												
Valutazione conoscenze/comportamenti sull'uso di antibiotici												
Pianificazione di un programma regionale di comunicazione rivolto ai cittadini												
Istituzione a attivazione del programma regionale di comunicazione												
Avvio della campagna di informazione attraverso la produzione e la diffusione di materiale informativo												
Realizzazione della campagna informativa												
Valutazione dei trend di consumo degli antibiotici e del miglioramento delle conoscenze sul loro corretto utilizzo												
Elaborazione di report relativi all'efficacia dell'intervento di comunicazione attiva effettuata												



Attività principali	2016				2017				2018			
	I	II	III	IV	I	II	III	IV	I	II	III	IV
4. LA SORVEGLIANZA E IL CONTROLLO DELLE INFEZIONI CORRELATE ALL'ASSISTENZA  <i>Obiettivo Specifico: Acquisizione ed analisi dei dati relativi all'andamento delle infezioni correlate all'assistenza nell'Azienda Sanitaria Regionale</i>												
Incontri finalizzati alla condivisione di obiettivi e modalità operative												
Analisi preliminare delle fonti di dati regionali disponibili												
Predisposizione ed emanazione di procedure aziendali												
Pianificazione della raccolta dati sulle ICA												
Acquisizione dati mediante sorveglianza delle ICA negli ospedali												
Trasferimento dei dati a livello centrale												
Predisposizione di report sui dati di incidenza e point prevalence survey												
Programmazione di eventi informativi/formativi rivolti al personale sanitario												
Attivazione di un Centro/Servizio/sistema regionale di sorveglianza												



**PROGRAMMA DI SORVEGLIANZA, GESTIONE E PREVENZIONE DELLE INFEZIONI CORRELATE ALL'ASSISTENZA E DELLE ANTIBIOTICO-RESISTENZE**  
**MACRO 9 - RIDURRE LA FREQUENZA DI INFEZIONI-MALATTIE INFETTIVE PRIORITARIE.**

OBIETTIVI CENTRALI		PROGRAMMI REGIONALI CHE COPRONO GLI OBIETTIVI CENTRALI	INDICATORI CENTRALI		Baseline Nazionale	Standard Nazionale	Eventuale definizione Regionale dell'indicatore centrale nel PRP	Baseline regionale	STANDARD REGIONALE	Fonte dei dati (se diversa da quella nazionale)
9.10	Migliorare la qualità della sorveglianza delle infezioni invasive da Enterobatteri produttori di carbapenemasi (CPE)	MACRO 9 - RIDURRE LA FREQUENZA DI INFEZIONI-MALATTIE INFETTIVE PRIORITARIE.	9.10.1	Attivazione della sorveglianza delle CPE nell'Azienda Sanitaria Regionale	Non rilevato	100% Regioni	Attivazione della sorveglianza delle CPE nell'Azienda Sanitaria Regionale	Non rilevato	Avvio/implementazione delle attività di sorveglianza in accordo a quanto riportato dalla Circolare del Ministero della Salute n. 4968 del 26/02/2013; produzione di report su dati epidemiologici e di sorveglianza di laboratorio	DIREZIONE GENERALE PER LA SALUTE REGIONE MOLISE
9.11	Monitorare il consumo di antibiotici in ambito ospedaliero e territoriale	MACRO 9 - RIDURRE LA FREQUENZA DI INFEZIONI-MALATTIE INFETTIVE PRIORITARIE.	9.11.1	Restituzione annuale delle informazioni relative al consumo di antibiotici all'Azienda Sanitaria Regionale	Non rilevato	100% Tutte le Regioni hanno prodotto un report annuale relativo al consumo di antibiotici in ambito ospedaliero e territoriale	Restituzione annuale delle informazioni relative al consumo di antibiotici all'Azienda Sanitaria Regionale	Non rilevato	Produzione di report annuale aggiornato	DIREZIONE GENERALE PER LA SALUTE REGIONE MOLISE
9.12	Promuovere la consapevolezza da parte della comunità nell'uso degli antibiotici	MACRO 9 - RIDURRE LA FREQUENZA DI INFEZIONI-MALATTIE INFETTIVE PRIORITARIE.	9.12.1	Realizzazione di un programma regionale di comunicazione basato sull'evidenza per aumentare la consapevolezza nell'uso di antibiotici	Non rilevato	100% Tutte le Regioni hanno realizzato un programma di comunicazione e promozione al corretto utilizzo di antibiotici	Realizzazione di un programma regionale di comunicazione basato sull'evidenza per aumentare la consapevolezza nell'uso di antibiotici	Non rilevato	Avvio di un programma dedicato	DIREZIONE GENERALE PER LA SALUTE REGIONE MOLISE
9.13	Definire un programma di sorveglianza e controllo delle infezioni correlate all'assistenza (ICA)	MACRO 9 - RIDURRE LA FREQUENZA DI INFEZIONI-MALATTIE INFETTIVE PRIORITARIE.	9.13.1	Disponibilità di informazioni sull'andamento delle infezioni correlate all'assistenza nell'Azienda Sanitaria Regionale	Non rilevato	100% Tutte le Regioni hanno prodotto un report annuale sull'incidenza di ICA	Disponibilità di informazioni sull'andamento delle infezioni correlate all'assistenza nell'Azienda Sanitaria Regionale	Non rilevato	Produzione di report annuale aggiornato	DIREZIONE GENERALE PER LA SALUTE REGIONE MOLISE



PROGRAMMA REGIONALE	OBIETTIVI CENTRALI COPERTI DAL PROGRAMMA	OBIETTIVI REGIONALI	INDICATORI DI PROCESSO						
			Definizione	Fonte di verifica	Formula di calcolo	Baseline regionale	Valore atteso 2016	Valore atteso 2017	Valore atteso 2018
<p>MACRO 9 - RIDURRE LA FREQUENZA DI INFEZIONI- MALATTIE INFETTIVE PRIORITARIE:</p> <p><i>"Sorveglianza, gestione e prevenzione delle infezioni correlate all'assistenza e delle antibiotico-resistenze":</i></p> <p>Linee:</p> <p>1. LA SORVEGLIANZA REGIONALE DELLE INFEZIONI INVASIVE DA ENTEROBATTERI PRODUTTORI DI CARBAPENEMASI (CPE);</p> <p>2. IL MONITORAGGIO DEL CONSUMO DI ANTIBIOTICI;</p> <p>3. EDUCARE ALL'USO CONSAPEVOLE DEGLI ANTIBIOTICI;</p> <p>4. IL CONTROLLO DELLE INFEZIONI CORRELATE ALL'ASSISTENZA</p>	9.10 - Migliorare la qualità della sorveglianza delle infezioni invasive da Enterobatteri produttori di carbapenemasi (CPE)	SVILUPPARE/IMPLEMENTARE LA SORVEGLIANZA DELLE CPE IN TUTTI GLI OSPEDALI REGIONALI (Linea 1)	Proporzione di ospedali partecipanti (SENTINELLA)	DIREZIONE GENERALE PER LA SALUTE REGIONE MOLISE	[n. ospedali partecipanti/ n. ospedali regionali] x 100	Non rilevato	Avvio/implementazione delle attività di sorveglianza	30%	100% (sistema a regime con tutti gli Ospedali in rete)
	9.11 - Monitorare il consumo di antibiotici in ambito ospedaliero e territoriale	FORNIRE ALL'AZIENDA SANITARIA REGIONALE INFORMAZIONI SUL CONSUMO ANNUALE DI ANTIBIOTICI IN AMBITO OSPEDALIERO E TERRITORIALE (Linea 2)	Consumo di antibiotici in ambito territoriale	DIREZIONE GENERALE PER LA SALUTE REGIONE MOLISE	[DDD/popolazione regionale pesata per età x 365] x 1.000	Non rilevato	Pianificazione della rilevazione	Acquisizione dati	Report (valutazione del consumo annuale)
			Consumo ospedaliero di antibiotici nei pazienti ricoverati	DIREZIONE GENERALE PER LA SALUTE REGIONE MOLISE	[DDD/ricoveri in regime ordinario] x 1.000	Non rilevato	Pianificazione della rilevazione	Acquisizione dati	Report (valutazione del consumo annuale)
			Consumo ospedaliero di antibiotici in relazione ai giorni di degenza	DIREZIONE GENERALE PER LA SALUTE REGIONE MOLISE	[DDD/giornate di degenza in regime ordinario] x 1.000	Non rilevato	Pianificazione della rilevazione	Acquisizione dati	Report (valutazione del consumo annuale)
	9.12 - Promuovere la consapevolezza da parte della Comunità nell'uso di antibiotici	SVILUPPARE UN PROGRAMMA REGIONALE DI COMUNICAZIONE PER AUMENTARE NELLA POPOLAZIONE LA CONSAPEVOLEZZA SUL CORRETTO UTILIZZO DEGLI ANTIBIOTICI (Linea 3)	DIREZIONE GENERALE PER LA SALUTE REGIONE MOLISE	Non rilevato	Pianificazione	Attivazione	Analisi dati		
	9.13 - Definire un programma di sorveglianza e controllo delle infezioni correlate all'assistenza (ICA)	ACQUISIZIONE ED ANALISI DEI DATI RELATIVI ALL'ANDAMENTO DELLE INFEZIONI CORRELATE ALL'ASSISTENZA NELL'AZIENDA SANITARIA REGIONALE (Linea 4)	Proporzione Ospedali regionali partecipanti (SENTINELLA)	DIREZIONE GENERALE PER LA SALUTE REGIONE MOLISE	[n. ospedali partecipanti/ n. ospedali regionali] x 100	Non rilevato	Avvio/implementazione delle attività di sorveglianza	30%	100% (sistema a regime con tutti gli Ospedali in rete)
			Riduzione del tasso di incidenza e della prevalenza di ICA	DIREZIONE GENERALE PER LA SALUTE REGIONE MOLISE	Analisi trend	Non rilevato	Pianificazione sorveglianza	Sorveglianza attiva e Point Prevalence Survey	Sistema a regime e analisi dati di trend
			N. contenziosi giudiziari in tema di responsabilità per ICA	DIREZIONE GENERALE PER LA SALUTE REGIONE MOLISE	Analisi trend	Non rilevato	Pianificazione	Acquisizione dati	Report e valutazione del trend



**MACRO 10: PROGRAMMA REGIONALE "XI" – (DCA N. 24/2015)  
SICUREZZA ALIMENTARE E SANITÀ PUBBLICA VETERINARIA**

Titolo dell'intervento:

**RICETTA VETERINARIA ELETTRONICA:** *Verso la «dematerializzazione» dell'intera gestione del farmaco veterinario*

<i>Titolo del Programma</i>	<i>Macro Obiettivo di pertinenza</i>	<i>Obiettivi centrali</i>	<i>Indicatore</i>
<i>Sicurezza Alimentare e Sanità pubblica Veterinaria</i>	<i>MO10 = Rafforzare le attività di prevenzione in sicurezza alimentare e sanità pubblica veterinaria per alcuni aspetti di attuazione del Piano Nazionale Integrato dei Controlli</i>	<i>10.2 = ridurre il fenomeno dell'antibiotico resistenza tramite la corretta gestione del farmaco</i>	<i>10.2.1 = Adozione di iniziative finalizzate all'implementazione del Sistema Informativo Nazionale per la Tracciabilità del Farmaco Veterinario</i>

**Breve descrizione dell'Intervento programmato:**

Le sostanze antimicrobiche sono utilizzate negli animali per trattare e prevenire le infezioni; le stesse classi di sostanze sono utilizzate anche in medicina umana. La resistenza agli antimicrobici costituisce il principale effetto indesiderato del loro utilizzo, con lo sviluppo e la diffusione di cloni di microrganismi resistenti (patogeni, commensali, ambientali) che modificherà la struttura delle popolazioni microbiche, con conseguenze imprevedibili per la salute umana.

I metodi di somministrazione di tali sostanze e le quantità somministrate variano tra e all'interno della stessa specie e anche tra Paesi. Nel contempo non sono disponibili informazioni sulle quantità impiegate, sui metodi di somministrazione e sulle infezioni bersaglio nelle diverse specie animali. È inoltre possibile il trasferimento all'uomo di popolazioni batteriche farmaco resistenti sviluppatasi negli animali da reddito, attraverso il consumo di alimenti da essi derivati, con l'acqua e la contaminazione ambientale o con il contatto diretto con l'animale.

Inoltre la seconda relazione congiunta EFSA-ECDC sulla resistenza agli antimicrobici nei batteri zoonotici che interessano esseri umani, animali e alimenti, pubblicata il 25 marzo 2014, conferma le preoccupazioni a livello europeo e nazionale per alcuni microrganismi e classi di sostanze. L'antibiotico-resistenza non è uniforme nei paesi dell'Unione Europea, ma è maggiore nei paesi del sud e dell'est Europa, tra cui l'Italia. L'Italia è nel gruppo di paesi con livelli di resistenza più alti nella maggior parte delle specie patogene sotto sorveglianza. I dati regionali in possesso dell'Istituto Zooprofilattico Sperimentale dell'Abruzzo e del Molise sulla resistenza agli antimicrobici di microrganismi isolati da ambiente, mangimi, animali e alimenti sono in



linea con i dati nazionali. Occorre pertanto razionalizzare l'impiego delle sostanze antimicrobiche ed è quindi necessario disporre in tempo reale di informazioni dettagliate sul loro utilizzo.

Attualmente l'approvvigionamento di queste sostanze e, più in generale, dei medicinali veterinari è disciplinato dal Decreto Legislativo 6 aprile 2006, n. 193, che prevede nel caso in questione la ricetta medico veterinaria, in cui è riportata una serie di informazioni (denominazione del medicinale, quantità da somministrare, specie animale, codice di allevamento, dati identificativi degli animali, tempi di sospensione ecc.) indispensabili per l'azione di sorveglianza da parte degli organi di controllo. La gestione cartacea dell'intero sistema tuttavia rende praticamente inaccessibile la totalità delle informazioni raccolte.

Il Ministero della Salute, per le ragioni espresse, nonché per assicurare la tracciabilità e la «dematerializzazione» dell'intera gestione del farmaco veterinario, ha attivato un progetto pilota per digitalizzare la gestione dei farmaci, dalla prescrizione del veterinario fino alla somministrazione agli animali, attraverso l'introduzione della ricetta veterinaria elettronica. Si prevede la conclusione della sperimentazione alla fine del 2015 e l'estensione del sistema alle Regioni agli inizi del 2016. La Regione Molise si impegna nel periodo 2016-2018 ad attivare le azioni necessarie per informatizzare la gestione del farmaco veterinario sul proprio territorio.

**Obiettivo Centrale:**

10.2 = ridurre il fenomeno dell'antibiotico resistenza tramite la corretta gestione del farmaco.

**Obiettivo Specifico regionale:**

Obiettivo specifico dell'azione è:

- a) digitalizzare la gestione dei medicinali veterinari, dalla prescrizione alla somministrazione agli animali, attraverso l'introduzione della ricetta veterinaria elettronica. Il progetto prevede la completa «dematerializzazione» della ricetta (emissione ricetta, vendita medicinali), la gestione informatizzata del registro di carico e scarico delle scorte (del veterinario e dell'allevamento) e del registro dei trattamenti (somministrazione). Tale Sistema Informativo per la Tracciabilità del Farmaco Veterinario è integrato con gli altri sistemi informativi del Ministero della Salute: Anagrafe Nazionale Zootecnica (BDN), Prontuario Online dei Medicinali Veterinari, Sistema Informativo Nazionale Veterinario per la Sicurezza Alimentare (SINVSA) ed è inoltre prevista l'integrazione (in cooperazione applicativa) con il Sistema di Tracciabilità dei Medicinali Veterinari dalla produzione all'immissione in commercio.

**Attori e portatori di interesse:**

Saranno coinvolti nell'intervento sono tutti gli attori del sistema di gestione e somministrazione del farmaco veterinario:

- medici veterinari liberi professionisti;
- grossisti e farmacisti;
- detentori/proprietari degli animali;
- servizi veterinari della ASREM e della Regione.



### **I beneficiari finali:**

I beneficiari finali dell'intervento saranno i consumatori:

*“Anche i farmaci veterinari, utilizzati in allevamento possono residuare negli alimenti, nei casi di utilizzo improprio o di mancato rispetto dei tempi di sospensione. Negli alimenti di origine animale, per effetto di attività illecite, possono inoltre essere presenti sostanze vietate come ad esempio beta agonisti, antitiroidei, cloramfenicolo, nitrofurani ecc. Per i residui di farmaci veterinari negli alimenti di origine animale si conferma una bassa percentuale di positività, che aumenta nel caso in cui i controlli siano effettuati su sospetto.*

*L'uso corretto del farmaco veterinario è condizione essenziale per prevenire l'ingresso nella catena alimentare di residui, negli alimenti di origine, che possono mettere a rischio la salute sia per effetti acuti che per bioaccumulo, antibiotico resistenza, effetti allergizzanti, ecc. A tal fine è strategica l'informatizzazione e dematerializzazione delle ricette di farmaci veterinari ai fini del controllo ufficiale.”*

### **I destinatari:**

I destinatari, o gruppi target, dell'intervento saranno:

1. medici veterinari liberi professionisti:

- generale semplificazione dell'operatività derivante dalla completa digitalizzazione dell'emissione della prescrizione medicinale, anche attraverso l'utilizzo delle nuove periferiche hardware mobili;
- il veterinario avrà a disposizione statistiche relative al tipo di farmaco usato negli allevamenti da lui seguiti e disporrà quindi di informazioni utili riguardo all'efficacia dei trattamenti prescritti, anche in funzione delle uscite degli animali dall'allevamento attraverso le registrazioni in BDN;
- a corredo dell'applicativo per l'emissione elettronica della prescrizione saranno inoltre fornite delle ulteriori funzionalità al servizio del veterinario (ad es. individuazione geografica degli allevamenti e ausilio alla navigazione stradale, visualizzazione e interrogazione del registro di stalla, consultazione del prontuario farmaceutico, ecc.);

2. detentori/proprietari degli animali (titolari degli impianti in cui vengono curati, allevati, e custoditi professionalmente animali):

- generale semplificazione dell'operatività derivante dalla completa dematerializzazione della prescrizione medicinale e nella possibilità, quindi, di eliminare la gestione cartacea del registro di carico e scarico delle scorte di medicinali veterinari ed anche la gestione cartacea del registro dei trattamenti;
- nel caso in cui si utilizzi la gestione informatica del registro dei trattamenti messo a disposizione dal progetto, le informazioni in esso riportate potranno essere inoltre utilizzate per la compilazione dell'apposita sezione del modello di accompagnamento (mod. IV gestito in forma dematerializzata);



3. grossisti, farmacisti:

- *disponibilità della ricetta veterinaria in tempo reale rispetto alla prescrizione effettuata dal veterinario;*
- *decade la necessità di conservare per cinque anni una copia delle ricette veterinarie;*
- *decade la necessità di inviare alla ASL una copia delle ricette veterinarie;*

4. servizi veterinari della ASREM e della Regione:

- *vengono resi disponibili al servizio pubblico veterinario, a costo zero, una serie di dati strutturati indispensabili per un'erogazione ottimale delle attività di sorveglianza e controllo; tali informazioni sono fondamentali per permettere un'efficace azione di farmacovigilanza, attraverso una mirata pianificazione dei controlli da effettuare e l'opportuna integrazione con il piano nazionale residui (prelievi effettuati sui capi al mattatoio).*

**Fasi di Articolazione (attività, outputs e outcomes):**

**Obiettivo specifico regionale "a":**

1. avvio della sperimentazione in Molise del Sistema Informativo per la Tracciabilità del Farmaco Veterinario, che prevede l'introduzione della ricetta veterinaria elettronica;
2. *workshop di sensibilizzazione e divulgazione della sperimentazione della ricetta veterinaria elettronica;*
3. individuazione dei partecipanti alla sperimentazione (veterinari liberi professionisti, allevamenti/detentori, farmacie/grossisti farmaceutici);
4. formazione dei partecipanti alla sperimentazione e abilitazione degli utenti all'utilizzo dell'ambiente di test;
5. sperimentazione effettiva (ambiente di produzione) dell'adozione della ricetta veterinaria elettronica;
6. utilizzo dei dati raccolti nella sperimentazione per attività di farmacovigilanza.

**Criticità:**

Coinvolgimento di proprietari e detentori di piccoli allevamenti.

**Indicatori:**

**Indicatore di Obiettivo Centrale:**

10.2.1 = Adozione di iniziative finalizzate all'implementazione del Sistema Informativo Nazionale per la Tracciabilità del Farmaco Veterinario.



**Valore *baseline* regionale:** non rilevato

**Esiti attesi:** Digitalizzazione della gestione dei medicinali veterinari.

**Indicatore di Obiettivo Specifico: Indicatori di processo**

**Obiettivi specifico regionale "a":**

**indicatore A1)**

- *Definizione: avvio della sperimentazione in Molise del Sistema Informativo per la Tracciabilità del Farmaco Veterinario, che prevede l'introduzione della ricetta veterinaria elettronica;*
- *Fonte: atti ufficiali della Regione Molise e/o atti ufficiali/formali del Ministero della Salute;*
- *Tipologia: qualitativo;*
- *Modalità in cui viene costruito: atto formale regionale o ministeriale;*
- *Valore baseline: non rilevato;*

**indicatore A2)**

- *Definizione: workshop di sensibilizzazione e divulgazione della sperimentazione della ricetta veterinaria elettronica;*
- *Fonte: Regione Molise, IZSAM;*
- *Tipologia: quantitativo;*
- *Modalità in cui viene costruito: registri delle presenze, convocazioni ai workshop;*
- *Valore baseline: non rilevato;*

**indicatore A3)**

- *Definizione: individuazione dei partecipanti alla sperimentazione (veterinari liberi professionisti, allevamenti/detentori, farmacie/grossisti farmaceutici);*
- *Fonte: atti ufficiali della Regione Molise;*
- *Tipologia: qualitativo;*
- *Modalità in cui viene costruito: atto formale regionale;*
- *Valore baseline: non rilevato;*

**indicatore A4)**

- *Definizione: formazione dei partecipanti alla sperimentazione e abilitazione degli utenti all'utilizzo dell'ambiente di test;*
- *Fonte: CSN, IZSAM;*
- *Tipologia: quantitativo;*
- *Modalità in cui viene costruito: registro delle presenze alla sessioni di formazione, elenco utenti di <http://TEST.VETINFO.IT>;*
- *Valore baseline: non rilevato;*



#### **indicatore A5)**

- *Definizione: sperimentazione effettiva (ambiente di produzione) dell'adozione della ricetta veterinaria elettronica;*
- *Fonte: CSN, Sistema Informativo per la Tracciabilità del Farmaco Veterinario;*
- *Tipologia: quantitativo;*
- *Modalità in cui viene costruito: numero ricette elettroniche emesse, numero ricette elettroniche evase, numero trattamenti registrati*
- *Valore baseline: non rilevato;*

#### **indicatore A6)**

- *Definizione: utilizzo dei dati raccolti nella sperimentazione per attività di farmacovigilanza.*
- *Fonte: ASREM, Regione Molise;*
- *Tipologia: qualitativo;*
- *Modalità in cui viene costruito: risultati, relazioni sulla farmacovigilanza;*
- *Valore baseline: non rilevato.*



**MACRO 10 - RICETTA VETERINARIA ELETTRONICA: Verso la «dematerializzazione» dell'intera gestione del farmaco veterinario**  
**Obiettivo centrale : 10.2 - Ridurre il fenomeno dell'antibiotico resistenza tramite la corretta gestione del farmaco**

Indicatori degli obiettivi centrali e relativi valori regionali						Indicatori di processo							
Macroobiettivo	Obiettivo centrale	Nome indicatore	Tipo	Valore <i>baseline</i>	Standard Accordo SR 25-03-2015	Obiettivo specifico regionale	Azioni	Nome indicatore	Valore atteso 2016	Valore atteso 2017	Valore atteso 2018	Sorveglianza/ Fonte	
MO10 = Rafforzare le attività di prevenzione in sicurezza alimentare e sanità pubblica veterinaria per alcuni aspetti di attuazione del Piano Nazionale Integrato dei Controlli.	10.2 Ridurre il fenomeno dell'antibiotico resistenza tramite la corretta gestione del farmaco	10.2.1 = Adozione di iniziative finalizzate all'implementazione del sistema informativo nazionale per la tracciabilità del farmaco veterinario	Outcomes	Non rilevato	100% Svolgimento almeno 1 evento/anno per Regione di sensibilizzazione/ informazione/ formazione sull'informatizzazione della gestione del farmaco rivolto ai portatori di interesse	Digitalizzare la gestione dei medicinali veterinari, dalla prescrizione alla somministrazione agli animali, attraverso l'introduzione della ricetta veterinaria elettronica	Avvio della sperimentazione in Molise del Sistema Informativo per la Tracciabilità del Farmaco Veterinario, che prevede l'introduzione della ricetta veterinaria elettronica	A1	Atto formale della Regione Molise e/o del Ministero della Salute				Atti formali della Regione Molise e/o del Ministero della Salute
							Workshop di sensibilizzazione e divulgazione della sperimentazione della ricetta veterinaria elettronica	A2	1 workshop	2 workshop	2 workshop	Regione Molise, IZSAM	
							Individuazione dei partecipanti alla sperimentazione (veterinari liberi professionisti, allevamenti/detentori, farmacie/grossisti farmaceutici)	A3	100%			Atti formali della Regione Molise	



Indicatori degli obiettivi centrali e relativi valori regionali						Indicatori di processo						
Macroobiettivo	Obiettivo centrale	Nome indicatore	Tipo	Valore <i>baseline</i>	Standard Accordo SR 25-03-2015	Obiettivo specifico regionale	Azioni	Nome indicatore	Valore atteso 2016	Valore atteso 2017	Valore atteso 2018	Sorveglianza/ Fonte
MO10 = Rafforzare le attività di prevenzione in sicurezza alimentare e sanità pubblica veterinaria per alcuni aspetti di attuazione del Piano Nazionale Integrato dei Controlli.	10.2 Ridurre il fenomeno dell'antibiotico resistenza tramite la corretta gestione del farmaco	10.2.1 = Adozione di iniziative finalizzate all'implementazione del sistema informativo nazionale per la tracciabilità del farmaco veterinario	Outcomes	Non rilevato	100% Svolgimento almeno 1 evento/anno per Regione di sensibilizzazione/informazione/ formazione sull'informatizzazione della gestione del farmaco rivolto ai portatori di	Digitalizzare la gestione dei medicinali veterinari, dalla prescrizione alla somministrazione agli animali, attraverso l'introduzione della ricetta veterinaria elettronica	Formazione dei partecipanti alla sperimentazione e abilitazione degli utenti all'utilizzo dell'ambiente di test	A4	50%	100%		CSN, IZSAM
							Sperimentazione effettiva (ambiente di produzione) dell'adozione della ricetta veterinaria elettronica (Ind. SENTINELLA)	A5	Avvio emissione delle ricette elettroniche	30% delle ricette emesse saranno ricette elettroniche	100% delle ricette emesse saranno ricette elettroniche	CSN, Sistema Informativo per la Tracciabilità del Farmaco Veterinario
							Utilizzo dei dati raccolti nella sperimentazione per attività di farmacovigilanza	A6	-	30% dell'attività di farmacovigilanza si baserà sui dati raccolti tramite il sistema informativo	100% dell'attività di farmacovigilanza si baserà sui dati raccolti tramite il sistema informativo	ASREM, Regione Molise



Titolo dell'intervento:

## PIANI DI CONTROLLO E MONITORAGGIO INTEGRATI PER LA GESTIONE DEL RISCHIO NELLE MATRICI ALIMENTARI

### ➤ 1. - *Integrazione tra Sanità pubblica, Ambiente e Agricoltura.*

Titolo del Programma	Macroobiettivo di pertinenza	Obiettivi centrali	Indicatore
Sicurezza Alimentare e Sanità pubblica Veterinaria	MO10 = Rafforzare le attività di prevenzione in sicurezza alimentare e sanità pubblica veterinaria per alcuni aspetti di attuazione del Piano Nazionale Integrato dei Controlli	10.1 = Adottare piani di controllo/monitoraggio integrati per la gestione del rischio biologico, fisico, chimico (ambientale e tecnologico) nelle matrici alimentari, nell'ottica dell'integrazione tra sanità pubblica, ambiente, agricoltura	10.1.1 = Adottare piani di controllo/monitoraggio integrati per la gestione del rischio biologico, fisico, chimico (ambientale e tecnologico) nelle matrici alimentari, nell'ottica dell'integrazione tra sanità pubblica, ambiente, agricoltura (progetto relativo a un punto diverso)

#### **Breve descrizione dell' Intervento programmato: Razionale.**

Il Regolamento (CE) 882/2004 all'art. 3 stabilisce che l'Autorità competente deve garantire l'esecuzione di controlli ufficiali intesi a verificare la conformità alla normativa in materia di mangimi e di alimenti e alle norme sulla salute e sul benessere degli animali. Tali controlli devono essere eseguiti con frequenza appropriata, in base ad una valutazione dei rischi, tenendo conto dei dati degli operatori per quanto riguarda la conformità alla normativa di riferimento, l'affidabilità dei controlli già eseguiti e altre informazioni che possano indicare un'eventuale non conformità.

La Regione Molise, in attuazione della normativa di riferimento e tenendo conto dei contenuti dell'Accordo tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano "Linee guida per il funzionamento ed il miglioramento dell'attività di controllo ufficiale da parte del Ministero della salute, delle Regioni e Province autonome e delle AASSLL in materia di sicurezza degli alimenti e sanità pubblica veterinaria", ha programmato di potenziare le attività di audit nel settore lattiero caseario della regione. La decisione è motivata dal fatto che la filiera lattiero-casearia della regione rappresenta un settore consolidato con aziende localizzate prevalentemente nell'alto Molise e nelle aree industriali di Campobasso e Termoli. Tranne alcune realtà nell'area di Termoli, sono imprese prevalentemente di piccole dimensioni, con tecniche di lavorazione tradizionali che si tramandano di generazione in generazione, con un mercato di riferimento in prevalenza regionale. Solo alcune aziende commercializzano le proprie produzioni in ambito nazionale e internazionale. Complessivamente l'intero settore ha delle buone potenzialità di crescita sia ampliando la gamma produttiva sia migliorando le tecnologie di processo.



Tuttavia, qualsiasi politica di sviluppo nel settore alimentare non può prescindere dalla sicurezza dei prodotti, che rappresenta un prerequisito fondamentale per il successo dell'impresa.

I risultati degli audit svolti nel 2013 impongono una intensificazione delle attività di controllo nel periodo 2015-2018 a tutela sia della salute dei consumatori sia degli interessi economici delle imprese. Le attività di audit saranno orientate non solo alla valutazione degli stabilimenti, ma, in un'ottica di filiera, prenderanno in considerazione l'intera catena di produzione, dall'approvvigionamento del latte alla sanità e alimentazione degli animali. Particolare attenzione sarà dedicata ai requisiti per il latte crudo secondo quanto previsto dall'allegato III, sezione IX, capitolo I, parte III, del regolamento (CE) n. 853/2004, come richiesto nell'allegato IV, capo II del regolamento (CE) n. 854/2004.

#### **Obiettivo Centrale:**

- 10.1 = Adottare piani di controllo/monitoraggio integrati per la gestione del rischio biologico, fisico, chimico (ambientale e tecnologico) nelle matrici alimentari, nell'ottica dell'integrazione tra Sanità pubblica, Ambiente, Agricoltura.

#### **Obiettivi Specifici regionali:**

L'esigenza primaria è quella di pianificazione delle attività di controllo ufficiale che coinvolgono le Autorità competenti locali e gli altri portatori di interesse (il Corpo Forestale dello Stato, le Guardie venatorie, le Associazioni venatorie e di pescatori, le Associazioni di consumatori) e i laboratori autorizzati ad eseguire gli accertamenti relativi al controllo ufficiale degli alimenti

Obiettivi specifici dell'azione sono:

- a) Redazione e recepimento del protocollo di programmazione regionale delle attività con contestuale implementazione di attività formative specifiche per gli operatori;
- b) l'esecuzione di riunioni con *stakeholders*, verifiche, eventuali riprogrammazioni necessarie alla luce degli esiti delle attività espletate nonché delle evidenze prodotte e la programmazione delle attività relative al quadriennio 2019-2022.

#### **Attori e portatori di interesse:**

I portatori d'interesse coinvolti nell'intervento sono:

- Operatori del Settore Alimenti (OSA);
- Operatori della Produzione Primaria.

#### **I beneficiari finali:**

I beneficiari finali dell'intervento sono i Cittadini della Regione Molise.



### ***I destinatari:***

I destinatari, o gruppi target, dell'intervento saranno:

- Autorità Competenti della Regione Molise;
- Servizi Veterinari dell'Azienda Regionale Sanitaria del Molise;
- Laboratori e personale dell'Istituto Zooprofilattico Sperimentale dell'Abruzzo e del Molise;
- Università
- Corpo Forestale dello Stato;
- Guardie venatorie;
- Associazioni venatorie e di pescatori;
- Associazione di consumatori;
- Scuole.

### ***Fasi di Articolazione (attività, outputs e outcomes):***

Pianificazione delle attività di controllo ufficiale che coinvolgono le Autorità competenti locali e gli altri portatori di interesse (il Corpo Forestale dello Stato, le Guardie venatorie, le Associazioni venatorie e di pescatori, le Associazioni di consumatori) e i laboratori autorizzati ad eseguire gli accertamenti relativi al controllo ufficiale degli alimenti.

### **Obiettivo specifico regionale "a":**

1. Istituzione del gruppo di coordinamento tecnico/scientifico;
2. Redazione del protocollo di programmazione delle attività;
3. Recepimento del protocollo di programmazione delle attività da parte dei soggetti istituzionali coinvolti;
4. Formazione degli operatori.

### **Obiettivo specifico regionale "b":**

1. Esecuzione di almeno due riunioni all'anno con gli altri portatori di interesse;
2. Verifica e riprogrammazione periodica (annuale) in base alle attività effettuate e alle evidenze;
3. Informatizzazione delle attività previste;
4. Programmazione delle attività relative a 2019-2022.

### ***Criticità:***

- Mancanza di adeguata formazione da parte degli operatori coinvolti;
- Difficoltà nell'utilizzazione di nuovi metodi di lavoro;
- Resistenza al cambiamento da parte degli operatori;



## **Indicatori:**

### ***Indicatore di Obiettivo Centrale:***

10.1.1 = Adottare piani di controllo/monitoraggio integrati per la gestione del rischio biologico, fisico, chimico (ambientale e tecnologico) nelle matrici alimentari, nell'ottica dell'integrazione tra sanità pubblica, ambiente, agricoltura.

### **Valore Baseline regionale: 0**

Standard di riferimento regionale: non rilevato.

### ***Indicatore di Obiettivo Specifico: Indicatori di processo***

Obiettivi specifico regionale "a":

#### **indicatore A1)**

- Definizione: Istituzione del gruppo di coordinamento tecnico/scientifico;
- Fonte: atti ufficiali della Regione Molise e/o atti ufficiali/formali del Ministero della Salute;
- Tipologia: qualitativo;
- Modalità in cui viene costruito: atto formale regionale o ministeriale;
- Valore baseline: non rilevato;

#### **indicatore A2)**

- Definizione: Redazione del protocollo di programmazione delle attività;
- Fonte: Regione Molise, IZSAM;
- Tipologia: qualitativo;
- Modalità in cui viene costruito: elaborazione del protocollo;
- Valore baseline: 0;

#### **indicatore A3)**

- Definizione: Recepimento del protocollo di programmazione delle attività da parte dei soggetti istituzionali e non istituzionali coinvolti;
- Fonte: Regione Molise;
- Tipologia: qualitativo;
- Modalità in cui viene costruito: atto formale regionale;
- Valore baseline: non rilevato;

#### **indicatore A 4)**

- Definizione: Formazione degli operatori;



- Fonte: ASREM, Regione Molise;
- Tipologia: qualitativo;
- Modalità in cui viene costruito: Redazione del calendario della formazione, erogazione dei corsi, schede di presenza;
- Valore baseline: non rilevato.

### **Obiettivo specifico regionale "b":**

#### **indicatore B1)**

- Definizione: Esecuzione di almeno due riunioni all'anno con gli altri portatori di interesse
- Fonte: ASREM, Regione Molise;
- Tipologia: quantitativo;
- Modalità in cui viene costruito: atto formale
- Valore baseline: non rilevato.

#### **indicatore B2)**

- Definizione: Verifica e riprogrammazione periodica (annuale) in base alle attività effettuate e alle evidenze;
- Fonte: ASREM, Regione Molise;
- Tipologia: qualitativo;
- Modalità in cui viene costruito: elaborazione del documento di verifica e riprogrammazione;
- Valore baseline: 0.

#### **indicatore B3)**

- Definizione: Informatizzazione delle attività previste;
- Fonte: ASREM, Regione Molise;
- Tipologia: qualitativo; Modalità in cui viene costruito: preparazione dei documenti idonei ad essere processati mediante metodologia informatica;
- Valore baseline: 0.

#### **indicatore B4)**

- Definizione: Programmazione delle attività relative a 2019-2022.
- Fonte: ASREM, Regione Molise;
- Tipologia: qualitativo;
- Modalità in cui viene costruito: elaborazione del documento di programmazione relativo alle attività del quadriennio 2019-2022;
- Valore baseline: 0.



MACRO 10 - PIANI DI CONTROLLO E MONITORAGGIO INTEGRATI PER LA GESTIONE DEL RISCHIO NELLE MATRICI ALIMENTARI

1. - Integrazione tra Sanità pubblica, Ambiente e Agricoltura

INDICATORI DEGLI OBIETTIVI CENTRALI E RELATIVI VALORI REGIONALI							INDICATORI DI PROCESSO							
Macro-obiettivo	Obiettivo centrale	Nome indicatore	Tipo	Valore base-line	Standard di riferimento naz. (Variazione attesa)	Obiettivo specifico regionale	Descrizione delle azioni	Nome indicatore	Valore atteso 2015	Valore atteso 2016	Valore atteso 2017	Valore atteso 2018	Fonte Sorveglianza	
MO10 = Rafforzare le attività di prevenzione in sicurezza alimentare e sanità pubblica veterinaria per alcuni aspetti di attuazione del Piano Nazionale Integrato dei Controlli.	10.1 = Adozione di protocolli per l'intervento integrato	10.1.1 = Adozione di misure di coordinamento e cooperazione tra la regione e le altre Amministrazioni che effettuano controlli sulla filiera alimentare al fine di assicurare l'efficace coordinamento di cui all'articolo 4, paragrafo 3 del Reg 882/2004	Outcomes	0	100% Ogni Regione adotta uno o più protocolli di intervento integrato	A) Istituzione Gruppo coord., redazione e recepimento protocollo, formazione operatori	Istituzione del gruppo di coordinamento tecnico/scientifico	A1			Nomina dei componenti del gruppo di coordinamento tecnico/scientifico con atto formale			Atti ufficiali della Regione Molise
							Redazione del protocollo di programmazione delle attività	A2			Definizione delle linee guida per la raccolta dei dati derivanti dalle attività			Regione Molise, IZSAM
							Recepimento del protocollo di programmazione delle attività da parte dei soggetti istituzionali coinvolti	A3			Recepimento del protocollo di collaborazione da parte dei soggetti istituzionali e non istituzionali coinvolti			Regione Molise



INDICATORI DEGLI OBIETTIVI CENTRALI E RELATIVI VALORI REGIONALI							INDICATORI DI PROCESSO							
Macro-obiettivo	Obiettivo centrale	Nome indicatore	Tipo	Valore base-line	Standard di riferimento naz. (Variazione attesa)	Obiettivo specifico regionale	Descrizione delle azioni	Nome indicatore	Valore atteso 2015	Valore atteso 2016	Valore atteso 2017	Valore atteso 2018	Fonte Sorveglianza	
MO10 = Rafforzare le attività di prevenzione in sicurezza alimentare e sanità pubblica veterinaria per alcuni aspetti di attuazione del Piano Nazionale Integrato dei Controlli	10.1 = Adozione di protocolli per l'intervento integrato	10.1.1 = Adozione di misure di coordinamento e cooperazione tra la regione e le altre Amministrazioni che effettuano controlli sulla filiera alimentare al fine di assicurare l'efficace coordinamento di cui all'articolo 4, paragrafo 3 del Reg 882/2004	Outcomes	0	100% Ogni Regione adotta uno o più protocolli di intervento integrato	B) Eeguire riunioni, comitati congiunti e gruppi di lavoro comuni tra i portatori di interesse coinvolti nel controllo delle filiere alimentari	Formazione degli operatori  (Ind. SENTINELLA)	A4		Formazione degli operatori interni (almeno 5 operatori formati)	Formazione degli operatori interni (almeno 10 operatori formati)	Formazione degli operatori (almeno 15 operatori formati)		ASREM Regione Molise
							Riunioni ed altre attività con i portatori di interesse	B1		Esecuzione di almeno due riunioni o altre attività all'anno con gli altri portatori di interesse	Esecuzione di almeno due riunioni o altre attività all'anno con gli altri portatori di interesse	Esecuzione di almeno due riunioni o altre attività all'anno con gli altri portatori di interesse		ASREM Regione Molise
							Verifica e riprogrammazione periodica (annuale) in base alle attività effettuate e alle evidenze	B2	Elaborazione di rapporti annuali contenenti la verifica relativa allo stato di Implementazione del progetto e la riprogrammazione periodica	Elaborazione di rapporti annuali contenenti la verifica relativa allo stato di Implementazione del progetto e la riprogrammazione periodica	Elaborazione di rapporti annuali contenenti la verifica relativa allo stato di Implementazione del progetto e la riprogrammazione periodica	Elaborazione di rapporti annuali contenenti la verifica relativa allo stato di Implementazione del progetto e la riprogrammazione periodica		ASREM Regione Molise



INDICATORI DEGLI OBIETTIVI CENTRALI E RELATIVI VALORI REGIONALI							INDICATORI DI PROCESSO							
Macro-obiettivo	Obiettivo centrale	Nome indicatore	Tipo	Valore base-line	Standard di riferimento naz. (Variazione attesa)	Obiettivo specifico regionale	Descrizione delle azioni	Nome indicatore	Valore atteso 2015	Valore atteso 2016	Valore atteso 2017	Valore atteso 2018	Fonte Sorveglianza	
MO10 = Rafforzare le attività di prevenzione in sicurezza alimentare e sanità pubblica veterinaria per alcuni aspetti di attuazione del P.N.I.C.	10.1 = Adozione di protocolli per l'intervento integrato	10.1.1 = Adozione di misure di coordinamento e cooperazione tra la regione e le altre Amministrazioni che effettuano controlli sulla filiera alimentare al fine di assicurare l'efficace coordinamento di cui all'articolo 4, paragrafo 3 del Reg 882/2004	Outcomes	0	100% Ogni Regione adotta uno o più protocolli di intervento integrato	B) Eeguire riunioni, comitati congiunti e gruppi di lavoro comuni tra i portatori di interesse coinvolti nel controllo delle filiere alimentari	Informatizzazione delle attività previste	B3				Informatizzazione delle attività previste nel protocollo e dei relativi prodotti delle attività svolte	Informatizzazione delle attività previste nel protocollo e dei relativi prodotti delle attività svolte	ASREM Regione Molise
							Programmazione delle attività relative a 2019-2022	B4				Protocollo delle attività relative al quadriennio 2019-2022	ASREM Regione Molise	



Titolo dell'intervento:

## PIANI DI CONTROLLO E MONITORAGGIO INTEGRATI PER LA GESTIONE DEL RISCHIO NELLE MATRICI ALIMENTARI

### ➤ 2. - *Le attività della rete dei laboratori*

Titolo del Programma	Macroobiettivo di pertinenza	Obiettivi centrali	Indicatore
<i>Sicurezza Alimentare e Sanità pubblica Veterinaria</i>	<i>MO10 = Rafforzare le attività di prevenzione in sicurezza alimentare e sanità pubblica veterinaria per alcuni aspetti di attuazione del Piano Nazionale Integrato dei Controlli</i>	<i>10.7 = Assicurare un'adeguata capacità di laboratorio della rete dei laboratori pubblici</i>	<i>10.7.1 = Riesame annuale della capacità di laboratorio da parte delle Autorità competenti in coerenza con gli standard di funzionamento di cui all'Intesa Stato regioni del 7 febbraio 2013</i>

### **Razionale.**

A garanzia della sicurezza alimentare del consumatore, la catena di produzione alimentare va intesa come un unico processo, completo ed integrato, su cui intervenire.

Le attività connesse, svolte congiuntamente o in modo coordinato e complementare con altri soggetti che possano intervenire nell'ambito del controllo degli alimenti, consentono di evitare sovrapposizioni, di ridurre l'interferenza dei controlli presso le imprese e di ottenere la massima efficacia delle verifiche sulla sicurezza dei processi e delle produzioni, oltre che risparmi di risorse.

Il Reg. CE 882/2004 prevede che, nel caso in cui all'Autorità competente afferiscano più "unità" deputate al controllo ufficiale, si debba assicurare un coordinamento e una cooperazione efficaci ed efficienti tra le stesse, garantendo altresì l'imparzialità, la qualità e l'uniformità dei controlli a tutti i livelli e attuando un'attività di audit per la verifica del raggiungimento degli obiettivi del medesimo Reg. CE 882/2004.

Tale sistema deve poter disporre di laboratori accreditati in conformità alla norma ISO 17025, che operino in rete al fine di poter soddisfare pienamente e tempestivamente tutte le esigenze del controllo ufficiali.

In Molise la capacità di laboratorio dell'Autorità Competente Regionale e delle Aziende Sanitarie Locali, in qualità di Autorità Competenti Locali, è fondamentalmente assicurata dall'Istituto Zooprofilattico Sperimentale (IZS) dell'Abruzzo e del Molise attraverso prove accreditate.

Le analisi sui campioni ufficiali vengono pertanto condotte presso i laboratori ufficiali della "rete IZS".

L'Accordo Stato-Regioni 07/02/2013 ha approvato le linee guida per il funzionamento e il miglioramento dell'attività di controllo ufficiale in materia di sicurezza degli alimenti e sanità pubblica veterinaria.

Le linee guida si occupano, al punto 5.4, della capacità dei laboratori di cui dispongono le Autorità competenti, prevedendo tra l'altro:

- la capacità dei laboratori di soddisfare quantitativamente e qualitativamente le esigenze del controllo ufficiale;
- la pianificazione delle attività di campionamento con i laboratori ufficiali;
- il coinvolgimento dei laboratori ufficiali nella programmazione.

L'obiettivo del presente intervento consiste nel migliorare l'appropriatezza dei controlli, costruendo programmi integrati tra le Autorità che concorrono alla sicurezza degli alimenti e dei mangimi, puntando



alla piena applicazione delle indicazioni contenute nell'Accordo Stato-Regioni 07/02/2013 e identificando i metodi più efficienti per assicurare un elevato livello di protezione del consumatore.

**Obiettivo Centrale:**

- 10.7 = Assicurare un appropriata capacità di laboratorio della rete di laboratori pubblici

**Obiettivi Specifici:**

Obiettivi specifici dell'azione sono:

- a) Redazione del protocollo di programmazione delle attività (definizione delle LG, nomenclatori, documenti per la raccolta dati) e suo recepimento da parte dei soggetti istituzionali coinvolti;
- b) Adeguamento del processo di pianificazione regionale dei campionamenti per l'analisi al fine di soddisfare le esigenze emerse in sede di riesame delle attività di controllo ufficiale.

**Attori e portatori di interesse:**

I portatori d'interesse coinvolti nell'intervento sono:

- Autorità competente Regionale
- Laboratori dell' IZSAM e L'ARPA;

**I beneficiari finali:**

I beneficiari finali dell'intervento saranno i Cittadini della Regione Molise.

**I destinatari:**

I destinatari, o gruppi target, dell'intervento saranno:

- Autorità Competenti della Regione Molise;
- Servizi Veterinari dell'Azienda Regionale Sanitaria del Molise;
- Laboratori e personale dell'Istituto Zooprofilattico Sperimentale dell'Abruzzo e del Molise.
- Laboratori e personale dell'Agenzia regionale per la Protezione Ambientale del Molise.

**Fasi di Articolazione (attività, outputs e outcomes):**

L'esigenza primaria è quella di pianificazione delle attività di controllo ufficiale che coinvolgono le Autorità competenti locali e i laboratori autorizzati ad eseguire gli accertamenti relativi al controllo ufficiale degli alimenti.

**Obiettivo specifico regionale "a":**

1. Istituzione del gruppo di coordinamento tecnico/scientifico;
2. Redazione del protocollo di programmazione delle attività;
3. Ricognizione iniziale su quanto disponibile, incluso il censimento delle attività dei laboratori;



4. Recepimento del protocollo di programmazione delle attività da parte dei soggetti istituzionali coinvolti;

**Obiettivo specifico regionale "b":**

1. Verifica e riprogrammazione periodica (annuale) in base alle attività effettuate e alle evidenze;
2. Riesame annuale della capacità di laboratorio da parte delle Autorità Competenti in coerenza con gli standard di funzionamento di cui all'Intesa Stato Regioni del 07/02/2013.
3. Elaborazione del documento sull'andamento delle performances dei laboratori (annuale);
4. Informatizzazione delle attività previste;
5. Programmazione delle attività relative a 2019-2022.

**Criticità:**

- Mancanza di adeguata formazione da parte degli operatori coinvolti;
- Difficoltà nell'utilizzazione di nuovi metodi di lavoro;
- Non omogeneità nella raccolta e inserimento dei dati;
- Resistenza al cambiamento da parte degli operatori;
- Mancata disponibilità di strumenti informatici per la digitalizzazione delle attività di controllo;

Per far fronte alla mancanza di capacità diagnostiche dei laboratori coinvolti e le difficoltà nell'utilizzare nuovi metodi di analisi da parte degli operatori possono essere adottate le seguenti azioni correttive: formazione degli operatori, approvvigionamenti di apparecchiature di laboratorio ed infine la sensibilizzazione ed incentivazione interna ai singoli enti/soggetti istituzionali. Per evitare la non omogeneità nella raccolta e inserimento dei dati è necessaria la formazione degli operatori tramite accreditamento ECM ripetuto negli anni. Altre criticità organizzative possono essere corrette tramite l'emissione di specifiche norme regionali, un continuo monitoraggio e uno stretto coordinamento tra i soggetti istituzionali coinvolti.

**Indicatori:**

**Indicatore di Obiettivo Centrale:**

10.7.1 = Riesame annuale della capacità di laboratorio da parte delle Autorità competenti in coerenza con gli standard di funzionamento di cui all'Intesa Stato regioni del 7 febbraio 2013

**Valore Baseline regionale:** 0

**Standard di riferimento regionale:** non rilevato.

**Indicatore di Obiettivo Specifico: Indicatori di processo**

**Obiettivi specifico regionale a":**

**indicatore A1)**

- *Definizione: Istituzione del gruppo di coordinamento tecnico/scientifico;*



- *Fonte: atti ufficiali della Regione Molise e/o atti ufficiali/formali del Ministero della Salute;*
- *Tipologia: qualitativo;*
- *Modalità in cui viene costruito: atto formale regionale o ministeriale;*
- *Valore baseline: non rilevato;*

#### **indicatore A2)**

- *Definizione: Redazione del protocollo di programmazione delle attività;*
- *Fonte: Regione Molise, IZSAM;*
- *Tipologia: qualitativo;*
- *Modalità in cui viene costruito: elaborazione del protocollo;*
- *Valore baseline: 0;*

#### **indicatore A3)**

- *Definizione: Ricognizione iniziale su quanto disponibile, incluso il censimento delle attività dei laboratori ;*
- *Fonte: atti ufficiali della Regione Molise;*
- *Tipologia: qualitativo;*
- *Modalità in cui viene costruito: atto formale regionale;*
- *Valore baseline: non rilevato;*

#### **indicatore A 4)**

- *Definizione: Recepimento del protocollo di programmazione delle attività da parte dei soggetti istituzionali coinvolti;*
- *Fonte: Regione Molise;*
- *Tipologia: qualitativo;*
- *Modalità in cui viene costruito: atto formale regionale;*
- *Valore baseline: non rilevato;*

### **Obiettivo specifico regionale "b":**

#### **indicatore B1)**

- *Definizione: Verifica e riprogrammazione periodica (annuale) in base alle attività effettuate e alle evidenze;*
- *Fonte: ASREM, Regione Molise;*
- *Tipologia: qualitativo;*
- *Modalità in cui viene costruito: elaborazione del documento di verifica e riprogrammazione;*
- *Valore baseline: 0.*

#### **indicatore B2)**

- *Definizione: Riesame annuale della capacità di laboratorio da parte delle Autorità Competenti in coerenza con gli standard di funzionamento di cui all'Intesa Stato Regioni del 07/02/2013.*
- *Fonte: Regione Molise;*
- *Tipologia: qualitativo;*
- *Modalità in cui viene costruito: documento che attesti che il processo di pianificazione dei campionamenti per l'analisi soddisfi le esigenze previste;*



- *Valore baseline: non rilevato.*

#### **indicatore B3)**

- *Definizione: Elaborazione del documento sull'andamento delle performances dei laboratori (annuale);*
- *Fonte: ASREM, Regione Molise;*
- *Tipologia: qualitativo;*
- *Modalità in cui viene costruito: elaborazione del documento;*
- *Valore baseline: 0.*

#### **indicatore B4)**

- *Definizione: Informatizzazione delle attività previste;*
- *Fonte: ASREM, Regione Molise;*
- *Tipologia: qualitativo;*
- *Modalità in cui viene costruito: preparazione dei documenti idonei ad essere processati mediante metodologia informatica;*
- *Valore baseline: 0.*

#### **indicatore B5)**

- *Definizione: Redazione delle attività relative a 2019-2022.*
- *Fonte: ASREM, Regione Molise;*
- *Tipologia: qualitativo;*
- *Modalità in cui viene costruito: elaborazione del documento di programmazione relativo alle attività del quadriennio 2019-2022;*
- *Valore baseline: 0.*



MACRO 10 - PIANI DI CONTROLLO E MONITORAGGIO INTEGRATI PER LA GESTIONE DEL RISCHIO NELLE MATRICI ALIMENTARI:

2. - Le attività della rete dei laboratori

INDICATORI DEGLI OBIETTIVI CENTRALI E RELATIVI VALORI REGIONALI							INDICATORI DI PROCESSO							
Macro-obiettivo	Obiettivo centrale	Nome indicatore	Tipo	Valore baseline	Standard Accordo SR 25-03-2015	Obiettivo specifico regionale	Descrizione delle azioni	Nome indicatore	Valore atteso 2015	Valore atteso 2016	Valore atteso 2017	Valore atteso 2018	Sorveglianza Fonte	
MO10 = Rafforzare le attività di prevenzione in sicurezza alimentare e sanità pubblica veterinaria per alcuni aspetti di attuazione del Piano Nazionale Integrato dei Controlli.	10.7 = Assicurare un'adeguata capacità di laboratorio della rete dei laboratori pubblici	10.7.1 = Riesame annuale della capacità di laboratorio da parte delle Autorità competenti in coerenza con gli standard di funzionamento di cui all'Intesa Stato regioni del 7 febbraio 2013	Outcomes	Non rilevato	100% in ogni Regione evidenza documentale che attesti che il processo di pianificazione dei campionamenti per le analisi soddisfa le esigenze previste	A)  Redazione del protocollo di programmazione delle attività (definizione delle LG, nomenclatori, documenti per la raccolta dati) e suo recepimento da parte dei soggetti istituzionali coinvolti	Istituzione del gruppo di coordinamento tecnico/scientifico	A1		Nomina dei componenti del gruppo di coordinamento tecnico/scientifico con atto formale				Atti ufficiali della Regione Molise
							Redazione del protocollo di programmazione delle attività	A2		Definizione delle linee guida, nomenclatori e documenti per la raccolta dati			Regione Molise, IZSAM	
							Ricognizione iniziale su quanto disponibile, incluso il censimento delle banche dati anagrafiche regionali attive	A3		Elenco degli stabilimenti attivi, dati attinenti la produzione certificazioni e degli stessi, attività svolte nei tre anni precedenti, non conformità rilevate			Atti ufficiali della Regione Molise	



INDICATORI DEGLI OBIETTIVI CENTRALI E RELATIVI VALORI REGIONALI							INDICATORI DI PROCESSO						
Macro-obiettivo	Obiettivo centrale	Nome indicatore	Tipo	Valore baseline	Standard Accordo SR 25-03-2015	Obiettivo specifico regionale	Descrizione delle azioni	Nome indicatore	Valore atteso 2015	Valore atteso 2016	Valore atteso 2017	Valore atteso 2018	Sorveglianza Fonte
							Recepimento del protocollo di Programmazione delle attività da parte dei soggetti istituzionali coinvolti	A4		Recepimento del protocollo di collaborazione da parte dei soggetti istituzionali coinvolti			Regione Molise
MO10 = Rafforzare le attività di prevenzione in sicurezza alimentare e sanità pubblica veterinaria per alcuni aspetti di attuazione del Piano Nazionale Integrato dei Controlli.	10.7 = Assicurare un'adeguata capacità di laboratorio della rete dei laboratori pubblici	10.7.1 = Riesame annuale della capacità di laboratorio da parte delle Autorità competenti in coerenza con gli standard di funzionamento di cui all'Intesa Stato regioni del 7 febbraio 2013	Outcomes	Non rilevato	100% in ogni Regione evidenza documentale che attesti che il processo di pianificazione dei campionamenti per le analisi soddisfa le esigenze previste	B) Adeguamento del processo di pianificazione regionale dei campionamenti per l'analisi al fine di soddisfare le esigenze emerse in sede di riesame delle attività di controllo ufficiale	Verifica e riprogrammazione periodica (annuale) in base alle attività effettuate e alle evidenze	B1	Elaborazione di rapporti semestrali contenenti la verifica relativa allo stato di implementazione del progetto e la riprogrammazione periodica	Elaborazione di rapporti semestrali contenenti la verifica relativa allo stato di implementazione del progetto e la riprogrammazione periodica	Elaborazione di rapporti semestrali contenenti la verifica relativa allo stato di implementazione del progetto e la riprogrammazione periodica	Elaborazione di rapporti semestrali contenenti la verifica relativa allo stato di implementazione del progetto e la riprogrammazione periodica	ASREM Regione Molise
							Riesame annuale della capacità di laboratorio da parte delle Autorità Competenti in coerenza con gli standard di funzionamento di cui all'Intesa Stato Regioni del 07/02/2013	B2		Documento delle attività di processo di pianificazione e dei campionamenti per l'analisi	Documento delle attività di processo di pianificazione e dei campionamenti per l'analisi	Documento delle attività di processo di pianificazione e dei campionamenti per l'analisi	Regione Molise
							Elaborazione del documento sull'andamento delle performances dei laboratori (annuale);  (Ind. SENTINELLA)	B3		Documento sulle performances del laboratorio	Documento sulle performances del laboratorio	Documento sulle performances del laboratorio	ASREM Regione Molise



INDICATORI DEGLI OBIETTIVI CENTRALI E RELATIVI VALORI REGIONALI							INDICATORI DI PROCESSO						
Macro-obiettivo	Obiettivo centrale	Nome indicatore	Tipo	Valore baseline	Standard Accordo SR 25-03-2015	Obiettivo specifico regionale	Descrizione delle azioni	Nome indicatore	Valore atteso 2015	Valore atteso 2016	Valore atteso 2017	Valore atteso 2018	Sorveglianza Fonte
							Informatizzazione delle attività previste	B4			Informatizzazione delle attività previste nel protocollo e della relativa modulistica operativa per la raccolta dati		ASREM Regione Molise
							Programmazione delle attività relative a 2019-2022	B5				Protocollo delle attività relative al quadriennio 2019-2022	ASREM Regione Molise



Titolo dell'intervento:

## PIANI DI CONTROLLO E MONITORAGGIO INTEGRATI PER LA GESTIONE DEL RISCHIO NELLE MATRICI ALIMENTARI

- 3. - *Gli audit previsti dall'articolo 4, paragrafo 6, del Regolamento CE 882/2004.*

Titolo del Programma	Macro-obiettivo di pertinenza	Obiettivi centrali	Indicatore
Sicurezza Alimentare e Sanità pubblica Veterinaria	MO10 = Rafforzare le attività di prevenzione in sicurezza alimentare e sanità pubblica veterinaria per alcuni aspetti di attuazione del Piano Nazionale Integrato dei Controlli	10.12 Realizzare gli audit previsti dall'articolo 4, paragrafo 6, del Regolamento CE 882/2004	10.12.1 Rendicontazione dell'attività di audit svolta

### **Breve descrizione dell' Intervento programmato: Razionale.**

L'attuazione dei controlli ufficiali nell'ambito della sicurezza alimentare é uno strumento imprescindibile di salvaguardia della salute pubblica.

Gli audit di cui al Regolamento (CE) 882/2004 consentono di valutare l'efficacia e l'adeguatezza del sistema produttivo dell'operatore del settore alimentare (OSA) rispetto alla fase della filiera alimentare in cui egli opera.

La Regione Molise intende potenziare le attività di audit «settore lattiero caseario» in armonia con quanto stabilito dalla normativa di riferimento e dall'Accordo tra Governo, Regioni e Province autonome di Trento e di Bolzano sulle *“Linee guida per il funzionamento ed il miglioramento dell'attività di controllo ufficiale da parte del Ministero della salute, delle Regioni e Province autonome e delle AASSLL in materia di sicurezza degli alimenti e sanità pubblica veterinaria”*.

In Regione, il comparto dei caseifici rappresenta un settore consolidato con industrie prevalentemente dislocate nell'Alto Molise e nei Polo industriali di Campobasso e di Termoli; in quest'ultimo comune é presente l'impresa più rappresentativa del settore.

La produzione nelle due macroaree si differenzia sia per tipologie e quantità di prodotto sia per la tecnologia di trasformazione; in particolare, nella zona dell'Alto Molise si riscontra una maggiore predisposizione alla lavorazione tradizionale.

I caseifici presenti in Alto Molise sono quasi tutti di piccole dimensioni e di antica costituzione e le tecniche di lavorazione vengono tramandate di generazione in generazione; in media lavorano 20-30 q di latte al giorno, proveniente esclusivamente da allevamenti di mucche presenti nelle zone limitrofe. I loro prodotti sono destinati ad una ristretta fascia di consumatori e rappresentano i cosiddetti "prodotti di nicchia".

Per rispettare e mantenere le tipiche caratteristiche organolettiche, detti caseifici attuano cicli di lavorazione prettamente artigianali caratterizzati dalla manualità delle operazioni (filatura e formatura) e dall'utilizzo di latte crudo non pastorizzato e siero innesto che, notoriamente, é la più tradizionale delle tecniche di colture lattiche naturali in Italia; la produzione riguarda soprattutto formaggi a pasta filata dura.

I caseifici presenti nel polo industriale di Campobasso sono, per lo più, industri di recente costituzione o di recente ristrutturazione la cui produzione é orientata ad un diverso scenario competitivo e a mutamenti di



carattere strutturale e organizzativo.

Tali imprese dispongono di tecnologie all'avanguardia che consentono di ridurre i tempi di lavorazione, aumentare la produzione, standardizzare la qualità e, pertanto, ambire a fasce più ampie di mercato come la GDO.

Con riferimento al contesto sopra descritto, gli audit verranno programmati nel rispetto del concetto di filiera integrata “from farm to fork”, dalla produzione primaria della materia prima, il latte crudo, al prodotto finito.

#### **Obiettivo Centrale:**

- 10.12 = Realizzare gli audit previsti dall'articolo 4, paragrafo 6, del Regolamento CE882/2004;

#### **Obiettivi Specifici regionali:**

- a) Redazione e recepimento del protocollo di programmazione delle attività e definizione delle procedure da utilizzare durante l'esecuzione degli audit;
- b) Esecuzione degli audit previsti dal Regolamento (CE) 882/2004 negli stabilimenti del settore lattiero - caseario della regione Molise per la verifica del rispetto dei requisiti strutturali, funzionali e dei criteri microbiologici previsti dalla normativa di riferimento.  
Nel corso degli audit potranno essere prelevati campioni conoscitivi di prodotti, ambienti e materie prime per meglio valutare le condizioni igienico-sanitarie degli stabilimenti;

#### **Attori e portatori di interesse:**

I portatori d'interesse coinvolti nell'intervento sono:

- Operatori del Settore Alimenti (OSA);
- Operatori della Produzione Primaria

#### **I beneficiari finali:**

I beneficiari finali dell'intervento saranno i Cittadini della Regione Molise.

#### **I destinatari:**

I destinatari, o gruppi target, dell'intervento saranno:

- Autorità Competenti della Regione Molise;
- Servizi Veterinari dell'Azienda Regionale Sanitaria del Molise;
- Laboratori e personale dell'Istituto Zooprofilattico Sperimentale dell'Abruzzo e del Molise.



### **Fasi di Articolazione (attività, outputs e outcomes):**

L'esigenza primaria è quella di programmare le attività e definire le procedure da utilizzare durante l'esecuzione degli audit; successivamente si intende eseguire audit con riferimento al 50% delle aziende riconosciute del settore lattiero-caseario (entro il 2018) e in tutte le aziende dopo la ricezione di certificati di analisi sfavorevoli.

#### **Obiettivo specifico regionale "a":**

1. Istituzione del gruppo di coordinamento tecnico/scientifico;
2. Redazione del protocollo di programmazione delle attività;
3. Ricognizione iniziale su quanto disponibile, incluso il censimento delle banche dati anagrafiche regionali attive;
4. Recepimento del protocollo di programmazione delle attività da parte dei soggetti istituzionali coinvolti;
5. Definizione delle procedure da utilizzare durante l'esecuzione degli audit;
6. Formazione degli operatori.

#### **Obiettivo specifico regionale "b":**

1. Esecuzione di audit nel 50% delle aziende riconosciute del settore lattiero-caseario e in tutte le aziende dopo la ricezione di certificati di analisi sfavorevoli;
2. Verifica e riprogrammazione periodica (semestrale) in base alle attività effettuate e alle evidenze;
3. Elaborazione del documento sull'andamento degli audit nelle aziende riconosciute che operano nel settore lattiero caseario;
4. Informatizzazione delle attività previste;
5. Programmazione delle attività relative a 2019-2022.

#### **Criticità:**

- Mancanza di adeguata formazione da parte degli operatori coinvolti;
- Difficoltà nell'utilizzazione di nuovi metodi di lavoro;
- Non omogeneità nella raccolta e inserimento dei dati;
- Resistenza al cambiamento da parte degli operatori;
- Mancata disponibilità di strumenti informatici per la digitalizzazione delle attività di controllo;

Per evitare la non omogeneità nella raccolta e inserimento dei dati è necessaria la formazione degli operatori tramite corsi con accreditamento ECM, ripetuti negli anni. Altre criticità organizzative possono essere corrette tramite l'emissione di specifiche norme regionali, un continuo monitoraggio e uno stretto coordinamento tra i soggetti istituzionali coinvolti.



## **Indicatori:**

Indicatore di Obiettivo Centrale:

10.12.1 = Rendicontazione delle attività di audit

### **Valore Baseline regionale: 0**

Standard di riferimento regionale: non rilevato.

Indicatore di Obiettivo Specifico: Indicatori di processo

Obiettivi specifico regionale "a": indicatore A1)

- Definizione: Istituzione del gruppo di coordinamento tecnico/scientifico;
- Fonte: atti ufficiali della Regione Molise e/o atti ufficiali/formali del Ministero della Salute;
- Tipologia: qualitativo;
- Modalità in cui viene costruito: atto formale regionale o ministeriale;
- Valore baseline: non rilevato;

### **indicatore A2)**

- Definizione: Redazione del protocollo di programmazione delle attività;
- Fonte: Regione Molise, IZSAM;
- Tipologia: qualitativo;
- Modalità in cui viene costruito: elaborazione del protocollo;
- Valore baseline: 0;

### **indicatore A3)**

- Definizione: Ricognizione iniziale su quanto disponibile, incluso il censimento delle banche dati anagrafiche regionali attive;
- Fonte: atti ufficiali della Regione Molise;
- Tipologia: qualitativo;
- Modalità in cui viene costruito: atto formale regionale;
- Valore baseline: non rilevato;

### **indicatore A 4)**

- Definizione: Recepimento del protocollo di programmazione delle attività da parte dei soggetti istituzionali coinvolti;
- Fonte: Regione Molise;
- Tipologia: qualitativo;
- Modalità in cui viene costruito: atto formale regionale;
- Valore baseline: non rilevato;



#### **indicatore A5)**

- Definizione: Definizione delle procedure da utilizzare durante l'esecuzione degli audit;
- Fonte: Regione Molise;
- Tipologia: qualitativo;
- Modalità in cui viene costruito: elaborazione delle procedure;
- Valore baseline: 0.

#### **indicatore A6)**

- Definizione: Formazione degli operatori;
- Fonte: ASREM, Regione Molise;
- Tipologia: qualitativo;
- Modalità in cui viene costruito: Redazione del calendario della formazione, erogazione dei corsi, schede di presenza;
- Valore baseline: non rilevato.

#### **Obiettivo specifico regionale "b": indicatore B1)**

- Definizione: Esecuzione di audit nel 50% delle aziende riconosciute del settore lattiero-caseario
- Fonte: ASREM, Regione Molise; o Tipologia: quantitativo;
- Modalità in cui viene costruito: atto formale
- Valore baseline: non rilevato.

#### **indicatore B2)**

- Definizione: Verifica e riprogrammazione periodica (semestrale) in base alle attività effettuate e alle evidenze;
- Fonte: ASREM, Regione Molise;
- Tipologia: qualitativo;
- Modalità in cui viene costruito: elaborazione del documento di verifica e riprogrammazione;
- Valore baseline: 0.

#### **indicatore B3)**

- Definizione: Elaborazione del documento sull'andamento degli audit nelle aziende riconosciute che operano nel settore lattiero caseario; o Fonte: ASREM, Regione Molise;
- Tipologia: qualitativo;
- Modalità in cui viene costruito: elaborazione del documento;
- Valore baseline: 0.

#### **indicatore B4)**

- Definizione: Informatizzazione delle attività previste;
- Fonte: ASREM, Regione Molise;
- Tipologia: qualitativo; Modalità in cui viene costruito: preparazione dei documenti idonei ad essere processati mediante metodologia informatica;
- Valore baseline: 0.



#### **indicatore B5)**

- o Definizione: Redazione del protocollo delle attività relative a 2019-2022.
- o Fonte: ASREM, Regione Molise;
- o Tipologia: qualitativo;
- o Modalità in cui viene costruito: elaborazione del documento di programmazione relativo alle attività del quadriennio 2019-2022;
- o Valore baseline: 0.

#### **indicatore B6)**

- o Definizione: Riesame annuale della capacità di laboratorio da parte delle Autorità Competenti in coerenza con gli standard di funzionamento di cui all'Intesa Stato Regioni del 07/02/2013.
- o Fonte: Regione Molise;
- o Tipologia: qualitativo;
- o Modalità in cui viene costruito: documento che attesti che il processo di pianificazione dei campionamenti per l'analisi soddisfi le esigenze previste;
- o Valore baseline: non rilevato.



MACRO 10 - PIANI DI CONTROLLO E MONITORAGGIO INTEGRATI PER LA GESTIONE DEL RISCHIO NELLE MATRICI ALIMENTARI

3. - Gli audit previsti dall'articolo 4, paragrafo 6, del Regolamento CE 882/2004

INDICATORI DEGLI OBIETTIVI CENTRALI E RELATIVI VALORI REGIONALI							INDICATORI DI PROCESSO							
Macroobiettivo	Obiettivo centrale	Nome indicatore	Tipo	Valore baseline	Standard di riferimento naz.	Obiettivo specifico regionale	Descrizione delle azioni	Nome indicatore	Valore atteso 2015	Valore atteso 2016	Valore atteso 2017	Valore atteso 2018	Sorveglianza Fonte	
MO10 = Rafforzare le attività di prevenzione in sicurezza alimentare e sanità pubblica veterinaria per alcuni aspetti di attuazione del Piano Nazionale Integrato dei Controlli.	10.12 = Realizzare gli audit previsti dall'articolo 4, paragrafo 6, del Regolamento CE 882/2004	10.12.1 = Rendicontazione delle attività di audit	Outcomes	0	100% Regioni hanno svolto audit su tutte le AC locali (ASL)	A) Redazione e recepimento del protocollo di programmazione delle attività e definizione delle procedure da utilizzare durante l'esecuzione degli audit;	Istituzione del gruppo di coordinamento tecnico/scientifico	A1		Nomina dei componenti del gruppo di coordinamento tecnico/scientifico con atto formale				Atti ufficiali della Regione Molise
							Redazione del protocollo di programmazione delle attività	A2		Definizione delle linee guida, nomenclature e documenti per la raccolta dati derivanti dalle attività			Regione Molise, IZSAM	
							Ricognizione iniziale su quanto disponibile, incluso il censimento delle banche dati anagrafiche regionali attive	A3	Elenco degli stabilimenti attivi, dati attinenti la produzione certificazione e degli stessi, attività svolte nei tre anni precedenti, non conformità rilevate				Atti ufficiali della Regione Molise	



INDICATORI DEGLI OBIETTIVI CENTRALI E RELATIVI VALORI REGIONALI							INDICATORI DI PROCESSO						
Macrobiettivo	Obiettivo centrale	Nome indicatore	Tipo	Valore baseline	Standard di riferimento naz.	Obiettivo specifico regionale	Descrizione delle azioni	Nome indicatore	Valore atteso 2015	Valore atteso 2016	Valore atteso 2017	Valore atteso 2018	Sorveglianza Fonte
							Recepimento del protocollo di programmazione delle attività da parte dei soggetti istituzionali coinvolti	A4		Recepimento del protocollo di collaborazione da parte dei soggetti istituzionali coinvolti			Regione Molise
							Definizione delle procedure da utilizzare durante l'esecuzione degli audit	A5	Documento contenente le procedure da utilizzare durante l'esecuzione degli audit	Utilizzazione dei documenti preparati per l'esecuzione degli audit	Utilizzazione dei documenti preparati per l'esecuzione degli audit	Utilizzazione dei documenti preparati per l'esecuzione degli audit	Regione Molise
							Formazione degli operatori	A6		Formazione degli operatori (50% del personale)	Formazione degli operatori (dal 51 al 100% del personale)	Mantenimento della qualifica degli operatori	ASREM Regione Molise
MO10 = Rafforzare le attività di prevenzione in sicurezza alimentare e sanità pubblica veterinaria per alcuni aspetti di attuazione del Piano Nazionale Integrato dei Controlli	10.12 = Realizzare gli audit previsti dall'articolo 4, paragrafo 6, del Regolamento CE 882/2004	10.12.1 = Rendicontazione delle attività di audit	Outcomes	0	100% Regioni hanno svolto audit su tutte le AC locali (ASL)	B) Esecuzione degli audit previsti dal Regolamento (CE) 882/2004 negli stabilimenti del settore lattiero - caseario della regione Molise per la verifica del rispetto dei requisiti strutturali, funzionali e dei criteri microbiologici previsti dalla normativa di riferimento.	Esecuzione di audit nel 50 % delle 76 aziende riconosciute del settore lattiero- caseario basandosi sui dati di produzione (50% della produzione regionale) e in tutte le aziende dopo la ricezione di certificati di analisi sfavorevoli (IND. SENTINELLA)	B1		Esecuzione di audit nel 10 aziende riconosciute e in tutte le aziende dopo la ricezione di certificati di analisi sfavorevoli	Esecuzione di audit nel 14 aziende riconosciute e in tutte le aziende dopo la ricezione di certificati di analisi sfavorevoli	Esecuzione di audit nel 14 aziende riconosciute e in tutte le aziende dopo la ricezione di certificati di analisi sfavorevoli	ASREM Regione Molise
							Verifica e riprogrammazione periodica (semestrale) in base alle attività effettuate e alle evidenze	B2	Elaborazione di rapporti semestrali di verifica sullo stato di Implementazione del progetto e la riprogrammazione periodica	Elaborazione di rapporti semestrali di verifica sullo stato di Implementazione del progetto e la riprogrammazione periodica	Elaborazione di rapporti semestrali di verifica sullo stato di Implementazione del progetto e la riprogrammazione periodica	Elaborazione di rapporti semestrali di verifica sullo stato di Implementazione del progetto e la riprogrammazione periodica	ASREM Regione Molise



INDICATORI DEGLI OBIETTIVI CENTRALI E RELATIVI VALORI REGIONALI							INDICATORI DI PROCESSO						
Macrobiettivo	Obiettivo centrale	Nome indicatore	Tipo	Valore baseline	Standard di riferimento naz.	Obiettivo specifico regionale	Descrizione delle azioni	Nome indicatore	Valore atteso 2015	Valore atteso 2016	Valore atteso 2017	Valore atteso 2018	Sorveglianza Fonte
MO10 = Rafforzare le attività di prevenzione in sicurezza alimentare e sanità pubblica veterinaria per alcuni aspetti di attuazione del Piano Nazionale Integrato dei Controlli	10.12 = Realizzare gli audit previsti dall'articolo 4, paragrafo 6, del Regolamento CE 882/2004	10.12.1 = Rendicontazione delle attività di audit	Outcomes				Elaborazione del documento sull'andamento degli audit nelle aziende riconosciute che operano nel settore lattiero caseario	B3			Elaborazione del documento sull'andamento degli audit nelle aziende che operano nel settore lattiero caseario nella Regione Molise relativo all'anno 2016	Elaborazione del documento sull'andamento degli audit nelle aziende che operano nel settore lattiero caseario nella Regione Molise relativo all'anno 2017	ASREM Regione Molise
							Informatizzazione delle attività previste	B4			Informatizzazione delle attività previste nel protocollo e della relativa modulistica operativa per la raccolta dei dati		ASREM Regione Molise
							Programmazione delle attività relative a 2019-2022	B5				Protocollo delle attività relative al quadriennio 2019-2022	ASREM Regione Molise
							Riesame annuale della capacità di laboratorio da parte delle Autorità Competenti in coerenza con gli standard di funzionamento di cui all'Intesa Stato Regioni del 07/02/2013.	B6		Documento delle attività di processo di pianificazione dei campionamenti per l'analisi	Documento delle attività di processo di pianificazione dei campionamenti per l'analisi	Documento delle attività di processo di pianificazione dei campionamenti per l'analisi	Regione Molise



Titolo dell'intervento:

**LA RETE DEI LABORATORI: *Protocolli per la collaborazione nel settore alimentare e veterinario***

<i>Titolo del Programma</i>	<i>Macro Obiettivo di pertinenza</i>	<i>Obiettivi centrali</i>
<i>Sicurezza Alimentare e Sanità pubblica Veterinaria</i>	<b>MO10</b> = <i>Rafforzare le attività di prevenzione in sicurezza alimentare e sanità pubblica veterinaria per alcuni aspetti di attuazione del Piano Nazionale Integrato dei Controlli</i>	<i>10.3.1 = Sviluppare protocolli di collaborazione tra ospedali/laboratori di diagnostica/sorveglianza umana e laboratori deputati alla diagnostica/sorveglianza nel settore alimentare e veterinario</i>

**Breve descrizione dell' Intervento programmato:**

Il 19 febbraio 2014 l'EFSA (European Food Safety Authority) e l'ECDC (European Centre for Disease Prevention and Control) hanno pubblicato il Rapporto annuale 2012 sulle zoonosi e i focolai di malattia a trasmissione alimentare in Europa. Nel 2012 i dati sono stati raccolti su base obbligatoria per otto agenti zoonotici negli animali, alimenti e mangimi (*Salmonella*, *Campylobacter*, *Listeria monocytogenes*, *Escherichia coli* verocytotoxigenic (VTEC), *Mycobacterium bovis*, *Brucella* spp., *Trichinella* spp, *Echinococcus* spp). I casi umani riguardano anche *Toxoplasma*, *Rabbia*, *Febbre Q* e la *febbre da virus di West Nile* e altre zoonosi minori.

La campilobatteriosi è ancora la malattia più notificata, con un totale di 214.000 casi di infezione segnalati, la salmonellosi ha fatto registrare 91.034 casi, in costante decremento per gli effetti positivi dei programmi di controllo della *Salmonella* negli allevamenti avicoli, adottati dai Paesi UE e dalla Commissione Europea. La listeriosi ha fatto registrare 1.642 casi nel 2012, il 10,5 % in più rispetto all'anno precedente, in aumento negli ultimi cinque anni. Le infezioni confermate da *Escherichia coli* produttori di Shiga tossina (STEC) sono state 5.671, con una diminuzione del 40 % rispetto al 2011 (N = 9.487) per gli effetti del focolaio di infezione da VTEC di origine alimentare verificatosi nel 2011 in Germania, che ha provocato 50 vittime e 900 casi di *Sindrome Uremica emolitica*. Anche al netto di questo focolaio epidemico il trend delle infezioni da VTEC nei Paesi UE è in aumento.

Le indagini sui focolai chiamano in causa prevalentemente gli alimenti di origine animale, ma anche gli alimenti vegetali, mentre il consumo di alimenti crudi o poco cotti e le cross-contaminazioni sono i fattori di rischio più importanti. A livello nazionale i dati raccolti sono incompleti, con un livello di dettaglio insufficiente per alimentare il sistema informativo europeo sulle malattie infettive (TESSY). Pertanto le informazioni sulla diffusione e sui fattori di rischio delle malattie a trasmissione alimentare non sono noti. Ci si aspetta tuttavia che la loro incidenza a livello nazionale e nella regione Molise non sia molto diversa da altre aree geografiche dell'Unione Europea dove sono operativi sistemi di sorveglianza più efficaci.



L'individuazione dei fattori di rischio però è fondamentale per l'applicazione delle misure sanitarie necessarie per ridurre o prevenire l'insorgere di infezioni di origine alimentare. Tra l'altro, individuare le fonti di infezione è sempre più complesso per gli effetti della globalizzazione dei mercati e dei progressi tecnologici che hanno determinato profondi effetti sui prodotti e sui metodi di commercializzazione e vendita. Per far fronte a questi nuovi scenari è necessario non solo lo sviluppo di nuove tecnologie in grado di individuare in modo sempre più rapido e preciso i potenziali contaminanti microbici presenti nei prodotti alimentari, ma anche la sistematica collaborazione tra laboratori e autorità che operano in campo medico, veterinario e ambientale. Il tutto sarà finalizzato alla costruzione di una rete di sorveglianza per la raccolta armonizzata e la condivisione delle informazioni utili alla valutazione dei rischi per i consumatori.

#### **Obiettivi Centrali:**

- Sviluppare protocolli di collaborazione tra ospedali/laboratori di diagnostica/sorveglianza umana e laboratori deputati alla diagnostica/sorveglianza nel settore alimentare e veterinario ed assicurare un'appropriata capacità di laboratorio della rete dei laboratori pubblici.
- Assicurare un'appropriata capacità di laboratorio della rete dei laboratori pubblici.

#### **Obiettivi Specifici regionali:**

Obiettivi specifici dell'azione sono:

- a) Sviluppare protocolli di collaborazione tra i laboratori degli ospedali della Regione Molise, dell'Istituto Zooprofilattico Sperimentale dell'Abruzzo e del Molise, dell'Azienda Regionale per la Protezione Ambiente del Molise e i Servizi Medici e Veterinari dell'Azienda Regionale Sanitaria del Molise per l'applicazione di un *panel* di analisi, inizialmente per la gestione delle malattie alimentari da *Campylobacter*, *Salmonella*, *Listeria monocytogenes* e *Escherichia coli* produttori di Shiga tossina (STEC).
- b) Sviluppare protocolli di indagine epidemiologica in caso di sospetti focolai di tossinfezione alimentare con coinvolgimento integrato e coordinato dei Servizi Medici e Veterinari dell'Azienda Regionale Sanitaria del Molise (già presente nel progetto relativo al punto 10.5).
- c) Estendere la collaborazione agli altri agenti zoonosici previsti dalla Direttiva 2003/99/CE. La collaborazione oltre a favorire l'integrazione delle attività di sorveglianza in campo medico e veterinario, consentirà di acquisire informazioni sulle caratteristiche genetiche dei ceppi isolati dalle varie matrici (uomo, alimento, animale, ambiente) al fine di individuare le fonti di infezione e stimare i livelli di attribuzione delle infezioni umane ai tipi di alimenti esaminati.
- d) Programmare una esercitazione con simulazione, per la gestione di un focolaio di listeriosi (già presente nel progetto relativo al punto 10.5).



**Attori e portatori di interesse:**

Saranno coinvolti nell'intervento:

- a) Laboratori degli ospedali della Regione Molise;
- b) Laboratori dell'Istituto Zooprofilattico Sperimentale dell'Abruzzo e del Molise;
- c) Laboratori dell'Azienda Regionale per la Protezione Ambiente del Molise (ARPA);
- d) Servizi Medici e Veterinari dell'Azienda Regionale Sanitaria del Molise;

**I beneficiari finali:**

I beneficiari finali dell'intervento saranno i Cittadini della Regione Molise.

**I destinatari:**

I destinatari, o gruppi target, dell'intervento saranno:

- Laboratori degli ospedali della Regione Molise;
- Laboratori dell'Istituto Zooprofilattico Sperimentale dell'Abruzzo e del Molise;
- Laboratori dell'Azienda Regionale per la Protezione Ambiente del Molise (ARPA);
- Servizi Medici e Veterinari dell'Azienda Regionale Sanitaria del Molise;

**Fasi di Articolazione (attività, outputs e outcomes):**

- **Obiettivo specifico regionale "a":**

1. Istituzione del gruppo di coordinamento tecnico/scientifico;
2. Redazione del protocollo di collaborazione;
3. Ricognizione iniziale sui laboratori e le loro capacità diagnostiche;
4. Definizione delle procedure di laboratorio per la ricerca, la numerazione e l'identificazione di *Campylobacter*, *Salmonella*, *Listeria monocytogenes* e *Escherichia coli* produttori di Shiga tossina (STEC) – panel 1;
5. Formazione degli operatori;



- **Obiettivo specifico regionale "b":**

1. Elaborazione di protocolli di epidemio-sorveglianza molecolare al fine di individuare le fonti di infezione e stimare i livelli di attribuzione delle infezioni umane ai tipi di alimenti esaminati (progetto relativo al punto 10.5);
2. Applicazione in campo e validazione dei protocolli di indagine epidemiologica (progetto relativo al punto 10.5).

- **Obiettivo specifico regionale "c":**

1. Definizione del panel di analisi per gli altri agenti zoonosici previsti dalla Direttiva 2003/99/CE - panel 2;
2. Elaborazione del documento annuale sull'andamento dei focolai di tossinfezione alimentare nella Regione Molise (in collaborazione con il progetto 10.5).

- **Obiettivo specifico regionale "d":**

1. Organizzazione di una esercitazione con simulazione, per la gestione di un focolaio di listeriosi (obiettivo 10.5.1);
2. Informatizzazione delle attività previste nel protocollo;
3. Redazione del protocollo di collaborazione relativo al quadriennio 2019-2022.

**Criticità:**

- Mancanza di capacità diagnostiche da parte dei laboratori coinvolti;
- Difficoltà nell'utilizzazione di nuovi metodi di analisi;
- Non omogeneità nella raccolta e inserimento dei dati;
- Resistenza al cambiamento da parte degli operatori;
- Mancata disponibilità di strumenti informatici per la digitalizzazione delle attività di controllo;
- Alti impatti organizzativi.

Per far fronte alla mancanza di capacità diagnostiche dei laboratori coinvolti e le difficoltà nell'utilizzare nuovi metodi di analisi da parte degli operatori possono essere adottate le seguenti azioni correttive: formazione degli operatori, approvvigionamenti di apparecchiature di laboratorio ed infine la sensibilizzazione ed incentivazione interna ai singoli enti/soggetti istituzionali. Per evitare la non omogeneità nella raccolta e inserimento dei dati è necessaria la formazione degli operatori tramite accreditamento ECM ripetuto negli anni. Altre criticità organizzative possono essere corrette tramite l'emissione di specifiche norme regionali, un continuo monitoraggio e uno stretto coordinamento tra i soggetti istituzionali coinvolti.

**Indicatori:**

***Indicatore di Obiettivo Centrale: Valore Baseline regionale e Standard di riferimento regionale***

10.3.1 = Sviluppare protocolli di collaborazione tra ospedali/laboratori di diagnostica/sorveglianza umana e laboratori deputati alla diagnostica/sorveglianza nel settore alimentare e veterinario



**Valore Baseline regionale: 0**

**Standard di riferimento regionale (esito atteso):** Protocolli di collaborazione tra ospedali-laboratori di diagnostica-sorveglianza umana e laboratori deputati alla diagnostica-sorveglianza nel settore alimentare e veterinario

**Indicatore di Obiettivo Specifico: Indicatori di processo**

**Obiettivi specifico regionale "a":**

**indicatore A1)**

- *Definizione: Istituzione del gruppo di coordinamento tecnico/scientifico;*
- *Fonte: atti ufficiali della Regione Molise e/o atti ufficiali/formali del Ministero della Salute;*
- *Tipologia: qualitativo;*
- *Modalità in cui viene costruito: atto formale regionale o ministeriale;*
- *Valore baseline: non rilevato;*

**indicatore A2)**

- *Definizione: Redazione del protocollo di collaborazione;*
- *Fonte: Regione Molise, IZSAM;*
- *Tipologia: qualitativo ;*
- *Modalità in cui viene costruito: elaborazione del protocollo;*
- *Valore baseline: 0;*

**indicatore A3)**

- *Definizione: Ricognizione iniziale sui laboratori e le loro capacità diagnostiche;*
- *Fonte: atti ufficiali della Regione Molise;*
- *Tipologia: qualitativo;*
- *Modalità in cui viene costruito: richiesta di informazioni, elaborazione delle informazioni ricevute;*
- *Valore baseline: 0;*

**indicatore A4)**

- *Definizione: Definizione delle procedure di laboratorio per la ricerca, la numerazione e l'identificazione di *Campylobacter*, *Salmonella*, *Listeria monocytogenes* e *Escherichia coli* produttori di Shiga tossina (STEC) – panel 1;*
- *Fonte: Laboratori ASREM, ARPA e IZSAM;*
- *Tipologia: qualitativo;*
- *Modalità in cui viene costruito: elaborazione delle procedure;*
- *Valore baseline: procedure in uso nei laboratori.*



#### **indicatore A5)**

- *Definizione: Formazione degli operatori;*
- *Fonte: Regione Molise;*
- *Tipologia: qualitativo;*
- *Modalità in cui viene costruito: Redazione del calendario della formazione, erogazione dei corsi, schede di presenza;*
- *Valore baseline: non rilevato;*

#### **Obiettivi specifico regionale "b":**

##### **indicatore B1)**

- *Definizione: Elaborazione di protocolli di epidemio-sorveglianza molecolare al fine di individuare le fonti di infezione e stimare i livelli di attribuzione delle infezioni umane ai tipi di alimenti esaminati (progetto relativo al punto 10.5);*
- *Fonte: ASREM, Regione Molise;*
- *Tipologia: qualitativo;*
- *Modalità in cui viene costruito: elaborazione dei protocolli;*
- *Valore baseline: 0.*

##### **indicatore B2)**

- *Definizione: Applicazione in campo e validazione dei protocolli di indagine epidemiologica (progetto relativo al punto 10.5);*
- *Fonte: ASREM, Regione Molise;*
- *Tipologia: qualitativo;*
- *Modalità in cui viene costruito:;*
- *Valore baseline: non rilevato.*

#### **Obiettivi specifico regionale "c":**

##### **indicatore C1)**

- *Definizione: Definizione del panel di analisi per gli altri agenti zoonosici previsti dalla Direttiva 2003/99/CE - panel 2*
- *Fonte: Laboratori ASREM, ARPA e IZSAM;*
- *Tipologia: qualitativo;*
- *Modalità in cui viene costruito: elaborazione delle procedure;*
- *Valore baseline: procedure in uso nei laboratori.*



### **indicatore C2)**

- *Definizione: Elaborazione del documento annuale sull'andamento dei focolai di tossinfezione alimentare nella Regione Molise (in collaborazione con il progetto 10.5);*
- *Fonte: ASREM, Regione Molise;*
- *Tipologia: qualitativo;*
- *Modalità in cui viene costruito: elaborazione del documento;*
- *Valore baseline: 0.*

### **Obiettivi specifico regionale "d":**

#### **indicatore D1)**

- *Definizione: Organizzazione di una esercitazione con simulazione, per la gestione di un focolaio di listeriosi (obiettivo 10.5.1);*
- *Fonte: ASREM, Regione Molise;*
- *Tipologia: qualitativo;*
- *Modalità in cui viene costruito:*
- *Valore baseline: non rilevato.*

#### **indicatore D2)**

- *Definizione: Informatizzazione delle attività previste nel protocollo;*
- *Fonte: ASREM, Regione Molise;*
- *Tipologia: qualitativo;*
- *Modalità in cui viene costruito: preparazione dei documenti idonei ad essere processati mediante metodologia informatica;*
- *Valore baseline: 0.*

#### **indicatore D3)**

- *Definizione: Redazione del protocollo di collaborazione relativo al quadriennio 2019-2022;*
- *Fonte: ASREM, Regione Molise;*
- *Tipologia: qualitativo;*
- *Modalità in cui viene costruito: elaborazione del protocollo*
- *Valore baseline: 0.*



**MACRO 10 – LA RETE DEI LABORATORI: *Protocolli per la collaborazione nel settore alimentare e veterinario***

**Obiettivo centrale : 10.3 – *Sviluppare protocolli di collaborazione tra ospedali/laboratori di diagnostica/sorveglianza umana e laboratori deputati alla diagnostica/sorveglianza nel settore alimentare e veterinario***

Indicatori degli obiettivi centrali e relativi valori regionali						Indicatori di processo							
Macroobiettivo	Obiettivo centrale	Nome indicatore	Tipo	Valore di baseline	Obiettivo specifico regionale	Descrizione delle Azioni	Nome indicatore	Valore atteso 2015	Valore atteso 2016	Valore atteso 2017	Valore atteso 2018	Sorveglianza Fonte	
MO10 = Rafforzare le attività di prevenzione in sicurezza alimentare e sanità pubblica veterinaria per alcuni aspetti di attuazione del Piano Nazionale Integrato dei Controlli.	Sviluppare protocolli di collaborazione tra ospedali/laboratori di diagnostica/sorveglianza umana e laboratori	10.3.1	Qualitativo	Non rilevato	Sviluppo protocolli di collaborazione tra i laboratori per l'applicazione di un panel di analisi, inizialmente per la gestione delle malattie alimentari da Campylobacter, Salmonella, Listeria monocytogenes e Escherichia coli produttori di Shiga tossina (STEC).	Istituzione del gruppo di coordinamento tecnico/scientifico	A1	Nomina dei componenti del gruppo di coordinamento tecnico/scientifico con atto formale					atti ufficiali della Regione Molise e/o atti ufficiali/formali del Ministero della Salute
						Redazione del protocollo di collaborazione	A2	Definizione delle linee guida e nomenclatori per la raccolta dati derivanti dalle attività	Recepimento del protocollo di collaborazione da parte dei soggetti istituzionali coinvolti			Regione Molise, IZSAM	
						Ricognizione iniziale sui laboratori e le loro capacità diagnostiche	A3	Elenco dei metodi di analisi e dei sistemi informativi in uso nei laboratori				atti ufficiali della Regione Molise	
						Definizione delle procedure di laboratorio per Campylobacter, Salmonella, Listeria monocytogenes e Escherichia coli produttori di Shiga tossina (STEC)	A4	Documento contenente le procedure di laboratorio per Campylobacter, Salmonella, Listeria monocytogenes e Escherichia coli produttori di Shiga tossina (STEC) – panel 1	Documento contenente le procedure di laboratorio per gli agenti relativi al panel 2			Laboratori ASREM, ARPA e IZSAM	



Indicatori degli obiettivi centrali e relativi valori regionali						Indicatori di processo						
Macroobiettivo	Obiettivo centrale	Nome indicatore	Tipo	Valore di baseline	Obiettivo specifico regionale	Descrizione delle Azioni	Nome indicatore	Valore atteso 2015	Valore atteso 2016	Valore atteso 2017	Valore atteso 2018	Sorveglianza Fonte
						Formazione degli operatori	A5		Elaborazione della proposta formativa dedotta dall'analisi dei documenti prodotti: protocollo di collaborazione e metodi di analisi di laboratorio (panel 1)	Elaborazione della proposta formativa dedotta dall'analisi dei documenti prodotti: protocollo di collaborazione e metodi di analisi di laboratorio (panel 2)	Elaborazione della proposta formativa dedotta dall'analisi dei documenti prodotti: informatizzazione della raccolta dati	Regione Molise
MO10 = Rafforzare le attività di prevenzione in sicurezza alimentare e sanità pubblica veterinaria per alcuni aspetti di attuazione del Piano Nazionale Integrato dei Controlli.	Sviluppare protocolli di collaborazione tra ospedali/laboratori di diagnostica/sorveglianza umana e laboratori	10.3.1	Qualitativo	Non rilevato	Sviluppo di protocolli di indagine epidemiologica in caso di sospetti focolai di tossinfezione alimentare con coinvolgimento integrato e coordinato dei Servizi Medici e Veterinari dell'Azienda Regionale Sanitaria del Molise	Elaborazione di protocolli di epidemio-sorveglianza molecolare al fine di individuare le fonti di infezione e stimare i livelli di attribuzione delle infezioni umane ai tipi di alimenti esaminati (cfr. progetto relativo all'Obiettivo Centrale 10.5)	B1		Vedi <i>infra</i> progetto relativo all'O.C. 10.5	Vedi <i>infra</i> progetto relativo all'O.C. 10.5		ASREM, Regione Molise
						Applicazione in campo e validazione dei protocolli di indagine epidemiologica (progetto relativo all'O.C. 10.5)	B2		Vedi <i>infra</i> progetto relativo all'O.C. 10.5	Vedi <i>infra</i> progetto relativo all'O.C. 10.5		ASREM, Regione Molise



Indicatori degli obiettivi centrali e relativi valori regionali						Indicatori di processo						
Macroobiettivo	Obiettivo centrale	Nome indicatore	Tipo	Valore di baseline	Obiettivo specifico regionale	Descrizione delle Azioni	Nome indicatore	Valore atteso 2015	Valore atteso 2016	Valore atteso 2017	Valore atteso 2018	Sorveglianza Fonte
MO10 = Rafforzare le attività di prevenzione in sicurezza alimentare e sanità pubblica veterinaria per alcuni aspetti di attuazione del Piano Nazionale Integrato dei Controlli.	Sviluppare protocolli di collaborazione tra ospedali/laboratori di diagnostica/sorveglianza umana e laboratori	10.3.1	Qualitativo	Non rilevato	Estensione della collaborazione agli altri agenti zoonosici previsti dalla Direttiva 2003/99/CE.	Definizione del panel di analisi per gli altri agenti zoonosici previsti dalla Direttiva 2003/99/CE - panel 2	C1		Elaborazione di procedure			Laboratori ASREM, ARPA e IZSAM
						Elaborazione del documento annuale sull'andamento dei focolai di tossinfezione alimentare nella Regione Molise (in collaborazione con il progetto relativo all'O.C. 10.5)	C2		Elaborazione del documento sull'andamento dei focolai di tossinfezione alimentare nella Regione Molise relativo all'anno 2016 (in collaborazione con il progetto O.C. 10.5)	Elaborazione del documento sull'andamento dei focolai di tossinfezione alimentare nella Regione Molise relativo all'anno 2017 (in collaborazione con il progetto O.C. 10.5)	ASREM, Regione Molise	



Indicatori degli obiettivi centrali e relativi valori regionali						Indicatori di processo						
Macroobiettivo	Obiettivo centrale	Nome indicatore	Tipo	Valore di baseline	Obiettivo specifico regionale	Descrizione delle Azioni	Nome indicatore	Valore atteso 2015	Valore atteso 2016	Valore atteso 2017	Valore atteso 2018	Sorveglianza Fonte
MO10 = Rafforzare le attività di prevenzione in sicurezza alimentare e sanità pubblica veterinaria per alcuni aspetti di attuazione del Piano Nazionale Integrato dei Controlli.	Sviluppare protocolli di collaborazione tra ospedali/laboratori di diagnostica/sorveglianza umana e laboratori	10.3.1		Non rilevato	Programmare una esercitazione con simulazione, per la gestione di un focolaio di listeriosi (già presente nel progetto relativo all'Obiettivo Centrale 10.5).	Organizzazione di una esercitazione con simulazione, per la gestione di un focolaio di listeriosi (cfr. <i>infra</i> obiettivo 10.5.1)	D1		stesura procedure operative			ASREM, Regione Molise
						Informatizzazione delle attività previste nel protocollo	D2		Vedi <i>infra</i> progetto relativo all'O.C. 10.5	Vedi <i>infra</i> progetto relativo all'O.C. 10.5	ASREM, Regione Molise	
						Redazione del protocollo di collaborazione relativo al quadriennio 2019-2022	D3				Redazione del protocollo di collaborazione relativo al quadriennio 2019-2022	ASREM, Regione Molise



Titolo dell'intervento:

## **LE ANAGRAFI DEL SETTORE VETERINARIO**

*Implementazione dell'anagrafe degli operatori del settore mangimi*

*Adeguamento delle anagrafiche gestite dalle Autorità competenti alla "Masterlist" del Regolamento (CE) 852/2004*

<i>Titolo del Programma</i>	<i>Macro Obiettivo di pertinenza</i>	<i>Obiettivi centrali</i>	<i>Indicatore</i>
<i>"Sicurezza alimentare e Sanità pubblica Veterinaria "</i>	<i>MO10 = Rafforzare le attività di prevenzione in sicurezza alimentare e sanità pubblica veterinaria per alcuni aspetti di attuazione del Piano Nazionale Integrato dei Controlli</i>	<i>10.4 = Completare i sistemi anagrafici.</i>	<i>10.4.1 - implementazione dell'anagrafe degli operatori del settore mangimi</i>  <i>10.4.2 - adeguamento delle anagrafiche gestite dalle Autorità competenti alla "Masterlist" del Regolamento (CE) 852/2004</i>

### **Breve descrizione dell'Intervento programmato:**

Un elemento di assoluta novità è l'inclusione nel Piano 2014-2018 degli interventi per garantire la sicurezza alimentare e la sanità veterinaria, con riferimento all'igiene e sicurezza degli alimenti, dei mangimi, la salute e il benessere animale e le attività di promozione della sicurezza alimentare.

Il Piano riconosce il ruolo fondamentale della "genesì e fruizione della conoscenza" e riconosce la messa a regime di registri e sorveglianze come elementi infrastrutturali indispensabili per il raggiungimento degli obiettivi di salute.

Inoltre il Regolamento (CE) 852/2004 stabilisce che l'operatore del settore alimentare deve notificare all'Autorità Competente gli stabilimenti posti sotto il suo controllo e assicurare che l'autorità disponga costantemente di informazioni aggiornate sugli stabilimenti, notificandole, tra l'altro, qualsivoglia cambiamento significativo di attività, nonché ogni chiusura di stabilimenti esistenti. La registrazione degli stabilimenti e la cooperazione degli operatori sono necessarie per consentire alle autorità competenti di effettuare in modo efficace i controlli ufficiali.

Le Regione Molise, nell'ambito delle attività previste dall'accordo di programma del 2006 sottoscritto tra la regione stessa e l'Istituto Zooprofilattico Sperimentale dell'Abruzzo e del Molise – IZSAM (GR Molise n. 1413 del 20 settembre 2006), ha adottato il Sistema Informativo Nazionale Veterinario per la Sicurezza Alimentare (SINVSA) per la gestione delle attività di controllo ufficiale e sorveglianza nelle imprese presenti sul territorio regionale. Il funzionamento del sistema ha previsto innanzitutto la realizzazione dell'anagrafe degli stabilimenti che a vario titolo intervengono nella produzione, trasformazione e commercializzazione dei mangimi e degli alimenti.



Le anagrafi gestite attraverso il sistema informativo SINVSA sono quindi il pilastro su cui appoggiare l'esecuzione dei controlli ufficiali.

Ad oggi sono state completate le anagrafi degli stabilimenti riconosciuti del settore alimentare (Regolamento (CE) 853/2004) e dei mangimi (Regolamento (CE) 183/2005) e resta da completare l'anagrafe degli stabilimenti alimentari con l'obbligo di registrazione (Regolamento (CE) 852/2004). Per quest'ultimi, dato l'elevato numero, si è proceduto inizialmente popolando il SINVSA con le 15.005 imprese alimentari censite nella banca dati della Camera di Commercio del Molise e successivamente all'aggiornamento progressivo dei dati, sulla base delle informazioni desunte dai documenti archiviati presso gli uffici dell'Azienda Sanitaria Regionale del Molise (ASREM). Il sistema è stato altresì collegato all'Anagrafe Nazionale Zootecnica (BDN) e al Sistema Informativo Attività Diagnostica (SILAB) dell'IZSAM che hanno reso possibile la gestione informatizzata delle attività di campionamento previste dai piani nazionali e regionali di controllo.

Ad oggi, delle 15.005 imprese censite dalla Camera di Commercio, ne sono state valutate 5.878 e per ognuna si è provveduto all'adeguamento dei dati anagrafici con le informazioni incluse nella *Master List* del Regolamento (CE) 852/2004. Resta da completare la verifica delle imprese non ancora considerate e assicurare la "manutenzione" e il funzionamento del sistema a regime.

Il Piano operativo, pertanto, attiverà iniziative per completare la registrazione delle imprese alimentari ai sensi del Regolamento CE 852/04 e delle imprese del settore mangimi ai sensi del regolamento CE 183/05, affinché la Regione e l'ASREM possano disporre di una anagrafe aggiornata degli operatori del settore degli alimenti e mangimi per una corretta gestione informatizzata delle attività di controllo ufficiale ai sensi del Regolamento (CE) n. 882/2004 e Regolamento (CE) n.183/2005.

L'obiettivo finale è la raccolta dell'intero corpo dei dati, sanitari e non, utili alla definizione dei rischi sanitari lungo l'intera catena produttiva, attraverso la capillare e continua (in tempo reale) registrazione dei controlli svolti.

Inoltre il sistema a regime consentirà di soddisfare i debiti informativi nei confronti delle altre Amministrazioni dello Stato.

**Obiettivo Centrale:** 10.4 Completare i sistemi anagrafici.

**Obiettivi Specifici regionali:**

Gli obiettivi specifici dell'azione sono:

- a) completare la registrazione delle imprese alimentari ai sensi del Regolamento CE 852/04, affinché la Regione e l'ASREM possano disporre di una anagrafe aggiornata degli operatori del settore degli alimenti per una corretta gestione informatizzata delle attività di controllo ufficiale ai sensi del Regolamento (CE) n.882/2004;
- b) completare la registrazione delle imprese del settore mangimi ai sensi del Regolamento CE 183/05, affinché la Regione e l'ASREM possano disporre di una anagrafe aggiornata degli operatori del settore mangimi per una corretta gestione informatizzata delle attività di controllo ufficiale ai sensi del Regolamento (CE) n.183/05 e del Piano Nazionale per l'Alimentazione degli Animali (PNAA).



### **Attori e portatori di interesse:**

Gli attori coinvolti nell'intervento sono:

- ASREM;
- IZS dell'Abruzzo e Molise "G. Caporale".

I portatori d'interesse (*stakeholders*) coinvolti nell'intervento sono:

- Operatori del Settore Alimenti (OSA) ai sensi del Regolamento CE 852/04;
- Operatori del Settore Mangimi (OSM) ai sensi del Regolamento CE 183/05;
- Associazioni di categoria.

### **Beneficiari finali :**

I beneficiari finali dell'intervento saranno i *Consumatori*:

*"La politica europea degli alimenti deve essere fondata su standard elevati di sicurezza alimentare onde tutelare e promuovere la salute dei consumatori. La produzione e il consumo di alimenti è un fatto centrale di ogni società e ha ripercussioni economiche, sociali e, in molti casi, ambientali<sup>1</sup>".*

### **Fasi di Articolazione (attività, outputs e outcomes):**

#### **Obiettivo specifico regionale "a":**

1. classificazione delle attività soggette a registrazione ai sensi del Reg. 852/2004 secondo la Master List 852 del Ministero della Salute trasmessa con nota prot.DGSAF 9875-P-15/05/2013;
2. completare la verifica delle 15.005 imprese censite dalla Camera di Commercio e non ancora valutate, provvedendo all'adeguamento dei dati anagrafici con le informazioni incluse nella Master List del Regolamento (CE) 852/2004;
3. assicurare la corretta "alimentazione" e "manutenzione" a regime dell'anagrafe, gestita tramite SINVSA, delle attività soggette a registrazione ai sensi del Reg. 852/2004, anche dando la possibilità alle imprese (o loro delegati) di "auto-censirsi"<sup>2</sup> nell'anagrafe dei registrati 852 del SINVSA;

#### **Obiettivo specifico regionale "b":**

1. inserimento nel sistema informativo SINVSA di tutti i **nuovi** operatori del settore dei mangimi (OSM) registrati o riconosciuti a partire dal 2015;
2. censimento in SINVSA delle anagrafiche OSM, riconosciute ai sensi del Regolamento CE 183/05, preesistenti in possesso della Regione Molise;

---

<sup>1</sup> Libro Bianco sulla sicurezza alimentare, Commissione Europea, gennaio 2000

<sup>2</sup> Le anagrafiche "auto-censite" dalle imprese e dai loro delegati saranno validate dagli operatori dell'ASREM prima del loro effettivo censimento ed utilizzo.



3. censimento in SINVSA delle anagrafiche OSM, registrate ai sensi del Regolamento CE 183/05, preesistenti in possesso della Regione Molise.

**Criticità:**

Per completare la verifica delle 15.005 imprese censite dalla Camera di Commercio, con cui si è proceduto al popolamento iniziale del SINVSA, è necessario attivare una verifica congiunta con i dati anagrafici dei produttori primari gestiti da AGEA.

Il censimento degli operatori registrati ai sensi del Reg. (CE) 183/05 potrebbe non essere completo/esaustivo relativamente ai produttori primari che indirizzano parte della loro produzione all'alimentazione animale.

**Indicatori:**

**Obiettivo centrale 10.4.1 - implementazione dell'anagrafe degli operatori del settore mangimi:**

**Valore Baseline regionale:** censiti 27 operatori;

**Standard di riferimento regionale:** non rilevato.

**Obiettivo centrale 10.4.2 - adeguamento delle anagrafiche gestite dalle Autorità competenti alla "Masterlist" del Regolamento (CE) 852/2004:**

**Valore Baseline regionale:** 5.878 anagrafiche di attività verificate;

**Standard di riferimento regionale:** da verificare, in conformità alla master list 852, 15.005 anagrafiche di attività censite presso la Camera di Commercio.

**Indicatore di Obiettivo Specifico regionale: Indicatori di processo**

**Obiettivi specifico regionale "a":**

**indicatore A1)**

- *Definizione:* classificazione delle attività soggette a registrazione ai sensi del Reg. 852/2004 secondo la Master List 852 del Ministero della Salute trasmessa con nota prot. DGSAF 9875-P-15/05/2013;
- *Fonte:* atti ufficiali della Regione Molise;
- *Tipologia:* qualitativo;
- *Modalità in cui viene costruito:* atto formale regionale;
- *Valore baseline:* non rilevato.



### **indicatore A2)**

- *Definizione: completare la verifica delle 15.005 imprese censite dalla Camera di Commercio e non ancora valutate, provvedendo all'adeguamento dei dati anagrafici con le informazioni incluse nella Master List del Regolamento (CE) 852/2004;*
- *Fonte: sistema informativo SINVSA;*
- *Tipologia: quantitativo;*
- *Modalità in cui viene costruito: numero di attività censite in SINVSA ai sensi del Reg. 852/04;*
- *Valore baseline: 5.878 anagrafiche censite.*

### **indicatore A3)**

- *Definizione: assicurare la corretta "alimentazione" e "manutenzione" a regime dell'anagrafe, gestita tramite SINVSA, delle attività soggette a registrazione ai sensi del Reg. 852/2004, anche dando la possibilità alle imprese (o loro delegati) di "auto-censirsi" nell'anagrafe dei registrati 852 del SINVSA;*
- *Fonte: sistema informativo SINVSA;*
- *Tipologia: quantitativo;*
- *Modalità in cui viene costruito: numero annuale di nuove attività censite o aggiornate in SINVSA;*
- *Valore baseline: non censito.*

## **Obiettivo specifico regionale "b":**

### **indicatore B1)**

- *Definizione: inserimento nel sistema informativo SINVSA di tutti i **nuovi** operatori del settore dei mangimi (OSM) registrati o riconosciuti a partire dal 2015;*
- *Fonte atti ufficiali della Regione Molise;*
- *Tipologia: qualitativo;*
- *Modalità in cui viene costruito: atto formale regionale;*
- *Valore baseline: non rilevato.*

### **indicatore B2)**

- *Definizione: censimento in SINVSA delle anagrafiche OSM, riconosciute ai sensi del Regolamento CE 183/05, preesistenti in possesso della Regione Molise;*
- *Fonte: sistema informativo SINVSA;*
- *Tipologia: quantitativo;*
- *Modalità in cui viene costruito: numero di attività riconosciute ai sensi del Reg. 183/05 censite in SINVSA;*
- *Valore baseline: 5 OSM riconosciuti censiti in SINVSA.*

### **indicatore B3)**

- *Definizione: censimento in SINVSA delle anagrafiche OSM, registrate ai sensi del Regolamento CE 183/05, preesistenti in possesso della Regione Molise;*
- *Fonte: sistema informativo SINVSA;*
- *Tipologia: quantitativo;*



- *Modalità in cui viene costruito: numero di attività registrate ai sensi del Reg. 183/05 censite in SINVSA;*
- *Valore baseline: 5 OSM registrati censiti in SINVSA.*

<b>Conteggio di OSM - Reg.183/04</b>		Fonte: SINVSA	
<b>RICONOSCIUTA/REGISTRATA</b>	<b>ASL DI COMPETENZA</b>		<b>Totale</b>
REGISTRATA	A.S.R.E.M. ISERNIA		5
	A.S.RE.M AGNONE		3
	ASREM CENTRO MOLISE		14
REGISTRATA Totale			22
RICONOSCIUTA	A.S.R.E.M. ISERNIA		4
	ASREM AMBITO TERRITORIALE - TERMOLI LARINO		1
RICONOSCIUTA Totale			5
<b>Totale complessivo</b>			<b>27</b>



## MACRO 10 - LE ANAGRAFI DEL SETTORE VETERINARIO

Implementazione dell'anagrafe degli operatori del settore mangimi

Adeguamento delle anagrafiche gestite dalle Autorità competenti alla "Masterlist" del Regolamento (CE) 852/2004

Indicatori degli obiettivi centrali e relativi valori regionali							Indicatori di processo						
Macroobiettivo	Obiettivo centrale	Nome indicatore	Tipo	Valore di baseline	Standard di riferimento (variazione attesa)	Obiettivo specifico regionale	Titolo della Linea di Intervento	Nome indicatore	Valore atteso 2016	Valore atteso 2017	Valore atteso 2018	Sorveglianza/ Fonte	
MO10 = Rafforzare le attività di prevenzione in sicurezza alimentare e sanità pubblica veterinaria per alcuni aspetti di attuazione del Piano Nazionale Integrato dei Controlli.	10.4 Completare i sistemi anagrafici	10.4.1 Implementazione dell'anagrafe degli operatori del settore dei mangimi	quantitativo	Valutate e aggiornate le anagrafiche di 5.878 OSA	100%	Completare la registrazione delle imprese alimentari ai sensi del Regolamento CE 852/04, affinché la Regione e l'ASREM possano disporre di una anagrafe aggiornata degli operatori del settore degli alimenti per una corretta gestione informatizzata delle attività di controllo ufficiale ai sensi del Regolamento (CE) n.882/2004;	Classificazione delle attività soggette a registrazione ai sensi del Reg. 852/2004 secondo la Master List 852 del Ministero della Salute trasmessa con nota prot.DGSAF 9875-P-15/05/2013	A1	Pubblicazione di atto formale regionale	100% <sup>3</sup>	100%	100%	Atti ufficiali della Regione Molise
							Completare la verifica delle 15.005 imprese censite dalla Camera di Commercio e non ancora valutate, provvedendo all'adeguamento dei dati anagrafici con le informazioni incluse nella Master List del Regolamento (CE) 852/2004 (i.Sentinella)	A2	30%	70%	100%	Sistema informativo SINVSA	
							Assicurare la corretta "alimentazione" e "manutenzione" a regime dell'anagrafe, gestita tramite SINVSA, delle attività soggette a registrazione ai sensi del Reg. 852/2004, anche dando la possibilità alle imprese (o loro delegati) di "auto-censirsi" nell'anagrafe dei registrati 852 del SINVSA	A3	100%	100%	100%	Sistema informativo SINVSA	

<sup>3</sup> Riferito alle nuove attività registrate ai sensi del Reg. 852/04.



Indicatori degli obiettivi centrali e relativi valori regionali							Indicatori di processo						
Macroobiettivo	Obiettivo centrale	Nome indicatore	Tipo	Valore di baseline	Standard di riferimento (variazione attesa)	Obiettivo specifico regionale	Titolo della Linea di Intervento	Nome indicatore	Valore atteso 2016	Valore atteso 2017	Valore atteso 2018	Sorveglianza/ Fonte	
MO10 = Rafforzare le attività di prevenzione in sicurezza alimentare e sanità pubblica veterinaria per alcuni aspetti di attuazione del Piano Nazionale Integrato dei Controlli.	10.4 Completare i sistemi anagrafici	10.4.2 Adeguamento delle anagrafiche gestite dalle Autorità Competenti alla "Masterlist Reg. CE 852/2004"	quantitativo	Censite in SINVSA le anagrafiche di 27 OSM	100%	Completare la registrazione delle imprese del settore mangimi ai sensi del Regolamento CE 183/05, affinché la Regione e l'ASREM possano disporre di una anagrafe aggiornata degli operatori del settore mangimi per una corretta gestione informatizzata delle attività di controllo ufficiale ai sensi del Regolamento (CE) n.183/05 e del Piano Nazionale per l'Alimentazione degli Animali (PNAA).	Inserimento nel sistema informativo SINVSA di tutti i nuovi operatori del settore dei mangimi (OSM) registrati o riconosciuti a partire dal 2015	B1	Pubblicazione di atto formale regionale	100%	100%	100%	Atti ufficiali della Regione Molise
							Censimento in SINVSA delle anagrafiche OSM, riconosciute ai sensi del Regolamento CE 183/05, preesistenti in possesso della Regione Molise	B2	100%			Sistema informativo SINVSA	
							Censimento in SINVSA delle anagrafiche OSM, registrate ai sensi del Regolamento CE 183/05, preesistenti in possesso della Regione Molise	B3 (Sentinella)	20%	60%	100%	Sistema informativo SINVSA	



Titolo dell'intervento:

## LA GESTIONE DELLE EMERGENZE VETERINARIE E DI SICUREZZA ALIMENTARE

<i>Titolo del Programma</i>	<i>Macro Obiettivo di pertinenza</i>	<i>Obiettivi centrali</i>	<i>Indicatore</i>
<i>"Sicurezza alimentare e Sanità pubblica Veterinaria "</i>	<i>MO 10= Rafforzare le attività di prevenzione in sicurezza alimentare e sanità pubblica veterinaria per alcuni aspetti di attuazione del Piano nazionale integrato dei controlli</i>	<i>10.5 = Gestire le emergenze veterinarie e relative alla sicurezza alimentare epidemiche e non e gli eventi straordinari</i>	<i>10.5.1 = Predisposizione di piani operativi integrati di intervento per la gestione delle emergenze/eventi straordinari</i>  <i>10.5.2 = Svolgimento di almeno un evento esercitativo di scala regionale, in applicazione del piano di emergenza, riguardante la sicurezza alimentare</i>  <i>10.5.3 = Svolgimento di almeno un evento esercitativo di scala regionale, in applicazione del piano di emergenza, riguardante una malattia animale</i>

### **Razionale dell'Intervento:**

Le linee strategiche di intervento relative al Macro obiettivo 2.10 del PNP 2014-2018 «Rafforzare le attività di prevenzione in sicurezza alimentare e sanità pubblica veterinaria per alcuni aspetti di attuazione del Piano Nazionale Integrato dei Controlli» sono così sintetizzabili:

- Miglioramento dell'attività di controllo ufficiale in materia di sicurezza degli alimenti e sanità pubblica veterinaria.
- Sorveglianza: Sviluppare protocolli di collaborazione tra ospedali/laboratori di diagnostica/sorveglianza umana e laboratori deputati alla diagnostica/sorveglianza nel settore alimentare e veterinario.
- Completamento dei sistemi anagrafici.
- Promozione della sicurezza nutrizionale.

Nell'ambito delle prime due linee strategiche, il rafforzamento delle capacità del servizio di gestire le emergenze veterinarie, sia causate dalla comparsa di malattie animali, relative alla sicurezza alimentare o per eventi non epidemici (disastri naturali o industriali) assume una importanza fondamentale.



**Obiettivo Centrale:**

- 10.5 Gestire le emergenze veterinarie e relative alla sicurezza alimentare epidemiche e non e gli eventi straordinari

**Obiettivi Specifici:**

- a) 10.5.1 Predisporre i piani operativi integrati di intervento per la gestione delle emergenze/eventi straordinari
- b) 10.5.2 Effettuare un evento esercitativo di scala regionale, in applicazione del piano di emergenza, riguardante la sicurezza alimentare
- c) 10.5.3 Effettuare un evento esercitativo di scala regionale, in applicazione del piano di emergenza, riguardante una malattia animale

**Attori e portatori di interesse:**

Dipartimento di Prevenzione dell'ASREM, i laboratori dell'IZSAM e dell'ARPA.

**Beneficiari:**

Dipartimento di Prevenzione dell'ASREM, consumatori e allevatori

**Fasi di Articolazione:**

**Obiettivo specifico regionale "a"**

*Predisporre i piani operativi integrati di intervento per la gestione delle emergenze/eventi straordinari:*

- Definizione del contesto legislativo nazionale per quanto riguarda il Piano Nazionale di Emergenza per le malattie animali epidemiche e per quanto riguarda le azioni veterinarie nelle emergenze non epidemiche.
- Analisi delle potenziali fonti di rischio epidemico e non presenti sul territorio regionale.
- Analisi delle linee guida e delle procedure operativenazionali.
- Predisposizione e adozione del piano operativo regionale e delle procedure operative.

**Obiettivo specifico regionale "b"**

*Effettuare un evento esercitativo di scala regionale, in applicazione del piano di emergenza, riguardante la sicurezza alimentare:*

- Predisposizione del progetto didattico
- Programmazione della simulazione
- Svolgimento della simulazione
- Analisi dei risultati e predisposizione di una relazione finale



### **Obiettivo specifico regionale "c"**

*Effettuare un evento esercitativo di scala regionale, in applicazione del piano di emergenza, riguardante una malattia animale:*

- Predisposizione del progetto didattico
- Programmazione della simulazione
- Svolgimento della simulazione
- Analisi dei risultati e predisposizione di una relazione finale

### **Criticità:**

L'analisi delle potenziali fonti di rischio epidemico e non presenti sul territorio regionale presuppone la raccolta di dati e informazioni in possesso di diversi uffici dell'amministrazione regionale e, quindi, l'istituzione di un gruppo di lavoro multidisciplinare in grado di svolgere una sintesi del materiale raccolto, indicando le principali potenziali fonti di rischio sia per eventi epidemici che non.

### **Indicatori degli obiettivi specifici regionali:**

- **Obiettivo a)** Predisposizione di piani operativi integrati di intervento per la gestione delle emergenze/eventi straordinari.

Valore Baseline regionale: non rilevato;

Standard di riferimento regionale: piano di intervento regionale.

- **Obiettivo b)** Svolgimento di almeno un evento esercitativo di scala regionale, in applicazione del piano di emergenza, riguardante la sicurezza alimentare.

Valore Baseline regionale: non rilevato;

Standard di riferimento regionale: svolgimento di un evento di simulazione.

- **Obiettivo c)** Svolgimento di almeno un evento esercitativo di scala regionale, in applicazione del piano di emergenza, riguardante una malattia animale.

Valore Baseline regionale: non rilevato;

Standard di riferimento regionale: svolgimento di un evento di simulazione.



### **Indicatore di Obiettivo Specifico: Indicatori di processo**

**Obiettivo specifico regionale "a":** Predisporre i piani operativi integrati di intervento per la gestione delle emergenze/eventi straordinari

#### **indicatore A1)**

- *Definizione:* piano di intervento regionale
- *Fonte:* Regione
- *Tipologia:* Qualitativo
- *Modalità in cui viene costruito:* Atto formale regionale
- *Valore baseline:* non rilevato

**Obiettivo specifico regionale "b":** Effettuare un evento esercitativo di scala regionale, in applicazione del piano di emergenza, riguardante la sicurezza alimentare

#### **indicatore B1)**

- *Definizione:* svolgimento di un evento di simulazione
- *Fonte:* Regione
- *Tipologia:* Qualitativo
- *Modalità in cui viene costruito:* effettuazione/non effettuazione della simulazione
- *Valore baseline:* non rilevato

**Obiettivo specifico regionale c:** Effettuare un evento esercitativo di scala regionale, in applicazione del piano di emergenza, riguardante una malattia animale

#### **indicatore C1)**

- *Definizione:* svolgimento di un evento di simulazione
- *Fonte:* Regione
- *Tipologia:* Qualitativo
- *Modalità in cui viene costruito:* effettuazione/non effettuazione della simulazione
- *Valore baseline:* non rilevato



## MACRO 10 – LA GESTIONE DELLE EMERGENZE VETERINARIE E DI SICUREZZA ALIMENTARE

Obiettivo centrale : 10.5 – Gestire le emergenze veterinarie e relative alla sicurezza alimentare epidemiche e non e gli eventi straordinari

Indicatori degli obiettivi centrali e relativi valori regionali							Indicatori di processo					
Macroobiettivo	Obiettivo centrale	Nome indicatore	Tipo	Valore <i>baseline</i>	Standard di riferimento (Variazione attesa)	Obiettivo specifico regionale	Descrizione delle azioni	Nome indicatore	Valore atteso 2016	Valore atteso 2017	Valore atteso 2018	Sorveglianza/ Fonte
10 Rafforzare le attività di prevenzione in sicurezza alimentare e sanità pubblica veterinaria per alcuni aspetti di attuazione del Piano nazionale integrato dei controlli	10.5 Gestire le emergenze veterinarie e relative alla sicurezza alimentare epidemiche e non e gli eventi straordinari	Predisposizione di piani operativi integrati di intervento per la gestione delle emergenze/eventi straordinari	Qualitativo	NR	Adozione del piano e dei protocolli operativi	Predisporre i piani operativi integrati di intervento per la gestione delle emergenze/eventi straordinari	Miglioramento dell'attività di controllo ufficiale in materia di sicurezza degli alimenti e sanità pubblica veterinaria	Piano di intervento regionale	Definizione del contesto legislativo nazionale	Analisi delle potenziali fonti di rischio epidemico e non presenti sul territorio regionale	Predisposizione e adozione del piano operativo regionale e delle procedure operative	Regione Molise
		Svolgimento di almeno un evento esercitativo di scala regionale, in applicazione del piano di emergenza, riguardante la sicurezza alimentare	Qualitativo	NR	Svolgimento simulazione	Effettuare un evento esercitativo di scala regionale, in applicazione del piano di emergenza, riguardante la sicurezza alimentare	Sorveglianza: Sviluppare protocolli di collaborazione tra ospedali/laboratori di diagnostica/sorveglianza umana e laboratori deputati alla diagnostica/sorveglianza nel settore alimentare e veterinario	Svolgimento di un evento di simulazione	Predisposizione del progetto didattico	Stesura del programma della simulazione	Svolgimento della simulazione Analisi dei risultati e predisposizione relazione finale	Regione Molise



Indicatori degli obiettivi centrali e relativi valori regionali							Indicatori di processo					
Macroobiettivo	Obiettivo centrale	Nome indicatore	Tipo	Valore <i>baseline</i>	Standard di riferimento (Variazione attesa)	Obiettivo specifico regionale	Descrizione delle azioni	Nome indicatore	Valore atteso 2016	Valore atteso 2017	Valore atteso 2018	Sorveglianza/ Fonte
10	10.5	Svolgimento di almeno un evento esercitativo di scala regionale, in applicazione del piano di emergenza, riguardante una malattia animale	Qualitativo	NR	Svolgimento simulazione	Effettuare un evento esercitativo di scala regionale, in applicazione del piano di emergenza, riguardante una malattia animale	Sorveglianza: Sviluppare protocolli di collaborazione tra ospedali/laboratori di diagnostica/sorveglianza umana e laboratori deputati alla diagnostica/sorveglianza nel settore alimentare e veterinario	Svolgimento di un evento di simulazione (Indicatore SENTINELLA)	Predisposizione del progetto didattico Stesura del programma della simulazione	Svolgimento della simulazione Analisi dei risultati	Relazione finale	RegioneMolise



Titolo dell'intervento:

**LA SORVEGLIANZA DELLA FAUNA SELVATICA:**

*La prevenzione delle malattie infettive e diffuse di interesse veterinario trasmissibili tramite vettori animali*

<i>Titolo del Programma</i>	<i>Macro Obiettivo di pertinenza</i>	<i>Obiettivi centrali</i>	<i>Indicatore</i>
<i>"Sicurezza alimentare e Sanità pubblica Veterinaria"</i>	<i>MO 10= Rafforzare le attività di prevenzione in sicurezza alimentare e sanità pubblica veterinaria per alcuni aspetti di attuazione del Piano nazionale integrato dei controlli</i>	<i>10.6 = Prevenire le malattie infettive e diffuse di interesse veterinario trasmissibili tramite vettori animali</i>	<i>10.6.1 = Attuazioni di piani di sorveglianza in popolazioni di animali selvatici</i>

**Breve descrizione dell'intervento programmato**

Le linee strategiche di intervento relative al Macro obiettivo 2.10 del PNP 2014-2018 «Rafforzare le attività di prevenzione in sicurezza alimentare e sanità pubblica veterinaria per alcuni aspetti di attuazione del Piano Nazionale Integrato dei Controlli» sono così sintetizzabili:

- Miglioramento dell'attività di controllo ufficiale in materia di sicurezza degli alimenti e sanità pubblica veterinaria.
- Sorveglianza: Sviluppare protocolli di collaborazione tra ospedali/laboratori di diagnostica/sorveglianza umana e laboratori deputati alla diagnostica/sorveglianza nel settore alimentare e veterinario.
- Completamento dei sistemi anagrafici.
- Promozione della sicurezza nutrizionale.

Il rafforzamento delle capacità del servizio di attuare piani di monitoraggio e sorveglianza sullo stato sanitario delle popolazioni selvatiche garantisce una miglior comprensione delle dinamiche epidemiologiche delle malattie infettive (a carattere zoonosico e non) all'interno dei rispettivi territori, e permette di proteggere in maniera più efficace le popolazioni selvatiche, domestiche ed umane.



**Obiettivo Centrale:**

10.6. Prevenire le malattie infettive e diffuse di interesse veterinario trasmissibili tramite vettori animali.

**Obiettivi Specifici regionali:**

- a) Elaborazione di un sistema di raccolta dati, diagnostico e di analisi epidemiologica, finalizzato alla pianificazione d'interventi di conservazione e gestione delle specie selvatiche;
- b) Sviluppo di un sistema coordinato di sorveglianza finalizzato alla gestione degli interventi di conservazione e gestione pianificati.

**Attori e portatori di interesse:**

Dipartimento di Prevenzione dell'ASREM, i laboratori dell'IZSAM e aree protette.

**Beneficiari:**

Dipartimento di Prevenzione dell'ASREM,gestori della fauna selvatica e allevatori.

**Fasi di Articolazione:**

**Obiettivo specifico regionale "a":**

***Elaborazione di un sistema di raccolta dati, diagnostico e di analisi epidemiologica, finalizzato alla pianificazione d'interventi di conservazione e gestione delle specie selvatiche***

- Elaborazione di un piano di sorveglianza della fauna selvatica.
- Creazione di un'anagrafe delle strutture presenti sul territorio che lavorano a vario titolo con la fauna selvatica.
- Prioritizzazione della malattie da sottoporre a sorveglianza; in ogni caso, in via preliminare e fatti salvi gli esiti di opportuno confronto sul tema con esperti dell'IZS, si indicano in linea di massima le seguenti malattie: TRICHINELLOSI - TUBERCOLOSI/MICOBATTERIOSI - WEST NILE - BRUCELLOSI;
- Elaborazione di procedure per la raccolta e registrazione delle informazioni relative agli areali di presenza di talune specie selvatiche e ai campioni fauna selvatica esaminati.
- Elaborazione di procedure operative standard per la fauna selvatica.
- Sviluppo di un Sistema Informativo Territoriale (SIT) che consenta di archiviare, gestire e consultare le informazioni ritenute utili al governo dei rischi sanitari integrato con i sistemi esistenti.
- Analisi dei dati dell'attività diagnostica e di sorveglianza.

**Obiettivo specifico regionale "b": Sviluppo di un sistema coordinato di sorveglianza finalizzato alla gestione degli interventi di conservazione e gestione pianificati**

- Creazione di un tavolo di coordinamento tecnico-operativo.
- Erogazione di corsi di formazione sulla gestione di problematiche sanitarie della fauna selvatica per veterinari ed altre figure professionali.

**Criticità:** L'attuazione di piani di sorveglianza in popolazioni di animali selvatici richiede la collaborazione tra diverse figure professionali e tra diverse istituzioni; l'istituzione di un Tavolo di Coordinamento risulta in tal senso fondamentale.



**Indicatori:**

**Obiettivo specifico regionale "a":** *Attuazione di piani di sorveglianza in popolazioni di animali selvatici*

**Valore Baseline regionale:** non rilevato in maniera standardizzata;

**Standard di riferimento regionale:** piano di sorveglianza della fauna selvatica regionale.

**Indicatore di Obiettivo Specifico: Indicatori di processo**

**Obiettivi specifico regionale "a":** *Elaborazione di un sistema di raccolta dati, diagnostico e di analisi epidemiologica, finalizzato alla pianificazione d'interventi di conservazione e gestione delle specie selvatiche;*

**indicatore A1)**

- *Definizione:* Sviluppo di un Sistema Informativo Territoriale (SIT);
- *Fonte:* Regione;
- *Tipologia:* Qualitativo;
- *Modalità in cui viene costruito:* Atto formale regionale;
- *Valore baseline:* non rilevato.

**Obiettivo specifico regionale "b":** *Sviluppo di un sistema coordinato di sorveglianza finalizzato alla gestione degli interventi di conservazione e gestione pianificati*

**indicatore B1)**

- *Definizione:* svolgimento di un evento di formazione
- *Fonte:* Regione
- *Tipologia:* Qualitativo
- *Modalità in cui viene costruito:* effettuazione/non effettuazione dell'evento formativo
- *Valore baseline:* non rilevato



**MACRO 10 – LA SORVEGLIANZA DELLA FAUNA SELVATICA:**

**La prevenzione delle malattie infettive e diffuse di interesse veterinario trasmissibili tramite vettori animali**

Indicatori degli obiettivi centrali e relativi valori regionali								Indicatori di processo				
Macroobiettivo	Obiettivo centrale	Nome indicatore	Tipo	Valore <i>baseline</i>	Standard di riferimento (Variazione attesa)	Obiettivo specifico regionale	Descrizione delle azioni	Nome indicatore	Valore atteso 2016	Valore atteso 2017	Valore atteso 2018	Sorveglianza/ Fonte
10 Rafforzare le attività di prevenzione in sicurezza alimentare e sanità pubblica veterinaria per alcuni aspetti di attuazione del Piano nazionale integrato dei controlli	10.6 Prevenire le malattie infettive e diffuse di interesse veterinario trasmissibili tramite vettori animali	Attuazione di un piano di sorveglianza in popolazioni di animali selvatici	Qualitativo	NR	Adozione del piano e dei protocolli operativi	Elaborazione di un sistema di raccolta dati, diagnostico e di analisi epidemiologica, finalizzato alla pianificazione d'interventi di conservazione e gestione delle specie selvatiche	Miglioramento dell'attività di controllo ufficiale in materia di sicurezza degli alimenti e sanità pubblica veterinaria	Sviluppo di un Sistema Informativo Territoriale (SIT)  Indicatore SENTINELLA	Elaborazione e adozione del piano di sorveglianza e relative procedure	Creazione di un'anagrafe delle strutture presenti sul territorio che lavorano a vario titolo con la fauna selvatica	Creazione del SIT	Regione Molise
						Sviluppo di un sistema coordinato di sorveglianza finalizzato alla gestione degli interventi di conservazione e gestione pianificati	Sorveglianza: Sviluppare protocolli di collaborazione tra ospedali/laboratori di diagnostica/sorveglianza umana e laboratori deputati alla diagnostica/sorveglianza nel settore alimentare e veterinario	Svolgimento di un evento di formazione		Predisposizione del progetto didattico		



Indicatori degli obiettivi centrali e relativi valori regionali							Indicatori di processo					
Macroobiettivo	Obiettivo centrale	Nome indicatore	Tipo	Valore <i>baseline</i>	Standard di riferimento (Variazione attesa)	Obiettivo specifico regionale	Descrizione delle azioni	Nome indicatore	Valore atteso 2016	Valore atteso 2017	Valore atteso 2018	Sorveglianza/Fonte
10	10.6	Svolgimento di almeno un evento esercitativo di scala regionale, in applicazione del piano di emergenza, riguardante una malattia animale	Qualitativo	NR	Svolgimento simulazione	Effettuare un evento esercitativo di scala regionale, in applicazione del piano di emergenza, riguardante una malattia animale	Sorveglianza: Sviluppare protocolli di collaborazione tra ospedali/laboratori di diagnostica/sorveglianza umana e laboratori deputati alla diagnostica/sorveglianza nel settore alimentare e veterinario	Svolgimento di un evento di simulazione	Predisposizione del progetto didattico Stesura del programma della simulazione	Svolgimento della simulazione Analisi dei risultati	Relazione finale	Regione Molise



Titolo dell'intervento:

**TECNICHE E ORGANIZZAZIONE DEL CONTROLLO UFFICIALE: *Aspetti relativi alla formazione e agli audit.***

<i>Titolo del Programma</i>	<i>Macro Obiettivo di pertinenza</i>	<i>Obiettivi centrali</i>	<i>Indicatore</i>
<i>Sicurezza Alimentare e Sanità pubblica Veterinaria</i>	<i>MO10 = Rafforzare le attività di prevenzione in sicurezza alimentare e sanità pubblica veterinaria per alcuni aspetti di attuazione del Piano Nazionale Integrato dei Controlli</i>	<i>10.11 = Formare adeguatamente in merito alle tecniche e all'organizzazione del controllo ufficiale</i>	<i>10.11.1 = Percentuale di personale formato per il corso base previsto dall'accordo, sul totale del personale afferente al Servizio dell'Autorità competente</i>

#### **Breve descrizione dell' Intervento programmato**

Il Regolamento CE n. 178/2002 che, come è noto, contiene i principi della successiva emanazione dei Regolamenti del cosiddetto "Pacchetto di Igiene" determina l'introduzione di importanti innovazioni nella gestione dei Controlli Ufficiali. In questo contesto, anche se la responsabilità primaria ricade sugli OSA, in quanto principali artefici della sicurezza alimentare delle proprie produzioni alimentari, spetta al Servizio Pubblico, in qualità di Autorità Competente, la verifica del rispetto delle disposizioni da parte degli Operatori della filiera alimentare, attraverso la implementazione di un sistema di controllo ufficiale appropriato.

L'attività di formazione degli operatori addetti al Controllo Ufficiale, assume una importanza strategica per raggiungere gli Obiettivi prefissati.

Tra i controlli ufficiali, l'attività di audit, rappresenta la tecnica di controllo più completa sia sugli OSA per la verifica della produzione e immissione in commercio di alimenti sicuri, sia sulle Autorità Competenti per la verifica della conformità dei Controlli Ufficiali, così come previsto dagli art. 4 e 10 del Reg. CE n. 882/2004.

In ottemperanza a quanto sopra menzionato, le Autorità Competenti regionali (ACR) svolgono un programma di audit, volto alla verifica dei sistemi di prevenzione in sicurezza degli alimenti e sanità pubblica veterinaria, presso le autorità competenti locali (ACL), ovvero presso le Aziende Sanitarie Locali. I sistemi di audit regionali rispondono, analogamente a quelli svolti dal Ministero della Salute, ai criteri definiti, in ambito nazionale, dall'Accordo Stato Regioni del 7 febbraio 2013.

La Regione Molise, attraverso specifiche disposizioni normative regionali, non ha ancora elaborato procedure operative e strumenti operativi (es., check list) a supporto dell'attività di audit. Il personale



regionale addetto all'esecuzione degli audit, insieme ad una parte del personale ASREM è stato, comunque, formato per lo svolgimento di tale attività, attraverso la partecipazione a specifici corsi organizzati dall'Ente Regionale.

**Obiettivo Centrale:**

- 10.11.1 Formare adeguatamente in merito alle tecniche e all'organizzazione del controllo ufficiale
- 10.12.1 Realizzare gli audit previsti dall'articolo 4, paragrafo 6, del Regolamento CE 882/2004.

**Obiettivi Specifici:**

- a) Predisposizione delle procedure operative del Servizio per l'esecuzione degli AUDIT e per la gestione delle attività entro dicembre 2015;
- b) Individuazione del percorso formativo per la formazione del 100% del personale addetto al controllo ufficiale per il primo percorso di approfondimento del pacchetto igiene; individuare il percorso per il mantenimento della qualifica del predetto personale
- c) Pianificazione dell'attività di audit in modo tale che tutte le ACL e tutti i sistemi di controllo di cui al "Country Profile Italia" siano stati verificati entro il 2018;

**Attori e portatori di interesse:**

Dipartimento di Prevenzione ASReM: U.O.C. Igiene degli Alimenti di Origine Animale, U.O.C. Sanità animale, U.O.C. Igiene degli Alimenti e della Nutrizione, U.O.C. Igiene degli Allevamenti e delle Produzioni Zootecniche e Laboratori dell'IZS-AM.

Direzione Generale per la Salute – Servizio Prevenzione, Veterinaria e Sicurezza alimentare.

**Beneficiari:** Servizi del Dipartimento di Prevenzione di cui sopra, i Laboratori ufficiali, gli OSA; Direzione Generale per la Salute – Servizio Prevenzione, Veterinaria e Sicurezza alimentare.

**Fasi di Articolazione:**

- Analisi dello stato attuale
- realizzazione delle procedure finalizzate alla pianificazione, programmazione ed esecuzione degli audit ;
- realizzazione dei percorsi formativi di I e II livello riguardanti il cosiddetto " Pacchetto Igiene";
- implementazione di un programma di audit che permetta che tutte le ACL e tutti i sistemi di controllo si realizzino entro il 2018

**Indicatori:**

- ✓ percentuale (%) di personale formato
- ✓ percentuale (%) di audit su ACL



**MACRO 10: TECNICHE E ORGANIZZAZIONE DEL CONTROLLO UFFICIALE: ASPETTI RELATIVI ALLA FORMAZIONE E AGLI AUDIT**

Indicatori degli obiettivi centrali e relativi valori regionali						Indicatori di processo						
Macroobiettivo	Obiettivo centrale	Nome indicatore	Tipo	Valore di baseline	Standard di riferimento (Variazione attesa)	Obiettivo specifico regionale	Titolo della Linea di Intervento	Nome indicatore	Valore atteso 2016	Valore atteso 2017	Valore atteso 2018	Sorveglianza/Fonte
10. Rafforzare le attività di prevenzione in sicurezza alimentare e sanità pubblica veterinaria per alcuni aspetti di attuazione del Piano nazionale integrato dei controlli	10.11 Formare adeguatamente in merito alle tecniche e all'organizzazione del controllo ufficiale	10.11.1 Percentuale di personale formato sul totale del personale afferente ai Servizi dell'Autorità competente	Quantitativo	personale Regione-Asrem teoricamente destinabile ad attività di controllo ufficiale: n. 89 unità  personale formato: n. 30 unità (33%)	100% del personale addetto al controllo ufficiale delle ACL e ACR è formato per il primo percorso (di approfondimento del pacchetto igiene) entro il 2018. Programmazione della formazione di mantenimento per il 100% del personale precedentemente formato sugli argomenti del primo percorso	Individuazione di un percorso formativo per la formazione del 100% del personale addetto al controllo ufficiale; individuare il percorso per il mantenimento della qualifica del personale	TECNICHE E ORGANIZZAZIONE DEL CONTROLLO UFFICIALE: ASPETTI RELATIVI ALLA FORMAZIONE E AGLI AUDIT	Valore percentuale (%) di personale formato sul totale disponibile  (Indicatore Sentinella)	40%	80%	100%	Regione
	10.12 Realizzare gli audit previsti dall'articolo 4, paragrafo 6, del regolamento CE 882/2004	10.12.1 Rendicontazione dell'attività di audit svolta	Quantitativo	n. 2 audit	100% Tutte le articolazioni organizzative territoriali competenti in sicurezza alimentare e sanità pubblica veterinaria sottoposte ad audit con copertura di tutti i sistemi di controllo di cui al "Country Profile Italia" della Commissione europea	Predisposizione delle procedure operative per l'esecuzione degli audit entro il 2016  Pianificazione dell'attività di audit su tutte le ACL e su tutti i sistemi di controllo di cui al "country profile Italia"		Procedure operative  n. audit su ACL	OK  2		2	2



Titolo dell'intervento:

## **CELIACHIA, ALLERGIE E INTOLLERANZE ALIMENTARI**

*Linee guida ed iniziative per tutelare il consumatore, assicurando una produzione sicura di alimenti, confezionati e non, idonei alla sua patologia.*

<i>Titolo del Programma</i>	<i>Macro Obiettivo di pertinenza</i>	<i>Obiettivi centrali</i>	<i>Indicatore</i>
<i>Sicurezza Alimentare e Sanità pubblica Veterinaria</i>	<i>MO 10 = Rafforzare le attività di prevenzione in sicurezza alimentare e sanità pubblica veterinaria per alcuni aspetti di attuazione del Piano Nazionale Integrato dei Controlli</i>	<i>10.9 = Aumentare l'offerta di alimenti idonei a soggetti allergici ed intolleranti, ivi incluse le persone celiache</i>	<i>10.9.1 = Realizzazione di un programma integrato di formazione/informazione per gli operatori del settore alimentare</i>

### **Breve descrizione dell'Intervento programmato**

La recente legislazione (il D. Lgs. n. 158/12, convertito in legge 189/12 che ha modificato il D.lgs n°111/92, il Reg. CE n°41/09 e il Reg. UE n°1169/2011) ha normato le produzioni alimentari confezionate ed etichettate, destinate a soggetti con intolleranze alimentari ed allergiche, ma a tutt'oggi, sebbene si sia sviluppata una diffusa offerta di prodotti pronti non confezionati direttamente a tali consumatori, mancano disposizioni specifiche per tali produzioni non confezionate e destinate direttamente al consumatore finale, comprese le collettività. Necessitano, pertanto, indicazioni regionali specifiche per tali produzioni, perché siano una guida per gli OSA, data la loro responsabilità sulla sicurezza sia alimentare che nutrizionale, ma soprattutto strumento operativo per il personale ASREM, ai fini del controllo ufficiale sulle imprese di produzione/somministrazione/vendita degli alimenti suddetti non confezionati; tali linee guida saranno adeguatamente applicate tramite formazione specifica degli operatori.

### **Razionale dell'Intervento:**

Negli ultimi decenni è aumentato il numero di soggetti che presentano disturbi, a volte anche gravi, legati all'ingestione di cibo e riconducibili ad allergie, intolleranze alimentari e celiachia.

Ciò costituisce un problema emergente per la sanità pubblica anche in Molise, dove nel 2014 sono stati registrati 853 celiaci, mentre manca il dato relativo ai soggetti con reazioni avverse al cibo.



Riguardo ai bambini in particolare, in Molise si rileva che dei 126 bambini celiaci che frequentano la scuola dell'infanzia e primaria, solo un numero esiguo frequenta la mensa, probabilmente per timore da parte dei genitori, timore che invece non è così avvertito quando è riferito alla gestione della dieta di figli allergici ad alcuni cibi e che, il più delle volte, è a discrezione della cuoca.

È fondamentale, invece, tutelare e favorire l'inserimento del soggetto affetto da tali patologie nella vita sociale e lavorativa, garantendo la fruizione di alimenti, anche quelli non confezionati, ma che siano sicuri e che riportino le necessarie informazioni, tali da non indurre in errore. Ciò sia presso gli esercizi commerciali, che nella ristorazione collettiva e pubblica.

La Regione Molise con DGR n°1246/09 ha organizzato negli anni 2009-13 corsi di formazione per insegnanti e operatori della ristorazione scolastica per garantire un pasto sicuro ai bambini celiaci.

### **Obiettivo Centrale:**

Macro Obiettivo 10: *Rafforzare le attività di prevenzione in sicurezza alimentare e sanità pubblica veterinaria per alcuni aspetti di attuazione del Piano Nazionale Integrato dei Controlli;*

Obiettivo centrale 10.9.1. *Aumentare l'offerta di alimenti idonei a soggetti allergici ed intolleranti, ivi incluse le persone celiache.*

### **Intersettorialità:**

Macro 10.

- obiettivo centrale 10.10. - Ridurre i disordini da carenza iodica;

Macro 1.

- obiettivo centrale 1.1 - Stesura e realizzazione di un piano di azione intersettoriale di promozione della salute nei diversi ambiti con definizione di accordi e condivisione di indirizzi con i settori della pianificazione territoriale;
- obiettivo centrale 1.8. - Ridurre il consumo eccessivo di sale

### **Obiettivi Specifici regionali:**

- a) redazione di linee guida per operatori sanitari e del settore alimentare per la produzione/somministrazione e/o vendita di alimenti non confezionati destinati a soggetti allergici ed intolleranti, compresi i celiaci;
- b) preparazione di materiale informativo/formativo su allergie ed intolleranze alimentari da destinare agli OSA;
- c) programmazione integrata di eventi formativi, per gli operatori del settore alimentare.



**Attori e portatori di interesse:**

Personale SIAN (medici, dietisti, tecnici della prevenzione), AIC, OSA, Associazioni di categorie e dei consumatori.

**Beneficiari:** OSA, cittadinanza in generale.

**Fasi di Articolazione:**

- **Obiettivo specifico regionale "a":** riunire un gruppo di approfondimento tecnico formato da esperti dei Servizi Igiene Alimenti e Nutrizione (SIAN) dell'ASREM, di rappresentanti di Regione e dell'AIC per una condivisione dell'obiettivo quale la redazione di linee guida per operatori sanitari e del settore alimentare per la produzione e/o somministrazione e/o vendita di alimenti non confezionati destinati a soggetti allergici ed intolleranti, compresi i celiaci, e la loro approvazione con atto formale;
- **Obiettivo specifico regionale "b":** predisporre strumenti adatti all'informazione come materiale informativo/formativo su allergie ed intolleranze alimentari da destinare agli OSA, allo scopo di chiarire in modo semplice, ma efficace, le modalità di applicazione delle novità riportate anche dalla nuova normativa Reg. UE 1169;
- **Obiettivo specifico regionale "c":** programmazione integrata di eventi formativi per gli operatori del settore alimentare

**Criticità:**

Partecipazione e collaborazione alle azioni previste da parte di tutti gli attori interessati. Tutta la programmazione è legata alla possibilità della Rete Regionale dei SIAN di disporre di sufficiente personale operativo, nel senso di non vederne diminuita la presenza nel corso del periodo di vigenza del PRP 2014/2018.

**Indicatori:**

**Indicatore di Obiettivo Centrale:** 10.9.1 = Realizzazione di un programma integrato di formazione/informazione per gli operatori del settore alimentare

**Valore Baseline regionale:** non rilevato"

**Standard di riferimento regionale:** LG – programma integrato di formazione-informazione.



**Indicatore di obiettivo Specifico regionale: indicatori di processo**

**Obiettivi specifico regionale "a":**

**indicatore A1)**

- *Definizione: realizzazione di linee guida regionali*
- *Fonte: Regione*
- *Tipologia: qualitativa*
- *Modalità in cui viene costruito: Atto formale regionale*
- *Valore baseline: non rilevato*

**Obiettivo specifico regionale "b":**

**indicatore B1)**

- *Definizione: preparazione di materiale informativo regionale*
- *Fonte: Regione*
- *Tipologia: qualitativa*
- *Modalità in cui viene costruito: realizzazione di materiale didattico*
- *Valore baseline: non rilevato*

**Obiettivo specifico regionale "c":**

**indicatore C1)**

- *Definizione: organizzazione di corsi di formazione per OSA*
- *Fonte: Regione*
- *Tipologia: quantitativa*
- *Modalità in cui viene costruito: numero di corsi realizzati*
- *Valore baseline: non rilevato*



## CELIACHIA, ALLERGIE E INTOLLERANZE ALIMENTARI

*Linee guida ed iniziative per tutelare il consumatore, assicurando una produzione sicura di alimenti, confezionati e non, idonei alla sua patologia.*

Indicatori degli obiettivi centrali e relativi valori regionali							Indicatori di processo					
Macroobiettivo	Obiettivo centrale	Nome indicatore	Tipo	Valore baseline	Standard di riferimento (Variazione attesa)	Obiettivo specifico regionale	Titolo della Linea di Intervento	Nome indicatore	Valore atteso 2016	Valore atteso 2017	Valore atteso 2018	Sorveglianza / Fonte
10 Rafforzare le attività di prevenzione in sicurezza alimentare e sanità pubblica veterinaria per alcuni aspetti di attuazione del Piano Nazionale Integrato dei Controlli	10.9 Aumentare l'offerta di alimenti idonei a soggetti allergici ed intolleranti, ivi incluse le persone celiache.	10.9.1 Realizzazione di un programma integrato di formazione/informazione per gli operatori del settore alimentare	Quantitativo	Non rilevato in maniera standardizzata	Ogni regione predispone un programma che preveda almeno un evento formativo all'anno	<p>a) redazione di linee guida per operatori sanitari e del settore alimentare per la produzione/somministrazione e/o vendita di alimenti non confezionati destinati a soggetti allergici ed intolleranti, compresi i celiaci.</p> <p>b) preparazione di materiale informativo/formativo su allergie ed intolleranze alimentari da destinare agli OSA</p> <p>c) programmazione integrata di eventi formativi, per gli operatori del settore alimentare.</p>	<p>CELIACHIA, ALLERGIE E INTOLLERANZE ALIMENTARI</p> <p><i>Linee guida ed iniziative per tutelare il consumatore, assicurando una produzione sicura di alimenti, confezionati e non, idonei alla sua patologia.</i></p>	<p>Obiettivo specifico regionale:</p> <p>a) LG - Atto formale regionale</p> <p>b) realizzazione di materiale didattico</p> <p>c) organizzazione di corsi di formazione per OSA (ind.sentinella)</p>	<p>a) istruttoria e definizione delle linee guida</p> <p>b) preparazione condivisa di materiale didattico/informativo</p> <p>c) organizzazione di almeno un corso di formazione per OSA</p>	<p>a) Approvazione LG con atto formale</p> <p>b) distribuzione nei corsi e presso associazioni di consumatori del materiale didattico</p> <p>c) organizzazione di almeno un corso di formazione per OSA</p>	<p>a) Approvazione LG con atto formale</p> <p>b) distribuzione nei corsi e presso associazioni di consumatori del materiale didattico</p> <p>c) organizzazione di almeno un corso di formazione per OSA</p>	REGIONE



Titolo dell'intervento:

**SALE: POCO E IODATO:**

*Iniziative della Regione Molise per ridurre i disordini da carenza iodica.*

<i>Titolo del Programma</i>	<i>Macro Obiettivo di pertinenza</i>	<i>Obiettivi centrali</i>	<i>Indicatore</i>
<i>"Sicurezza alimentare e Sanità pubblica Veterinaria"</i>	<i>MO 10 = Rafforzare le attività di prevenzione in sicurezza alimentare e sanità pubblica veterinaria per alcuni aspetti di attuazione del Piano Nazionale Integrato dei Controlli</i>	<i>10.10 = Ridurre i disordini da carenza iodica</i>	<i>10.10.2 = Proporzione di controlli che rilevano la presenza di sale iodato presso punti vendita e ristorazione collettiva</i>

**Razionale dell'Intervento:**

Secondo l'OMS un consumo di sale iodato pari al 90% del quantitativo assunto è in grado di ridurre l'incidenza di patologie correlate alla iodocarenza nella popolazione generale. Al fine di raggiungere tale obiettivo, a livello nazionale, sono state emanate disposizioni normative che obbligano i SIAN a verificare l'uso del sale iodato nella ristorazione collettiva e negli esercizi di vendita (Legge n. 55/2005, Decreto attuativo del 29 marzo 2006, Atto di Intesa del 26/2/2009) e a trasmettere i dati raccolti al livello nazionale.

L'OMS ha suggerito, inoltre, una diminuzione generale dei consumi di sale, finalizzata alla riduzione dell'ipertensione e delle patologie cardiovascolari. Dati recenti sul consumo alimentare di sodio hanno evidenziato come la popolazione mondiale assuma quantità del suddetto minerale maggiori di quanto fisiologicamente necessario (per gli adulti 2 g sodio al giorno, equivalenti a 5 g sale/die).

Nella Regione Molise non si dispone di dati sulla proporzione di OSA che rendono fruibile sale iodato al consumatore, sebbene risulti evidente dai dati di letteratura una situazione di carenza iodica della popolazione infantile della Regione, con una prevalenza di patologia tiroidea maggiore della media nazionale (Rapporto ISTISAN 14/6).

Si rende necessario, pertanto, attuare interventi di controllo ufficiale al fine di ottemperare alle disposizioni della L.55/2005, previa sensibilizzazione delle Associazioni di categoria, fra cui la Federazione Italiana Tabaccai, le Associazioni dei diritti dei consumatori, le Associazioni della Ristorazione Collettiva, oltre che degli Enti Locali ed i Comitati Mensa.



È necessario, inoltre, standardizzare l'invio dei dati raccolti tramite il controllo ufficiale, predisponendo un protocollo di trasmissione al Ministero della salute ed all'ISS (OSNAMI), armonizzato a livello nazionale.

È opportuno anche che le azioni di informazione/formazione del personale alimentarista previste nel Piano Regionale in ambito scolastico o nei confronti degli OSA, quali quelle finalizzate ad aumentare l'offerta di alimenti sicuri ai soggetti allergici e intolleranti, prevedano anche il messaggio di ridurre il quantitativo di sale impiegato, preferendo quello iodato.

Al fine di favorire la riduzione del sale aggiunto agli alimenti come ingrediente, è opportuno indagare sulla percentuale adoperata negli esercizi di panificazione, considerato che pane e prodotti da forno costituiscono le maggiori fonti di sale.

I primi risultati della rilevazione del quantitativo utilizzato nei suddetti esercizi, evidenziano l'impiego empirico e non standardizzato di tale ingrediente, senza consapevolezza dei riflessi sulla salute di un consumo superiore a quello desiderabile.

È auspicabile, infine, il coinvolgimento delle associazioni di categoria ai fini della sottoscrizione di un protocollo d'intesa per la riduzione del contenuto di sale, in linea con le indicazioni del Programma "Guadagnare Salute", come previsto anche dal PRP 2015-2018.

#### **Obiettivo Centrale:**

Macro Obiettivo 10, obiettivo centrale 10.10 Ridurre i disordini da carenza iodica,

**Intersettorialità** con MACRO Obiettivo 10, Obiettivo Centrale 10.9. *Aumentare l'offerta di alimenti sicuri ai soggetti allergici e intolleranti, ivi incluse le persone celiache* e MACRO Obiettivo 1. Obiettivo Centrale 1.1 *Stesura e realizzazione di un piano di azione intersettoriale di promozione della salute nei diversi ambiti con definizione di accordi e condivisione di indirizzi con i settori della pianificazione territoriale*; Obiettivo Centrale 1.8. *Ridurre il consumo eccessivo di sale.*

#### **Obiettivi Specifici regionali:**

- a) Istituire un percorso standardizzato per la trasmissione dei dati dell'attività di controllo ufficiale al Ministero della Salute e all'ISS (OSNAMI);
- b) Svolgere attività di controllo ufficiale per la rilevazione della presenza di sale iodato presso punti vendita e ristorazione collettiva sul 30% delle imprese alimentari interessate entro il 2018;
- c) Migliorare le conoscenze degli operatori del settore alimentare su corretta alimentazione e, in particolare, sulla riduzione del consumo di sale e sulla preferenza di quello iodato, attraverso la programmazione integrata di eventi formativi per gli operatori, con preparazione di materiale informativo/formativo;



- d) Condurre campagne informative nutrizionali sul contenuto della L.55/2005 e sulla necessità di riduzione del consumo di sale destinate ai consumatori, attraverso il coinvolgimento di Enti Locali, Associazioni di categoria, FIT, Associazioni dei diritti dei consumatori, ARC, Comitati Mensa;
- e) Stipulare accordi con le Associazioni di Categoria per la riduzione del contenuto di sale in pane e prodotti da forno.

**Attori e portatori di interesse:**

SIAN, OSA, ARC, FIT, Associazioni di categoria, Associazioni dei Consumatori.

**Beneficiari:**

Cittadini/ Ministero della Salute/ISS (OSNAMI).

**Fasi di Articolazione:**

**Obiettivo specifico a):**

- 1) Elaborazione di una check-list di supporto al controllo ufficiale, armonizzata con quelle predisposte da altri SIAN collegati in rete (rete SIANET)
- 2) Definizione di un percorso standardizzato di trasmissione dei dati al Ministero della Salute e all'ISS (OSNAMI), anch'esso armonizzato con quelli predisposti da altri SIAN (rete SIANET).

**Obiettivo specifico b)**

- 1) Attuazione dell'attività di controllo ufficiale sul 10% delle imprese alimentari interessate annualmente
- 2) Invio dati di controllo ufficiale secondo il percorso standardizzato sopra definito.

**Obiettivo specifico c)**

- 1) preparazione di materiale informativo riguardante la limitazione del consumo di sale e l'utilizzo di sale iodato rivolto sia agli OSA che ad associazioni di categoria, altri portatori di interesse e popolazione generale;
- 2) Inserimento di un intervento riguardante la limitazione del consumo di sale e l'utilizzo di sale iodato nei pacchetti formativi/informativi diretti agli operatori del settore alimentare previsti nel PRP (ambito scolastico e aumento dell'offerta di alimenti sicuri per soggetti allergici e intolleranti)

**Obiettivo specifico d)**

- 1) Preparazione di campagne informative sul contenuto della L.55/2005 e sulla necessità di riduzione del consumo di sale rivolta agli utenti, con il coinvolgimento di Enti Locali, alle Associazioni di categoria, alla FIT, alle Associazioni dei diritti dei consumatori, alle ARC, ai Comitati Mensa;

**Obiettivo specifico e)**

- 1) Creazione di un Gruppo di lavoro con le Associazioni di Categoria per l'elaborazione di un accordo sulla riduzione del sale e preferenza di quello iodato;
- 2) Sottoscrizione degli Accordi/Protocolli d'Intesa.

**Criticità:**

Tutta la programmazione è legata alla possibilità della Rete Regionale dei SIAN di disporre di sufficiente personale operativo, nel senso di non vederne diminuita la presenza nel corso del periodo di vigenza del PRP 2015/2018.

Possibile difficoltà di coinvolgimento delle Associazioni di Categoria.

**Indicatori:****Indicatore di Obiettivo Centrale:**

Adozione di un protocollo per trasmettere i dati inerenti il controllo ufficiale al Ministero della salute ed all'ISS (OSNAMI).

**Valore baseline regionale:** Non rilevato

**Standard di riferimento regionale:** adozione di percorso standardizzato e a regime di trasmissione dei dati relativi ai controlli effettuati nelle verifiche di sale iodato al Ministero della Salute e all'ISS (Osservatorio Nazionale Iodoprofilassi)

**Indicatore di Obiettivo Specifico a):**

- Definizione: Predisposizione di un percorso standardizzato di trasmissione dei dati;
- Fonte: Regione, report documentati;
- Tipologia: indicatore qualitativo;
- Modalità in cui viene costruito: Atto formale regionale;
- Valore *baseline*: 0.

**Indicatore di Obiettivo Specifico b):**

- Definizione: Attuazione dell'attività di controllo ufficiale sul 10% delle imprese alimentari interessate annualmente;
- Fonte: ASReM, Report documentati;
- Tipologia: indicatore quantitativo;
- Modalità in cui viene costruito: report informativo dell'ASReM;
- Valore *baseline*: 0.

**Indicatore di Obiettivo Specifico c):**

- Definizione: Preparazione di pacchetti formativi/informativi;
- Fonte: ASReM, Report documentati;
- Tipologia: indicatore qualitativo
- Modalità in cui viene costruito: realizzazione di materiale didattico/informativo;
- Valore *baseline* = 0



**Indicatore di Obiettivo Specifico d):**

- Definizione: prevalenza di soggetti di 3 anni o più che dichiarano di non prestare attenzione alla quantità di sale e/o al consumo di cibi salati;
- Fonte: Indagine Multiscopo ISTAT;
- Tipologia: indicatore quantitativo;
- Modalità in cui viene costruito: percentuale di soggetti di 3 anni o più che dichiarano di non prestare attenzione alla quantità di sale e/o al consumo di cibi salati -30% :  $\leq 24,7\%$
- Valore *baseline* 2013 = 35,3%.

**Indicatore di Obiettivo Specifico e):**

- Definizione: predisposizione di protocolli di intesa;
- Fonte: Report documentati;
- Tipologia: indicatore qualitativo;
- Modalità in cui viene costruito: stesura del protocollo;
- Valore *baseline* = 0.



**MACRO 10 - SALE: POCO E IODATO: Iniziative della regione Molise per ridurre i disordini da carenza iodica**

Indicatori degli obiettivi centrali e relativi valori regionali							Indicatori di processo					
Macro Obiettivo	Obiettivo centrale	Nome indicatore	Tipo	Valore di <i>baseline</i>	Standard di riferimento (Variazione)	Obiettivo specifico regionale	Titolo della Linea di Intervento	Nome indicatore	Valore atteso 2016	Valore atteso 2017	Valore atteso 2018	Sorveglianza, Fonte
10.10 Rafforzare le attività di prevenzione e in sicurezza alimentare e sanità pubblica veterinaria per alcuni aspetti di attuazione del Piano nazionale integrato dei controlli	10.10.2 Ridurre i disordini da carenza iodica	Istituzione di un protocollo per trasmettere i dati dell'attività di controllo ufficiale al Ministero della Salute e all'ISS (OSNAMI)	Quantitativo	0	100% adozione del protocollo	a) Istituzione di un protocollo per la trasmissione dei dati di controllo al Ministero della Salute e all'ISS (OSNAMI)	SALE: POCO E IODATO	Adozione protocollo	Protocollo e relativa modulistica adottati e utilizzati per trasmissione	Protocollo e relativa modulistica utilizzati per trasmissione	Protocollo e relativa modulistica utilizzati per trasmissione	Regione
			Quantitativo		100% esecuzione delle azioni di controllo ufficiale previste	b) Svolgimento di attività di controllo ufficiale per la rilevazione della presenza di sale iodato presso punti vendita collettiva sul 10% delle imprese alimentari interessate annualmente		% di imprese controllate sul totale da controllare (Ind. sentinella)	85% imprese controllate sul totale da controllare;	90% imprese controllate sul totale da controllare;	95% imprese controllate sul totale da controllare;	ASReM



1.8 Ridurre il consumo eccessivo di sale	1.8.2			Preparazione di pacchetti formativi/informativi	<p>c) preparazione di materiale informativo/ formativo sulla riduzione del consumo di sale e sulla preferenza di quello iodato</p> <p>d) campagne informative sul contenuto della L. n. 55/2005 e sulla necessità di riduzione del consumo di sale</p> <p>e) sottoscrizione di accordi/protocolli di intesa con associazioni di categoria</p>		<p>N. pacchetti formativi/informativi per OSA che hanno inserito al loro interno il materiale preparato</p> <p>prevalenza di soggetti di 3 anni o più che dichiarano di non prestare attenzione alla quantità di sale e/o al consumo di cibi salati</p> <p>N. accordi/protocolli sottoscritti</p>	N.1	N.2	N.3	<p>ASReM</p> <p>Indagine multiscopo ISTAT - Regione</p> <p>Regione</p>
				-30%						≤ 24,7%	
				100%						Almeno 1	



**MACRO 10: PROGRAMMA REGIONALE "XII" – (DCA N. 24/2015)  
PREVENZIONE DEL RANDAGISMO**

**LA PREVENZIONE DEL RANDAGISMO E DELLE MALATTIE ZOONOSICHE LEGATE AGLI ANIMALI D'AFFEZIONE**

<i>Titolo del Programma</i>	<i>Macro Obiettivo di pertinenza</i>	<i>Obiettivi centrali</i>	<i>Indicatore</i>
<i>Prevenzione del Randagismo</i>	<i>MO10 = Rafforzare le attività di prevenzione in sicurezza alimentare e sanità pubblica veterinaria per alcuni aspetti di attuazione del Piano Nazionale Integrato dei Controlli</i>	<i>10.8 = Prevenzione del randagismo e delle malattie zoonosiche legate agli animali d'affezione</i>	<i>10.8.1 = Promozione del possesso responsabile di animali d'affezione, obblighi di identificazione e variazioni di stato degli animali. Monitoraggio sanitario nei confronti di alcune malattie zoonosiche</i>  <i>10.8.2 = Favorire l'iscrizione all'anagrafe degli animali di proprietà</i>  <i>10.8.3 = Controlli sanitari sulle strutture di ricovero dei cani catturati</i>

**Descrizione del contesto regionale.**

**1. Premessa**

I cani vaganti sul territorio Regionale, nella maggior parte dei casi, sono cani di proprietà che vengono lasciati liberi di vagare e di riprodursi in maniera incontrollata rappresentando un pericolo per quanto riguarda la possibilità di aggressioni e di incidenti stradali, nonché per i danni che possono arrecare all'ambiente. Il dato nazionale relativo al numero di cani iscritti all'anagrafe rapportato a 100 abitanti è pari a 14. Nella Regione Molise tale dato attualmente è fermo al 13 % con 41.000 cani vivi iscritti. Si presume pertanto che, rispetto alla popolazione canina totale stimata in almeno 70.000 cani, ci siano circa 30.000 cani detenuti da proprietari che, omettendo l'iscrizione dei cani in anagrafe, non se ne assumono le relative responsabilità civili e penali.

Le norme nazionali (in particolare la L. n. 281/1991 e s.m.) e regionali (in particolare la L.R. n. 7/2005 e s.m., e i relativi regolamenti di attuazione) prevedono che la Regione, le Province, i Comuni e le Aziende Sanitarie Locali, con la collaborazione delle associazioni protezionistiche, attuano, ognuno nell'ambito delle proprie competenze, interventi e programmi per la prevenzione del randagismo.



Negli ultimi anni l'approccio culturale della società e le evidenze scientifiche hanno dimostrato il ruolo educativo e sanitario degli animali d'affezione ed hanno orientato le scelte della prevenzione e della promozione della salute verso una maggiore consapevolezza delle persone sul corretto rapporto uomo-animale-ambiente. In considerazione di quanto detto, gli animali d'affezione, se non gestiti e approcciati correttamente, possono rappresentare un problema negativo per gli aspetti igienico-sanitari e di sicurezza.

Il comportamento sociale non corretto, rappresenta la causa dell'annoso problema dell'abbandono degli animali d'affezione e gli strumenti di prevenzione, che maggiormente incidono, per contrastare il fenomeno del randagismo si possono sintetizzare nei seguenti punti:

- Identificazione dei cani mediante applicazione del microchip e registrazione nell'anagrafe canina;
- Cattura dei cani randagi, da ospitare nei canili comunali e successivamente, se non adottati o reclamati, nei rifugi;
- Promozione del controllo delle nascite mediante sterilizzazione;
- Iniziative di informazione ed educazione dei cittadini, attraverso i mezzi di informazione, campagne promozionali ecc., per promuovere:
  - un corretto rapporto uomo-animale, far conoscere gli obblighi previsti dalle norme vigenti, l'importanza del rispetto delle stesse norme per prevenire il fenomeno dell'abbandono;
  - l'affidamento dei cani randagi catturati, con il duplice obiettivo di dare loro una vita più dignitosa e di ridurre le spese di gestione a carico dei comuni per il loro mantenimento nelle strutture di ricovero;
- Attività di formazione e aggiornamento dei soggetti interessati a diverso titolo alla prevenzione del randagismo (addetti alla cattura ed al mantenimento dei cani, volontari, addetti alla vigilanza, personale ASL, guardie zoofile, ecc.).

Non va infine trascurato, tra gli strumenti efficaci per il contrasto del randagismo, il ruolo delle attività di controllo e verifica da parte delle Forze di Polizia in generale ed in particolare della Polizia Municipale, attività che rappresenta la premessa per il rispetto della legge che obbliga i proprietari dei cani all'iscrizione in anagrafe dei propri animali.

## **2. Stato dell'arte**

### *2.1. L'anagrafe canina*

A partire dal 2005, anche la Regione Molise è passata dal metodo di identificazione dermografico (tatuaggio) all'applicazione sottocute del microchip; contestualmente è cambiato il sistema di registrazione: il vecchio sistema cartaceo e i programmi informatici attivi presso le singole Aziende Sanitarie sono stati sostituiti da un sistema informatizzato regionale, denominato Banca dati informatizzata dell'Anagrafe canina del Molise (BDCM), predisposto dal competente Ufficio Regionale. Le relative procedure sono state fissate nel Regolamento Regionale n. 3 del 15 settembre 2008. Il nodo regionale funge anche da raccordo con l'Anagrafe canina nazionale attivata presso il Ministero della Salute.



Successivamente, per potenziare e migliorare la gestione dell'anagrafe, sulla base delle indicazioni Ministeriali, Regionali e del Servizio Veterinario dell'ASReM, l'Istituto Zooprofilattico Sperimentale dell'Abruzzo e del Molise ha messo a punto un nuovo sistema che opera su internet, denominato Anagrafe Canina della Regione Molise (ACREM).

**Tabella 1. Consistenza della popolazione canina nell'anagrafe canina della Regione Molise dal 2009 al 2014**

Anno	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Iscrizioni	7.026	6.003	5.830	5.630	5.379	7.087
Morti	638	824	982	1.144	1.377	1.403
Trasferimenti fuori regione	293	656	570	558	600	601
Trasferimenti da altre regioni	325	338	642	501	495	357
Consistenza al 31 dicembre	19.064	23.587	27.865	31.670	32.465	39.552

Nel valutare i dati esposti, più che ai valori assoluti, che comunque testimoniano di un significativo miglioramento nella registrazione degli animali, occorre guardare ai dati inerenti la "gestione" dell'anagrafe e quindi il suo aggiornamento, vale a dire le iscrizioni, che rappresentano le nascite e la registrazione di animali precedentemente non identificati, le morti ed i trasferimenti. Il quadro delineato sta a testimoniare, oltre ad una migliore capacità operativa del Servizio Veterinario dell'ASReM, si è avuta anche un miglior approccio culturale, da parte dei cittadini nei confronti degli animali d'affezione, come pure un approccio complessivamente più collaborativo da parte delle Amministrazioni Locali.

## 2.2. Attività del Servizio veterinario ASReM – Regione Molise

Oltre all'anagrafe, il Servizio veterinario ASReM-Regione Molise, opera gestendo il servizio di cattura degli animali randagi, attraverso una ditta convenzionata, l'identificazione, la sterilizzazione e la profilassi degli animali catturati nei propri ambulatori o in quelli messi a disposizione dalle amministrazioni comunali, gli affidi degli animali senza proprietario (in collaborazione con le Associazioni Animaliste e di Volontariato). Nella tabella che segue si riportano i dati relativi a queste attività.

**Tabella 2. Numero di cani randagi catturati, sterilizzati, adottati e adottati espressi come % del numero degli adottati dal Servizio Veterinario ASReM negli anni 2009-2014**

	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Cani catturati, n.ro	523	673	687	683	714	631
Cani sterilizzati, n.ro	543	646	598	691	818	770
Cani adottati, n.ro	237	344	454	425	374	313
Cani adottati, % su catturati	45,3	51,1	66,1	62,23	52,4	49,6

Va segnalato il buon livello raggiunto dagli affidi dei cani ricoverati nei canili regionali, in grado ormai di ridurre di circa la metà il "peso" degli animali catturati.

Il Servizio veterinario ASReM è attivo anche nel campo della formazione, dell'informazione ed educazione. In questi anni, anche con il supporto regionale, ha organizzato incontri e giornate di promozione



dell'anagrafe nei comuni e ha organizzato, in collaborazione con amministrazioni locali e associazioni protezionistiche, corsi per guardie zoofile.

### 2.3. Canili

Nella tabella 3 si riporta il numero di cani presenti nei suddetti canili.

**Tabella 3. Cani presenti nei canili regionali che garantiscono il servizio pubblico**

Denominazione		Sede	Cani presenti al 31 dicembre					
			2009	2010	2011	2012	2013	2014
Canile comunale	C	Campobasso	712	649	528	475	406	370
D'Addario Lucia	P	Larino CB	199	185	183	177	194	185
Pontico Primiano	P	Larino CB	75	80	78	85	77	79
Canile Comunitario	C	Ripabottoni	143	163	169	157	154	84
BEAUTY–DOG	P	Ripalimosani CB	73	97	130	146	145	160
SIAC	P	Roccasicura IS	300	339	325	285	290	255
PARCO CANILE IS	C							41
<b>Totale</b>			<b>1502</b>	<b>1513</b>	<b>1413</b>	<b>1325</b>	<b>1266</b>	<b>1174</b>
Canili fuori Regione			85	111	123	273	339	317
<b>Totale generale</b>			<b>1587</b>	<b>1624</b>	<b>1536</b>	<b>1582</b>	<b>1605</b>	<b>1491</b>

### 2.4. Iniziative finanziate

La Regione Molise ha sempre manifestato una particolare attenzione e sensibilità nei confronti delle problematiche del randagismo. Infatti negli ultimi anni sono state messe in atto numerose iniziative per sensibilizzare la popolazione Regionale con l'obiettivo di contrastare il fenomeno dell'abbandono degli animali d'affezione, favorire il corretto rapporto uomo-animale-ambiente e diminuire la popolazione dei cani ospitati nei canili in attesa di affido. Le iniziative finanziate, che hanno coinvolto, oltre all'ASReM, anche le amministrazioni comunali, le associazioni animaliste, le guardie zoofile e il Corpo Forestale dello Stato, sono state le seguenti:

1. Con Delibera n. 184 del 2 marzo 2009, ha approvato una relazione programmatica in cui ha individuato le linee di intervento per affrontare il problema del randagismo, e contestualmente ha approvato un primo programma stralcio con cui sono state finanziate, per un importo complessivo di 145,000.00 euro, le iniziative che si descrivono di seguito:
  - a) Campagna di informazione dei cittadini sul corretto rapporto uomo-animale e sull'anagrafe canina. Gestito direttamente dal Servizio Regionale, con l'edizione di un manifesto e di un opuscolo informativo, e l'attivazione di un numero verde regionale. Il manifesto e l'opuscolo sono stati presentati all'edizione 2009 del FORUM PA di Roma e sono stati distribuiti attraverso le amministrazioni comunali e le associazioni protezionistiche (vedi successiva lettera b). Importo impegnato: 30,000.00 euro.
  - b) Campagna di promozione degli affidi e di conoscenza del problema del randagismo. Affidata alle associazioni protezionistiche che hanno organizzato incontri presso scuole, comuni, centri commerciali, con la diffusione di materiale proprio e di quello prodotto dalla regione. Importo impegnato: 35,000.00 euro.
  - c) Ottimizzazione e implementazione dell'anagrafe canina. Previsto inizialmente da realizzare da parte del Servizio Regionale, è stato successivamente realizzato dall'Istituto Zooprofilattico sperimentale;



- d) Attività di formazione e aggiornamento di soggetti interessati alla prevenzione del randagismo. Nell'ambito di questa misura il servizio veterinario ASReM ha collaborato con l'amministrazione provinciale di Isernia e l'associazione protezionista "La casa di Snoopy" di Campomarino di due corsi per la formazione di guardie zoofile;
  - e) Attività di controllo delle nascite mediante sterilizzazione. L'attività di sterilizzazione presso gli ambulatori ASReM è stata costantemente effettuata nel corso degli anni, rispondendo alle necessità sia dei canili che delle amministrazioni comunali;
2. Con delibera n. 806 del 18 dicembre 2012 la Regione ha approvato il Programma Triennale per la prevenzione del randagismo con le misure da adottare per il controllo della problematica. Successivamente ha anche approvato e finanziato il progetto ASREM "Fido...uno di Noi..." con la finalità di attuare le prime e prioritarie misure del Piano:
- Realizzazione opuscolo informativo "Procedure operative per le Forze di Polizia e le Guardie Zoofile Volontarie per il controllo del randagismo dei cani e gatti". Le procedure contenute in questo opuscolo, sono state concepite per uniformare i controlli sia sul territorio che tra le diverse Forze di Polizia, tramite un sistema coordinato e programmato.
  - Corso di formazione residenziale intensivo per le Forze di Polizia e le Guardie Zoofile Volontarie, finalizzato a sensibilizzare e far acquisire specifiche competenze per avere un sistema efficace di controllo sul territorio, ma anche un punto strategico capace di dare utili informazioni al cittadino, in merito alla gestione anagrafica del proprio animale o a situazioni critiche dovute alla presenza di cani o gatti randagi. Inoltre per agevolare la pianificazione delle attività di controllo anagrafico, è stato concesso ad ogni amministrazione comunale, l'accesso alla banca dati dell'anagrafe canina regionale.

Anche se tutte le misure sopra elencate e messe in atto, fino ad oggi, hanno permesso di contenere gli effetti negativi legati alla problematica del randagismo, la Regione Molise, sulla base delle esperienze maturate e dei cambiamenti culturali della società, mira attraverso il programma "Prevenzione del randagismo e delle malattie zoonosiche legate agli animali d'affezione", ad indirizzare gli ulteriori impegni istituzionali verso l'armonizzazione delle misure di promozione del rapporto uomo-animale-ambiente che si ripercuotono sullo stato di salute degli uomini e degli animali.

## **IL PROGRAMMA DI PREVENZIONE.**

Il Programma Regionale "**Prevenzione del randagismo e delle malattie zoonosiche legate agli animali d'affezione**" persegue l'obiettivo centrale "**Prevenire il randagismo comprese le misure che incentivano le iscrizioni in anagrafe degli animali da affezione ed i relativi controlli sui canili e rifugi**" e prevede un "**piano di azione**" calibrato in fasi, per contrastare e prevenire maltrattamenti, abbandoni e randagismo. Tutto ciò è possibile con l'applicazione delle norme inerenti la materia, con una corretta gestione dell'ambiente, con il controllo delle popolazioni presenti, con l'educazione sanitaria a tutti i livelli. Solo con un appropriato programma di controllo delle popolazioni vaganti è possibile risolvere concretamente le problematiche sopracitate.



Tale controllo può essere effettuato sia agendo in maniera diretta, con la cattura dei cani vaganti e il trasferimento nel canile sanitario, che intervenendo nelle attività di prevenzione, essenzialmente rappresentate dai seguenti interventi che si vogliono attuare:

- Educazione sanitaria (interventi rivolti a sensibilizzare i cittadini oltre che i principali attori della lotta al randagismo (Polizie Municipali, Guardie Zoofile, Operatori Canili, Associazioni Protezionistiche, Enti vari, ecc);
- Anagrafe canina, con lo scopo di dare un'identità certa all'animale, collegandola ad un proprietario;
- La sterilizzazione, come metodo di elezione per il controllo delle popolazioni canine (detenute in situazioni di criticità);
- Conoscenza dello stato sanitario degli animali per individuare eventuali importanti evidenze sanitarie a servizio della prevenzione;
- Promozione affidi dei cani ricoverati nei canili Regionali attraverso procedure certificate.

**Tab. riepilogativa parziale** (Programma Regionale, Obiettivo Centrale, Indicatori Centrali)

Programma Regionale	Obiettivo centrale	Indicatori centrali	Titolo linea di intervento
Prevenzione del randagismo e delle malattie zoonosiche legate agli animali d'affezione	10.8 - Prevenire il randagismo comprese le misure che incentivano le iscrizioni in anagrafe degli animali da affezione ed i relativi controlli sui canili e rifugi	10.8.1 - Predisposizioni e realizzazioni di piani di informazione/ comunicazione rivolti alle popolazioni target	A) Promozione del possesso responsabile di animali d'affezione, obblighi di identificazione e variazioni di stato degli animali. Monitoraggio sanitario nei confronti di alcune malattie zoonosiche
		10.8.2 - Proporzioni di cani identificati e iscritti all'anagrafe regionale, restituiti al proprietario, rispetto al numero di cani catturati	B) Favorire l'iscrizione all'anagrafe degli animali di proprietà
		10.8.3 - Proporzioni di controlli effettuati rispetto al numero di canili/ rifugi presenti sul territorio	C) Controlli sanitari sulle strutture di ricovero dei cani catturati

**A) Linea di intervento: "Promozione del possesso responsabile di animali d'affezione, obblighi di identificazione e variazioni di stato degli animali. Monitoraggio sanitario nei confronti di alcune malattie zoonosiche"**

#### **Breve descrizione dell'intervento programmato**

La normativa di riferimento alla lotta al randagismo si prefigge come obiettivo principale il controllo delle popolazioni canine, ridurre il fenomeno del randagismo, attuare norme di comportamento per i proprietari dei cani in modo da rendere più vivibili i luoghi di uso pubblico e diminuire il numero dei cani randagi per la sicurezza e la salute degli uomini e degli animali stessi. Infatti la tutela della salute dell'uomo è correlata al



mondo animale e al corretto rapporto uomo-animali, che oltre ad influenzare direttamente la salute degli stessi, può incidere significativamente sulla salute delle singole persone e della intera collettività. Agire sulla promozione del corretto rapporto uomo-animale permette di realizzare un miglioramento nell'ambito del comportamento sociale in materia di randagismo, di abbandono di animali da compagnia e di sicurezza dei luoghi di vita.

### ***B) Linea di intervento "Favorire l'iscrizione all'anagrafe degli animali di proprietà"***

#### **Breve descrizione dell'intervento programmato**

Gli strumenti di base per la lotta al randagismo sono:

- Il sistema dell'identificazione e della registrazione degli animali. Il dirigente veterinario dell'ASReM riveste un ruolo centrale per l'attività di identificazione dei cani. La stessa Regione ha esteso le operazioni di identificazione e registrazioni dei cani anche ai medici veterinari liberi professionisti che vengono accreditati e convenzionati;
- Il sistema dell'anagrafe canina (sviluppata e implementata nel corso degli anni) permette ai singoli operatori di utilizzare le funzionalità in tempo reale identificandosi con un meccanismo di accesso riservato. La banca dati è centralizzata a livello Regionale ed interagisce con il sistema informatico nazionale creando una rete nazionale di integrazione delle banche dati di tutte le Regioni.

La banca dati dell'anagrafe canina consente di registrare i seguenti eventi a carico dei cani regolarmente identificati e registrati nella banca dati:

- a) Cambio di proprietà;
- b) Smarrimento;
- c) Furto;
- d) Ritrovamento;
- e) Decesso;
- f) Accalappiamento
- g) Trasferimento
- h) Aggiornamento dati proprietario.

Questo permette di conoscere in modo sempre più dettagliato il fenomeno del randagismo, degli abbandoni, permette di supportare le strategie operative per gli interventi di prevenzione e permette, l'identificazione e la registrazione all'anagrafe dei cani, la loro restituzione al legittimo proprietario quando vengono trovati vaganti.

L'incremento della percentuale dei cani iscritti all'anagrafe canina rispetto alla popolazione totale è possibile con l'aumento della vigilanza del territorio, con le campagne di informazione e comunicazione e con la programmazione delle giornate promozionali di microchippatura gratuita per i possessori di cani ancora inadempienti nei 136 comuni della Regione Molise.

Durante le giornate promozionali sarà effettuato anche un monitoraggio sanitario, nei confronti delle malattie zoonosiche (leishmaniosi, rickettsiosi, ehrlichiosi, echinococcosi, filariosi).

**Criticità:**

Con riferimento alle attività di microchippatura, nel Molise, purtroppo, si registrano inefficienze che determinano un significativo scostamento rispetto alla media nazionale.

Tali inefficienze, che con il PRP 2014-2018 si cercherà di superare o quanto meno attenuare in modo significativo, sono riconducibili ai seguenti motivi:

- il territorio regionale è essenzialmente rurale e una quota consistente della popolazione canina è costituita da cani che vivono in realtà rurali dove si sconta una diffusa disinformazione da parte dei proprietari dei cani sulla corretta detenzione stabilita dalle norme in vigore;
- inoltre, con riferimento alle aree urbane, i controlli relativi all'iscrizione dei cani all'anagrafe sono stati ampiamente insoddisfacenti sin dai primi anni di istituzione dell'Anagrafe canina regionale (L. R. marzo 2005 n. 7 e suo Regolamento attuativo n.3/2008); la causa in parte è da ricercare nella stessa formazione degli agenti di Polizia Locale rivolta essenzialmente ad azioni repressive delle infrazioni al codice della strada piuttosto che ad aspetti connessi alla corretta identificazione dei cani e al conseguente assolvimento dell'obbligo della loro iscrizione all'anagrafe regionale;
- gli amministratori locali, pur subendo le problematiche connesse con il randagismo e sostenendo costi notevoli per il mantenimento dei cani nei canili, non hanno quasi mai considerato che la piena attuazione dell'anagrafe canina fosse un efficacissimo strumento di prevenzione e contrasto del randagismo, fenomeno che, pertanto, è stato per lo più gestito negli anni quasi esclusivamente con la cattura dei cani vaganti;
- non si possono nemmeno escludere dei "gap" culturali che favoriscono la deresponsabilizzazione: in molte regioni del centro-sud, soprattutto con riferimento ai piccoli centri urbani (nel Molise quasi il 90% dei Comuni ha una modesta consistenza demografica, non arrivando a raggiungere 5.000 residenti), il cane è tradizionalmente detenuto in condizioni di libertà nei pressi dell'abitazione del proprietario/detentore che preferisce declinare le responsabilità giuridiche connesse alla puntuale ed effettiva identificazione;
- le associazioni animaliste operanti in Regione per molti anni hanno gestito prevalentemente le microemergenze sul territorio (cucciolate rinvenute abbandonate, cani in condizioni di difficoltà ecc) provvedendo, in modo certamente meritorio e con esigue risorse, al soddisfacimento delle esigenze primarie dell'animale (alimentazione, ricovero, cure mediche ecc); tuttavia spesso è stata trascurata l'identificazione ed iscrizione in anagrafe del cane e sovente sono stati promossi affidi e sistemazione di cani senza che si fosse provveduto alla loro iscrizione nella banca dati regionale;
- infine, per completezza espositiva, non si possono sottacere le difficoltà connesse alla tardiva piena attuazione delle disposizioni di cui alla Legge regionale n. 7/2005: fino al 2011 il software di gestione consentiva soltanto ai Servizi veterinari delle ASL di inserire i dati per l'iscrizione dei cani e non vi era una contemporaneità con l'applicazione dei microchip identificativi; ciò ha determinato una posticipazione del pieno coinvolgimento dei veterinari liberi professionisti nelle attività dell'Anagrafe canina, atteso che, appunto, soltanto nel corso del 2011 è stata loro consentita l'iscrizione diretta dei cani e l'applicazione del microchip.



### **C) Linea di intervento “Controlli sanitari sulle strutture di ricovero dei cani catturati”**

#### **Breve descrizione dell'intervento programmato**

Le strutture di ricovero degli animali possono costituire un pericolo per la diffusione di malattie infettive, infestive e diffuse. Una delle attività previste dalla normativa vigente è la costante vigilanza sulle strutture di ricovero ed accoglienza dei cani randagi catturati sul territorio. L'aumentata sensibilità verso gli animali ed in particolare nei confronti dei cani ospitati nei canili e nei rifugi, ha portato ad un sensibile aumento della frequentazione delle strutture da parte dei cittadini, associazioni animaliste e gruppi di volontariato. Questa aumentata frequentazione, degli ambienti dove vivono gli animali, da parte delle figure sopra menzionate, richiedono una vigilanza costante, delle strutture, da parte dei Servizi Veterinari.

#### **Obiettivi Specifici regionali:**

Obiettivi specifici dell'azione sono:

- a) Promozione del possesso responsabile di animali d'affezione, obblighi di identificazione e variazioni di stato degli animali. Monitoraggio sanitario nei confronti di alcune malattie zoonosiche:
  - o Realizzare un “piano di azione” finalizzato alla promozione del corretto rapporto uomo-animale e adozione responsabile, rivolto alle popolazioni target e agli operatori del settore.
- b) Favorire l'iscrizione all'anagrafe degli animali di proprietà:
  - o Diminuire il numero di cani catturati senza il microchip.
- c) Controlli sanitari sulle strutture di ricovero dei cani catturati:
  - o Controlli sanitari periodici presso le strutture di ricovero dei cani randagi.

**Tabella 3. Attori**

	Obiettivo specifico		
	a	b	c
Servizi Veterinari ASReM	x	x	x
IZS dell'Abruzzo e Molise “G. Caporale”	x	x	
Regione Molise		x	x
Comuni		x	x
Medici Veterinari Liberi Professionisti		x	x
Associazioni Animaliste		x	x
Gruppi di Volontari		x	x



Gestori Canili	x	x
Forze di Polizia	x	x

**Tabella 4. I portatori d'interesse (stakeholders) coinvolti nell'intervento**

	Obiettivo specifico		
	a	b	c
Regione Molise;	x	x	x
Servizi veterinari della ASREM e della Regione	x	x	x
Medici veterinari liberi professionisti	x	x	x
Comuni		x	x
Forze di Polizia (Polizia di Stato, Polizia Municipale)	x	x	x
Guardie zoofile	x		
Detentori/proprietari degli animali	x		
Associazioni animaliste	x	x	x
Gestori di canili e rifugi	x	x	x
Gruppi di Volontari		x	

**Tabella 7. I beneficiari finali dell'intervento**

	Obiettivo specifico		
	a	b	c
I cittadini della Regione Molise	x	x	x
Comuni del Molise	x	x	x
Proprietari dei cani	x	x	x
Associazioni animaliste	x	x	x
Imprese agricole		x	

**Fasi di Articolazione (attività, outputs e outcomes)**

- **Obiettivo specifico regionale "a"**

La linea di intervento prevede:

1. Istituzione del gruppo di coordinamento tecnico-scientifico
2. Analisi del contesto
3. Realizzazione del piano di informazione - comunicazione
4. Attuazione del piano di informazione - comunicazione
5. Divulgazione materiale informativo e di comunicazione



- **Obiettivo specifico regionale "b"**

La linea di intervento prevede:

1. Analisi dello stato attuale
2. Aumento dell'attività di vigilanza sull'identificazione e registrazione dei cani di proprietà
3. Giornate promozionali di microchippatura gratuita
4. Adeguamento banca dati al rilevamento delle catture e restituzione dei cani accalappiati
5. Verifica andamento iscrizioni dei cani attraverso i report della banca dati

- **Obiettivo specifico regionale "c"**

La linea di intervento prevede:

1. Analisi del contesto
2. Pianificazione dei controlli
3. Esecuzione controlli
4. Adeguamento banca dati per inserimento controllo sanitario nelle strutture di ricovero
5. Report delle attività di controllo

**Criticità**

- Raggiungere in modo omogeneo e capillare tutti gli strati della popolazione per età e classe sociale. A tale scopo verranno previste modalità di comunicazione aggiuntive in modo da coinvolgere e sensibilizzare anche chi non parteciperà attivamente alle attività previste da piano.
- Aspetti di natura socio-culturali possono generare alcune resistenze verso l'iscrizione dei cani di proprietà. Tali situazioni vanno gestite singolarmente.
- Necessità di modificare ed adeguare la banca dati dell'Anagrafe degli Animali d'Affezione per il rilevamento delle catture e restituzione degli animali accalappiati e l'inserimento dei controlli sui canili al fine di poter misurare gli indicatori quantitativi.

**Indicatori**

**Obiettivo specifico regionale "a"**

- Valore *baseline* Regionale: campagna di promozione ed informazione finanziate dalla Regione Molise (anno 2009 e 2011).
- Standard di riferimento Regionale: realizzazione piano di informazione e comunicazione.

**Indicatori di obiettivo specifico e indicatori di processo:**

- Definizione: predisposizione e realizzazione di piani di informazione e comunicazione rivolti alle popolazioni target e operatori del settore;
- Fonte: relazione annuale ad opera della Regione;
- Tipologia: qualitativo;
- Modalità in cui viene costruito: fatto/non fatto;



- Valore base-line: campagna di promozione ed informazione finanziate dalla Regione Molise (anno 2009 e 2011);
- Valore atteso anno 2016: produzione del materiale informativo, predisposizione “piano d’azione” e inizio attuazione. Valore atteso anno 2017: continuazione attuazione “piano d’azione”. Valore atteso anno 2018: conclusione “piano d’azione”, valutazione risultati.

#### **Obiettivo specifico regionale "b"**

- Valore *baseline* Regionale: 10% dei cani catturati sono identificati e restituiti al proprietario.
- Standard di riferimento Regionale; incremento + 22,33% fino al raggiungimento almeno del valore medio nazionale indicato in 32,33% .

#### **Indicatori di obiettivo specifico e indicatori di processo:**

- Definizione: proporzione di cani identificati rispetto a quelli catturati
- Fonte: banca dati Anagrafe Animali d’Affezione della Regione Molise
- Tipologia: quantitativo
- Modalità in cui viene costruito: proporzione di cani identificati iscritti all’anagrafe regionale restituiti al proprietario rispetto al numero di cani catturati
- Valore base-line: 10%
- Valore atteso anno 2016: + 5% =almeno15%. Valore atteso anno 2017: +7,5 = almeno 22,5%. Valore atteso anno 2018: +10,5% = almeno 32,33%

#### **Obiettivo specifico regionale "c"**

- Valore *baseline* Regionale: 100% dei controlli sanitari su ogni canile Regionale con frequenza 8 volte l’anno.
- Standard di riferimento Regionale (variazione attesa): 100% dei controlli sanitari su ogni canile Regionale con frequenza almeno 8 volte l’anno.

#### **Indicatori di obiettivo specifico e indicatori di processo:**

- Definizione: proporzione di canili/rifugi controllati con frequenza 8 volte l’anno rispetto al numero di strutture presenti sul territorio;
- Fonte: banca dati Anagrafe degli Animali d’Affezione o relazione annuale;
- Tipologia: quantitativo;
- Modalità in cui viene costruito: numero controlli attesi/numero di controlli eseguiti;
- Valore base-line: 8 controlli annui per ogni struttura di ricovero;
- Valore atteso anno 2016: 100%; Valore atteso anno 2017: 100%; Valore atteso anno 2018: 100%.



**MACRO 10 - LA PREVENZIONE DEL RANDAGISMO E DELLE MALATTIE ZONOSICHE LEGATE AGLI ANIMALI D'AFFEZIONE**

Macroobiettivo	Obiettivo centrale	Indicatori degli obiettivi centrali e relativi valori regionali				Obiettivo specifico regionale	Descrizione delle azioni	Indicatori di processo				
		Nome indicatore	Tipo	Valore baseline	Standard di riferimento (Variazione attesa)			Nome indicatore	Valore atteso 2016	Valore atteso 2017	Valore atteso 2018	Sorveglianza Fonte
MO10 = Rafforzare le attività di prevenzione in sicurezza alimentare e sanità pubblica veterinaria per alcuni aspetti di attuazione del Piano Nazionale Integrato dei Controlli.	10.8 = Prevenzione del randagismo e delle malattie zoonosiche legate agli animali d'affezione	10.8.1 = Promozione del possesso responsabile di animali d'affezione, obblighi di identificazione e variazioni di stato degli animali. Monitoraggio sanitario nei confronti di alcune malattie zoonosiche	Outcomes	Non rilevato	v. indicatori processo	a) Realizzare un "piano di azione" finalizzato alla promozione del corretto rapporto uomo-animale e adozione responsabile, rivolto alle popolazioni target e agli operatori del settore	Istituzione del gruppo di coordinamento tecnico-scientifico	A1	Atto formale della Regione Molise e/o del Ministero della Salute			Atti formali della Regione Molise e/o del Ministero della Salute
							Analisi del contesto	A2	Predisposizione "piano d'azione" produzione materiale informativo e inizio attuazione	Continuazione attuazione "piano d'azione"	Conclusione e valutazione dei risultati	Atti ufficiali della Regione Molise
							Realizzazione del piano di informazione – comunicazione	A3	Produzione 50% materiale informativo	Produzione rimanente 50% materiale informativo	Realizzazione 100% del materiale utilizzabile per il piano Informaz-Comunicaz.	ASREM
							Attuazione del piano di informazione - comunicazione	A4	N. 1 campagna	N. 1 campagna	Valutazione efficacia campagna inform. ed eventuale riproposiz.	ASREM
							Divulgazione materiale informativo e di comunicazione	A5	Raggiungere il 70% dei proprietari di cani	Raggiungere l'80% dei proprietari di cani	Raggiungere il 100% dei proprietari di cani	ASREM



Macroobiettivo	Obiettivo centrale	Indicatori degli obiettivi centrali e relativi valori regionali				Obiettivo specifico regionale	Descrizione delle azioni	Indicatori di processo				
		Nome indicatore	Tipo	Valore baseline	Standard di riferimento (Variazione attesa)			Nome indicatore	Valore atteso 2016	Valore atteso 2017	Valore atteso 2018	Sorveglianza Fonte
	10.8.2 = Favorire l'iscrizione all'anagrafe degli animali di proprietà		10%	Cfr. indicatori processo	b) Diminuire il numero di cani catturati senza il microchip	Analisi dello stato attuale e suo progressivo miglioramento: <i>Proporzione cani catturati, identificati e restituiti al proprietario (i. Sentinella)</i>	B1	15%	22,5%	32,5%	Regione Molise	
						Aumento dell'attività di vigilanza sull'identificazione e registrazione dei cani di proprietà	B2	Programma controlli per 50% comuni	Programma controlli 80% comuni	Programma controlli 90% comuni	ASREM + Pol.Locale+ CFS	
						Giornate promozionali di microchippatura gratuita	B3	140	140	0	ASREM	
						Adeguamento banca dati al rilevamento delle catture e restituzione dei cani accalappiati	B4	100%	100%	100%	ASREM + IZS	
						Verifica andamento iscrizioni dei cani attraverso i report della banca dati	B5	16 cani iscritti per 100 abitanti	18 cani iscritti per 100 abitanti	22 – 23 cani iscritti per 100 abitanti	ASREM + Banca dati anagrafe animali affezione	
	10.8.3 = Controlli sanitari sulle strutture di ricovero dei cani catturati		n.8 visite di verifica per anno (100%)	ok	c) Controlli sanitari periodici presso le strutture di ricovero dei cani randagi	Analisi del contesto	C1	100%	100%	100%	Atti ufficiali Regione Molise	
						Pianificazione dei controlli	C2	100%	100%	100%	ASREM	
						Esecuzione controlli sulle strutture (ind. Sentinella)	C3	100%	100%	100%	ASREM	
						Adeguamento banca dati per inserimento controllo sanitario nelle strutture di ricovero	C4	100%	100%	100%	Banca dati (ASREM) o relazione annuale	
						Report delle attività di controllo	C5	100%	100%	100%	ASREM, Regione Molise	



QUADRO DI SINTESI DEGLI INDICATORI DI PROCESSO "SENTINELLA"

Programmi/progetti regionali	INDICATORI SENTINELLA						
	Definizione	Fonte di verifica regionale	Formula di calcolo	Valore baseline regionale	Anno 2016	Anno 2017	Anno 2018
1) Programma regionale 1: Screening oncologici MAMMELLA	Identificazione dei soggetti a rischio eredo-familiare	Regione -ASREM	n. donne a rischio avviate al percorso previsto di protocollo regionale/n. totale dei casi a rischio individuati x 100	0	Protocollo	30%	50%
2)	Implementazione percorsi diagnostico-terapeutici dedicati	Regione ASREM	n. UO (Oncologie, AN, PA, CHIR ecc) che adottano il protocollo/ n. totale di U.O. coinvolte X 100	0	Protocollo	40%	80%
3) Programma regionale 1: Screening oncologici COLON RETTO	Incrementare la percentuale di pazienti FOBT positivi che eseguono le indagini di II livello	Regione ASREM	Pop. aderente / pop. invitata – inviti inesitati – escluse dopo l’invito x 100	27%	35%	45%	55%
4)	Recupero al programma screening regionale di persone rientranti nella fascia "target" che effettuano controlli fuori da tale ambito	Regione ASREM	Pop. in target che effettua FOBT individuale fuori screening / pop. recuperata alla screening x 100	0	avvio	15%	30%
5) Programma regionale 1: Screening oncologici CERVIC UTERINA	Pianificare un nuovo sistema di screening della cervice uterina con test HPV-DNA	Regione ASREM	n. donne invitate a test HPV di I livello nell'anno/totale invitate nell'anno x 100	0	25%	50%	75%
6) Programma "Prevenzione delle malattie croniche non trasmissibili e azioni a favore dei malati cronici"	Stesura e realizzazione di un piano di azione intersettoriale di promozione della salute nei diversi ambiti: Istituzione di un Gruppo di coordinamento per la comunicazione	Regione ASREM	n. attori coinvolti/n. attori previsti x 100	0	30%	60%	80%
	Sensibilizzare gli operatori sanitari sull'importanza dell'approccio motivazionale al cambiamento	ASREM	n. di appartenenti al ruolo sanitario formati/ n. totale da formare) x 100	0	20%	40%	50%
7)	Incrementare il numero di cittadini che hanno ricevuto consigli su stili di vita salutari, attraverso interventi opportunistici	ASREM	n. strutture sanitarie che sostengono il progetto nel proprio ambito /n. totale delle strutture previste) x 100	0	20%	30%	50%
8)	Realizzare campagne di comunicazione sui temi di "Guadagnare salute	Regione ASREM	n. temi trattati /n. temi previsti	0	2/7	4/7	7/7

	Programmi/progetti regionali	INDICATORI SENTINELLA						
		Definizione	Fonte di verifica regionale	Formula di calcolo	Valore baseline regionale	Anno 2016	Anno 2017	Anno 2018
9)		Tutela dal fumo: n. report per accertamenti presenza fumatori	ASREM	n. accertamenti effettuati/ n. accertamenti previsti - almeno 1 settimanale per ogni struttura x100	0	70%	80%	90%
10)		n. capitolati senz'alcol	ASREM	1 per struttura	0	1	2	5
11)		Realizzare di uno studio di fattibilità a livello regionale di un programma di popolazione per l'identificazione precoce dei soggetti in fascia d'età 45-60 anni in condizioni di rischio aumentato per MCNT	Regione	SI/NO	0	SI		
12)		Sensibilizzare la popolazione giovanile e adulta sui corretti stili di vita	Regione ASREM	n. scuole raggiunte/ n. previste x 100	0	30%	50%	80%
13)				n. incontri effettuati in Centri per Anziani	0	4	4	4
14)		Selezionare i soggetti a rischio cardiovascolare	Regione ASREM	n. soggetti arruolati/n. soggetti individuati)x 100	0	0	Da definire sulla base dello studio di fattibilità: >= 15 % del target individuato	>=30% del target individuato
15)		Formare i prescrittori per la promozione e diffusione della pratica dell'esercizio fisico	ASREM	n. operatori raggiunti dalla formazione specifica/ n. previsti) x 100	0	0	30%	40%
16)		Sensibilizzare le amministrazioni al fine dell' individuazione di percorsi per attivazione gruppi di cammino e nordic walking	Regione	n. comuni che hanno attivato gruppi di cammino	0	0	2	5
17)	Iniziative di sostegno all'allattamento al seno	Percentuale di operatori con formazione ECM specifica (Pediatri ospedalieri, PLS, ostetriche, infermieri che operano negli Ospedali e sul Territorio (Consultori, Centri vaccinali)	ASREM	n. formati/ n. operatori regionali (n. 201 nel 2015) x 100	0	15%	30%	50%
18)		Percentuale di donne che allattano al seno in modo esclusivo al sesto mese	ASREM	n. bambini allattati in modo esclusivo al 6° mese / n. bambini nati in Regione nell'anno di riferimento x 100	30%	35%	45%	55%
19)	PROGRAMMA: SCREENING AUDIOLOGICO NEONATALE	Esecuzione dello screening audiologico neonatale e avvio alla rieducazione	ASREM	Proporzione (%) di neonati sottoposti a screening audiologico neonatale	95%	100%	100%	100%
20)				Proporzione di soggetti affetti diagnosticati entro il III mese di vita	100%	100%	100%	100%
21)				Proporzione di soggetti affetti avviati a riabilitazione neurosensoriale	100%	100%	100%	100%
22)	PROGRAMMA: SCREENING OFTALMOLOGICO NEONATALE	Esecuzione dello screening oftalmologico neonatale e avvio alla rieducazione	ASREM	Proporzione (%) di neonati sottoposti a screening oftalmologico neonatale	95%	100%	100%	100%
23)				Proporzione di soggetti affetti diagnosticati entro il I mese di vita	100%	100%	100%	100%
24)				Proporzione di soggetti affetti avviati a riabilitazione neurosensoriale	100%	100%	100%	100%

	Programmi/progetti regionali	INDICATORI SENTINELLA						
		Definizione	Fonte di verifica regionale	Formula di calcolo	Valore baseline regionale	Anno 2016	Anno 2017	Anno 2018
25)	PROGRAMMA «SCUOLA, SALUTE E BENESSERE»	Recepire a livello regionale Protocolli di intesa del programma Nazionale Guadagnare Salute «rendere facili le scelte salutari »	Regione	n. protocolli d'intesa G.S. regionali/ n. prot. Intesa GS nazionali	0	1	3	5
26)		Effettuare le sorveglianze previo impegno dell'Ufficio Scolastico Regionale nel Sistema di Sorveglianza Nazionale dei rischi comportamentali in età 6-17 anni;	Regione	n. sorveglianze effettuate/n. sorveglianze previste	4 indagini di Okkio alla salute e 2 di HBSC	1	0	1
27)		Inserire nel Piano Strategico interventi a supporto delle scuole nel processo di miglioramento dell'ambiente strutturale e organizzativo	Regione USR	n. istituti che adottano regolamento Interno/ n. istituti comprensivi	0	3%	6%	10%
28)		Inserire nel Piano Strategico attività di formazione permanente ed integrata del personale scolastico e socio-sanitario sulle teorie del comportamento, che favoriscono le capacità di resilienza e processi di empowerment sui temi della salute	Regione USR	proporzione di istituti che aderiscono a progetti basati sulle teorie delle life skills, teorie del comportamento e sui processi di empowerment/n. istituti comprensivi	non rilevato	3%	6%	10%
29)		Inserire nel Piano Strategico interventi multicomponenti e intersettoriali in campo alimentare e dell'attività fisica;	Regione USR	proporzione di istituti che aderiscono a progetti di promozione delle corrette abitudini alimentari e dell'attività fisica/n. istituti comprensivi	non rilevato	3%	6%	10%
30)		Includere ed integrare gli specifici progetti regionali relativi ad altri Macroobiettivi del PRP nel catalogo delle offerte del Piano Strategico per la promozione della salute nelle scuole	Regione USR	Numero di progetti regionali/ interventi informativi inclusi ed integrati nel catalogo delle offerte del Piano Strategico per la promozione della salute nelle scuole	0	3	4	5
31)		Migliorare il livello qualitativo della ristorazione scolastica e dei distributori automatici	Regione USR	proporzione di istituti che hanno adottato le linee guida regionali/n. istituti comprensivi	non rilevato	3%	6%	10%
32)		Formare il personale alimentarista che opera in ambito scolastico sia per il rispetto delle norme igieniche delle preparazioni, che per la proposta di menu salutari, con l'utilizzo di metodi di cottura e condimenti opportuni	Regione USR	n. incontri formativi con il personale alimentarista che opera in ambito scolastico	non rilevato	2	4	8
33)		Offrire un percorso di cambiamento degli stili di vita a rischio attraverso il colloquio motivazionale al personale scolastico di due scuole pilota	ASREM	n. colloqui effettuati /n. personale scolastico delle scuole pilota	non rilevato	5%	10%	15%
34)		Sensibilizzare i professionisti della scuola rispetto all'identificazione precoce di soggetti con disturbi psichici e DCA	Regione USR	Proporzione di istituti che partecipano all'incontro annuale di sensibilizzazione/ n. istituti secondari	0	10%	20%	30%
35)	PROGRAMMA «STRADA SICURA»	Promozione di comportamenti di guida responsabile	Regione	n. scuole dove sono stati svolti interventi formativi / totale scuole regionali aderenti (cfr. Programma Reg.le IV SCUOLA)	0	--	20%	30%
36)		Campagne informative a livello regionale e interventi di sensibilizzazione per promuovere l'uso dei dispositivi di trattenuta (target: neogenitori)	Regione	n. neogenitori raggiunti/totale bambini cui sono somministrate le vaccinazioni obbligatorie entro il 1° anno di vita x 100	0	Produzione materiale informativo opuscoli, locandine, articoli multimediali	Campagna informativa 30% neogenitori (suddivisa per Distretto Sanitario di residenza)	Campagna informativa 50% neogenitori (suddivisa per Distretto Sanitario di residenza)

	Programmi/progetti regionali	INDICATORI SENTINELLA						
		Definizione	Fonte di verifica regionale	Formula di calcolo	Valore baseline regionale	Anno 2016	Anno 2017	Anno 2018
37)		Corsi ECM Regionali autorizzati da ASReM per MMG/Medici competenti su OSAS	Regione ASREM	1 Corso ECM per provincia	0	--	1	1
38)	PROGRAMMA «STRADA SICURA»	Promozione della cultura della sicurezza abitativa nella popolazione fragile	ASREM	N. di abitazioni valutate su tutto il territorio regionale (valore assoluto)	0	Formazione inizio delle rilevazioni	100 rilevazioni sul territorio di pertinenza ASREM	200 rilevazioni su tutto il territorio di competenza ASREM
39)		Consolidamento del sistema informatizzato di rilevazione e monitoraggio nei PS regionali, in accordo con il SINIACA	Sistema informativo specifico regionale (Sistema informativo in fase di attivazione)	SI/NO	Dati fino al 2012	=	SI	SI
40)	PROGRAMMA «PREVENZIONE DEGLI INFORTUNI E DELLE MALATTIE PROFESSIONALI»	Introduzione e messa a regime del sistema INFORMO nei SPSAL	Regione (Atti CRC)	SI/NO	n.d.	Approvazione da parte del CRC del sistema INFORMO e del relativo corso di formazione per operatori SPSAL	Sistema introdotto ed operativo nel 33% dei SPSAL regionali	Sistema operativo nel 100% dei SPSAL regionali
41)		Introduzione e messa a regime del sistema del sistema MALPROF nei SPSAL	Regione (Atti CRC)	SI/NO	n.d.	Approvazione da parte del CRC del sistema MALPROF e del relativo corso di formazione per operatori SPSAL	Sistema introdotto ed operativo nel 33% dei SPSAL regionali	Sistema operativo nel 100% dei SPSAL regionali
42)		Incremento del numero di denunce/segnalazioni di malattie professionali del 10% sulla base dei dati relativi all'anno 2012	SPSAL INAIL	percentuale	217 denunce/segnalazioni di malattie professionali relative al 2012	-	+5% del valore baseline	+10% del valore baseline
43)		Adozione di programmazione e coordinamento in seno al CRC di azioni di promozione per il sostegno al ruolo di RLS/RLST e della bilateralità	Regione INAIL Università	n. eventi/anno	n.d.	Adozione del programma	2 interventi formativi	2 interventi formativi
44)		Adozione di programmazione e coordinamento in seno al CRC di azioni per la promozione della responsabilità sociale d'impresa	Regione INAIL Università	n. eventi/anno	n.d.	Adozione del programma	2 interventi formativi	2 interventi formativi
45)		Promuovere e/o favorire programmi di miglioramento del benessere organizzativo nelle aziende e nei settori/comparti considerati maggiormente a rischio	Regione	n. aziende monitorate per la valutazione del rischio SLC	n.d.	Adozione del piano	Almeno 20 aziende monitorate	Almeno 20 aziende monitorate
46)		Coinvolgere l'istituzione scolastica regionale (scuole di II grado) nella formazione degli studenti afferenti alle classi dell'ultimo anno	Regione Università Enti di Formazione USR	n. istituti scolastici di II grado coinvolti nel programma formativo	n.d.	-	50% dello standard regionale (da definire in sede di accordo)	100% dello standard regionale (da definire in sede di accordo)
47)		Riduzione dei tassi grezzi degli infortuni definiti positivi per tutti i settori e per i comparti Edilizia e Agricoltura	SPSAL INAIL	percentuale	Tasso grezzo infortuni definiti positivamente per tutti i settori = 18,8% (2010-2012) Tasso grezzo infortuni in Edilizia = 26,7% Tasso grezzo infortuni in Agricoltura = 14,4%			

	Programmi/progetti regionali	INDICATORI SENTINELLA						
		Definizione	Fonte di verifica regionale	Formula di calcolo	Valore baseline regionale	Anno 2016	Anno 2017	Anno 2018
48)		Consolidare la prevenzione delle malattie professionali e lavoro-correlate nei comparti a rischio cancerogeno, da sovraccarico biomeccanico, comparto costruzioni e agricolo mediante strumenti di vigilanza	ASREM Servizi PSAL	n.aziende ispezionate/anno	Non rilevato	0	20 aziende ispezionate	20 aziende ispezionate
49)	PROGRAMMA AMBIENTE	Monitoraggio della qualità dell'aria (MP 2,5)	ARPA Molise	n. siti monitorati/anno	n.d.	4 siti anno con report	4 siti anno con report	4 siti anno con report
50)		Formare gli operatori dei servizi Pubblici sull' applicazione del REACH e CLP alle gestione delle sostanze chimiche pericolose in genere e contenute in fitosanitari, cosmetici, biocidi, detergenti	Regione/Ente di formazione	n. corsi/anno	n.d.	1	1	1
51)		Contribuire alla conoscenza dell'impatto della problematica "Amianto" sulla popolazione	Regione/COR	Report COR sugli ex esposti	COR operativo solo dal 2014 n.d.	1	1	1
52)	PROGRAMMA: PREVENZIONE MALATTIE INFETTIVE	Mettere a punto e rafforzare i sistemi di sorveglianza delle malattie infettive prioritarie	Regione ASREM	Proporzione di casi di morbillo/rosolia notificati per i quali è stato svolto l'accertamento di laboratorio	50% per morbillo e rosolia	50% per morbillo e rosolia	60% per morbillo e rosolia	91% per morbillo e rosolia
53)		Potenziamento governance: proporzione di notifiche inserite nel sistema informativo per le malattie infettive	Sistema di notifiche SIMIWEB 2.0	percentuale aumento della baseline	80%	85%	90%	100%
54)		Mettere a punto e rafforzare i sistemi di sorveglianza delle malattie infettive prioritarie	Sistema di sorveglianza speciale e SDO	Proporzione di casi di malattia batterica invasiva notificati (meningococco e pneumococco) per i quali è stato svolto l'accertamento di laboratorio e per i quali esista una diagnosi etiologica	0%	0%	40%	90% per pneumococco; 100% per meningococco
55)		Incrementare le attività territoriali di infettivologia anche rivolto a soggetti a rischio (detenuti, migranti, soggetti defedati, ecc.)	Regione ASREM	Proporzione tra casi di TBC persi al follow up e casi di TBC diagnosticati	30%	20%	20%	15%
56)		Ridurre la proporzione tra nuove diagnosi di HIV late presenter (con CD4 <350 cell/μL) e numero di soggetti con nuova diagnosi di HIV	Sistema di sorveglianza HIV (regionale e/o del COA dell'ISS)	Rapporto percentuale tra nuove diagnosi di HIV late presenter (con CD4 <350 cell/μL) e numero di soggetti con nuova diagnosi di HIV	55% (anno 2013)	50%	45%	40%
57)		Completamento dell'informatizzazione e ottimizzazione del software in uso dell'anagrafe vaccinale dei Servizi di Igiene Pubblica dell'ASREM entro il 2018; inserimento delle vaccinazioni dei nuovi nati e a ritroso fino alla coorte di nascita 2000	Software A.V.I.	n. inserimenti/ n. nati x 100	non definibile	95%	95%	100%
58)		Aumentare la copertura vaccinale e l'adesione consapevole nella popolazione generale e in specifici gruppi a rischio; Realizzazione eventi informativi e di aggiornamento per anno con PLS, MMG, medici e personale ospedaliero e consultoriale/anno	ASREM	n. eventi/anno	0	1	1	1
59)		Adozione da parte dei DEA di misure strutturali e funzionali per la gestione delle emergenze infettivologiche secondo protocollo regionale	Regione ASREM	n. DEA adottanti misure/n. DEA regionali x 100	0	0	33%	100%

	Programmi/progetti regionali	INDICATORI SENTINELLA						
		Definizione	Fonte di verifica regionale	Formula di calcolo	Valore baseline regionale	Anno 2016	Anno 2017	Anno 2018
60)		Implementare e sviluppare la sorveglianza delle CPE in tutti gli ospedali regionali (ospedali in rete)	Regione	n. ospedali partecipanti/ n. ospedali regionali x 100	0	avvio	33%	100%
61)		Programma di sorveglianza e controllo delle infezioni correlate all'assistenza (ICA) - ospedali in rete	Regione	n. ospedali partecipanti/ n. ospedali regionali x 100	0	avvio	33%	100%
62)	PROGRAMMA SICUREZZA ALIMENTARE E SANITA' PUBBLICA VETERINARIA	Sperimentazione effettiva (ambiente di produzione) dell'adozione della ricetta veterinaria elettronica	CSN, Sistema Informativo per la Tracciabilità del Farmaco Veterinario	n. ricette elettroniche/ n. ricette emesse x 100	n.d.	Avvio emissione delle ricette elettroniche	30% delle ricette emesse saranno ricette elettroniche	100% delle ricette emesse saranno ricette elettroniche
63)		La rete dei laboratori: Elaborazione del documento sull'andamento delle performances dei laboratori (annuale)	Regione ASREM	SI/NO	n.d.	SI	SI	SI
64)		Esecuzione di audit nel 50 % delle 76 aziende riconosciute del settore lattiero- caseario basandosi sui dati di produzione (50% della produzione regionale) e in tutte le aziende dopo la ricezione di certificati di analisi sfavorevoli	Regione ASREM	n. predefinito audit/anno sul 50% delle aziende lattiero casearie regionali e sul 100% in caso di analisi sfavorevoli	n.d.	Esecuzione di audit in 10 aziende riconosciute e in tutte le aziende dopo la ricezione di certificati di analisi sfavorevoli	Esecuzione di audit in 14 aziende riconosciute e in tutte le aziende dopo la ricezione di certificati di analisi sfavorevoli	Esecuzione di audit in 14 aziende riconosciute e in tutte le aziende dopo la ricezione di certificati di analisi sfavorevoli
65)		Completare la verifica delle 15.005 imprese censite dalla Camera di Commercio e non ancora valutate, provvedendo all'adeguamento dei dati anagrafici con le informazioni incluse nella Master List del Regolamento (CE) 852/2004	Sistema informativo SINVSA	percentuale imprese censite ancora da valutare	Valutate e aggiornate le anagrafiche di 5.878 OSA	30%	70%	100%
66)		Censimento in SINVSA delle anagrafiche OSM, registrate ai sensi del Regolamento CE 183/05, preesistenti in possesso della Regione Molise	Sistema informativo SINVSA	percentuale anagrafiche censite in SINVSA su preesistenti	Censite in SINVSA le anagrafiche di 27 OSM	20%	60%	100%
67)		Sorveglianza della fauna selvatica: Sviluppo di un Sistema Informativo Territoriale (SIT)	Regione ASREM	SI/NO	n.d.	Elaborazione e adozione del piano di sorveglianza e relative procedure	Creazione di un'anagrafe delle strutture presenti sul territorio che lavorano a vario titolo con la fauna selvatica	Creazione del SIT
68)		Individuazione di un percorso formativo per la formazione del 100% del personale addetto al controllo ufficiale; individuare il percorso per il mantenimento della qualifica del personale	Regione ASREM	Valore percentuale (%) di personale formato sul totale disponibile	personale Regione-Asrem teoricamente destinabile ad attività di controllo ufficiale: n. 89 unità personale formato: n. 30 unità (33%)	40%	80%	100%
69)		Celiachia, allergie ed intolleranze alimentari: programmazione integrata di eventi formativi, per gli operatori del settore alimentare.	Regione ASREM	n. corsi formazione per OSA/anno	n.d.	1	1	1
70)		Svolgimento di attività di controllo ufficiale per la rilevazione della presenza di sale iodato presso punti vendita e ristorazione collettiva sul 10% delle imprese alimentari interessate annualmente	ASREM	percentuale di imprese controllate sul totale da controllare	0	85%	90%	95%
71)	PREVENZIONE DEL RANDAGISMO E MALATTIE ZOONOSICHE	Analisi dello stato attuale e suo progressivo miglioramento: Proporzioni cani catturati, identificati e restituiti al proprietario	Regione ASREM	Proporzioni cani catturati, identificati e restituiti al proprietario	10%	15%	22,5%	32,5%
72)		Esecuzione di controlli sulle strutture di ricovero degli animali	Regione ASREM	n. controlli/n. totale ricoveri x 100	100%	100%	100%	100%