



**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

Decreto del Presidente della Regione Molise - *Commissario Ad Acta per  
l'attuazione del Piano di rientro dai disavanzi del settore sanitario* n. 24 del 22 aprile  
2015

# INDICE

PROGRAMMA I «SCREENING ONCOLOGICI»	Pag.
<i>Screening della mammella.....</i>	5
<i>Screening del colon retto.....</i>	15
<i>Screening della cervice uterina .....</i>	19
PROGRAMMA II «LA PREVENZIONE DELLE MALATTIE CRONICHE NON TRASMISSIBILI E LE AZIONI IN FAVORE DEI MALATI CRONICI»	
<i>La prevenzione primaria delle malattie croniche non trasmissibili.....</i>	27
<i>Protezione, promozione e sostegno dell'allattamento al seno.....</i>	41
PROGRAMMA III «SCREENING NEONATALI»	
<i>Screening audiologico neonatale .....</i>	46
<i>Screening oftalmologico neonatale.....</i>	52
PROGRAMMI : IV «SCUOLA, SALUTE E BENESSERE»	
V «PREVENZIONE DELLE DIPENDENZE»	
<i>Analisi di contesto .....</i>	58
<i>Creazione di un sistema di alleanze per la promozione della salute nelle scuole.....</i>	60
<i>Piano strategico di azioni multisettoriali e multicomponenti per la promozione della salute e del benessere mentale nelle scuole.....</i>	63
<i>Offerta integrata di interventi per l'educazione alla salute nella scuola.....</i>	67
<i>Screening andrologico negli adolescenti .....</i>	73
PROGRAMMA VI «PREVENZIONE DEGLI INCIDENTI STRADALI»	
<i>Strada sicura.....</i>	76
<i>Il problema OSAS (Sindrome delle Apnee Ostruttive nel Sonno).....</i>	78
PROGRAMMA VII «PREVENZIONE DEGLI INCIDENTI DOMESTICI»	
<i>Casa sicura.....</i>	84

## PROGRAMMA VIII «INFORTUNI SUL LAVORO E MALATTIE PROFESSIONALI»

<i>Analisi di contesto.....</i>	91
<i>Perfezionamento dei sistemi di conoscenza dei rischi e dei danni da lavoro.....</i>	94
<i>Emersione del fenomeno tecnopatico .....</i>	98
<i>Sostegno al ruolo dei RLS, Organismi bilaterali e Responsabilità sociale d'Impresa .....</i>	102
<i>Promozione di programmi di miglioramento del benessere organizzativo nelle aziende: prevenzione dei rischi da SLC (stress lavoro-correlato) .....</i>	106
<i>Formazione alla sicurezza e salute sul lavoro nella scuola .....</i>	109
<i>Prevenzione degli infortuni in generale e, in particolare, nel comparto costruzioni ed agricolo.....</i>	113
<i>Miglioramento della qualità ed omogeneità dell'attività di vigilanza.....</i>	117

## PROGRAMMA IX «SALUTE E AMBIENTE»

<i>Monitoraggio della qualità dell'aria.....</i>	121
<i>Il problema amianto nella Regione Molise .....</i>	124
<i>Il ruolo del C.O.R. ....</i>	126
<i>La rete "Salute-Ambiente" nella Regione Molise.....</i>	131
<i>Percorsi formativi ed informativi integrati in tema di Ambiente e Salute .....</i>	134
<i>I controlli in base ai regolamenti "REACH" e "CLP" .....</i>	138
<i>Regolamenti "REACH" e "CLP": La formazione .....</i>	142
<i>L'Edilizia eco-compatibile: il rischio "radon" .....</i>	146
<i>I rischi da CEM e raggi UV .....</i>	149

## PROGRAMMA X «PREVENZIONE E SORVEGLIANZA DELLE MALATTIE INFETTIVE»

<i>Analisi di contesto .....</i>	154
<i>Azione 1: Implementazione di un Sistema di sorveglianza delle Malattie Infettive prioritarie tramite i Laboratori .....</i>	155
<i>Azione 2: Alimentare i sistemi informativi per la sorveglianza delle malattie infettive e aumentare la segnalazione delle malattie infettive da parte degli operatori sanitari .....</i>	155
<i>Azione 3: Monitoraggio dell'esito del trattamento dei casi di tubercolosi polmonare .....</i>	156
<i>Azione 4: Migliorare l'offerta del test HIV e la diagnosi precoce di infezione .....</i>	157
<i>Azione 5: Completare l'informatizzazione delle anagrafi vaccinali regionale, interoperabile a livello regionale con le altre basi di dati .....</i>	159
<i>Azione 6: Aumentare la copertura vaccinale e l'adesione consapevole alle vaccinazioni .....</i>	161

<i>Azione 7: Pianificare la comunicazione finalizzata alla corretta gestione e informazione sui vaccini e sulle malattie prevenibili mediante vaccinazione .....</i>	165
<i>Programma di sorveglianza, gestione e prevenzione delle infezioni correlate all'assistenza e delle antibiotico-resistenze: Analisi di contesto.....</i>	168
<i>La sorveglianza delle infezioni invasive da enterobatteri produttori di carbapenemasi (CPE)</i>	174
<i>Il monitoraggio del consumo di antibiotici .....</i>	178
<i>Informare per migliorare l'uso degli antibiotici .....</i>	182
<i>Le infezioni correlate all'assistenza.....</i>	185

#### PROGRAMMA XI « SICUREZZA ALIMENTARE E SANITÀ PUBBLICA VETERINARIA»

<i>Ricetta veterinaria elettronica: Verso la «dematerializzazione» dell'intera gestione del farmaco veterinario .....</i>	189
<i>Piani di controllo e monitoraggio integrati per la gestione del rischio nelle matrici alimentari.....</i>	197
<i>La rete dei laboratori: Protocolli per la collaborazione nel settore alimentare e veterinario</i>	209
<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>	220
<i>La gestione delle emergenze veterinarie e di sicurezza alimentare .....</i>	228
<i>La sorveglianza della fauna selvatica: la prevenzione delle malattie infettive e diffuse di interesse veterinario trasmissibili tramite vettori animali .....</i>	234
<i>Tecniche e organizzazione del controllo ufficiale: Aspetti relativi alla formazione e agli audit</i>	239
<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>	242
<i>Sale: "poco e iodato". Iniziative della Regione Molise per ridurre i disordini da carenza iodica.....</i>	247

#### PROGRAMMA XII «PREVENZIONE DEL RANDAGISMO»

<i>La prevenzione del randagismo e delle malattie zoonosiche legate agli animali d'affezione....</i>	254
<i>Promozione del possesso responsabile di animali d'affezione .....</i>	259
<i>Iniziative per favorire l'iscrizione all'anagrafe degli animali di proprietà .....</i>	260
<i>Controlli sanitari sulle strutture di ricovero dei cani .....</i>	261



**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.

Tutte queste patologie hanno un'altissima potenzialità di essere prevenibile, compreso i tumori, soprattutto se si esplicano tutte le potenzialità della prevenzione primaria che può far leva sugli stili di vita (alimentazione, attività fisica, fumo) e della 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 visto che circa il 50% dei tumori viene diagnostico in età superiore ai 70 anni (AIRTUM-AIOM *I 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 *I 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 i primi livelli.

Tali performance soffrono, però, della carenza di campagne di comunicazione e lo scarso coinvolgimento dei MMG. I livelli successivi, in particolare per la mammella, soffrono del ritardo della implementazione del sistema informatizzato regionale che andrà in piena attività solo da questo anno.

## **PIANO OPERATIVO**

*OBIETTIVO CENTRALE 12 – Aumentare l'estensione reale dei programmi di screening alla popolazione bersaglio (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 alle donne in fascia di età 50-69 anni con periodicità biennale. Come più volte sottolineato è auspicabile la più stretta collaborazione possibile con gli MMG unitamente a periodiche campagne di sensibilizzazione della popolazione.

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

Standard: 100% previsto dai LEA

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

- Segreteria/call-center dei programmi di screening;
- Medici di Medicina Generale;

### **Beneficiari:**

- Popolazione target: donne molisane di età compresa tra i 50 -69 anni (45-74 anni come definito dall'obiettivo 13, indicatore 1.13.1. di seguito illustrato).



#### **Fasi di articolazione:**

- Definizione linee-guida regionali condivise con i MMG
- Formazione/aggiornamento per gli attori;
- Messa a punto di una campagna informativa (mass media, manifesti, brochures, etc.) con coinvolgimento di tutte gli attori istituzionali (Regione, Asrem, Associazioni di volontariato, etc.);

#### **Criticità:**

- Assenza di qualsivoglia intervento di sensibilizzazione;
- Disservizi postali (es. discrepanze tra i dati annotati dai portalettere e i riscontri telefonici diretti).

#### **INDICATORI:**

1) Incremento del 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 Regione Molise intende ampliare la popolazione target invitata dallo screening mammografico dai 45 ai 74 anni (popolazione ISTAT al 1° gennaio 2014) con le seguenti modalità:

- segmento «45-49 anni»: 12.529 donne;
- segmento «50-69 anni»: 41.762 donne (vecchio target);
- segmento «70-74 anni»: 8.000 donne;

Il totale del nuovo target é di 62.291 donne molisane.

Il protocollo prevede l'invito attivo annuale per le donne 45-49 anni e biennale per le donne 50-74 anni.

Per tali ragioni si prevede che ogni anno la popolazione bersaglio sarà di circa  $(24.881+12.529=)$  37.410 donne.

#### **OBIETTIVI SPECIFICI:**



**Obiettivo specifico 2):** *Incrementare o, almeno, mantenere l'attuale standard di adesione  $\geq 52$  % (con riferimento al "target storico" ossia popolazione di età compresa tra 50-69 anni);*

**Obiettivo specifico 3):** *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/call-center dei programmi di screening;
- Medici di Medicina Generale;
- Unità operative di Radiologia.

**Beneficiari:**

Popolazione target: donne molisane di età compresa tra i 45-74 anni secondo le modalità sopra definite.

**Fasi di articolazione:**

- a) Adozione atti formali di autorizzazione all'ampliamento del target;
- b) Ridefinizione del budget dell'intervento;
- c) Definizione linee-guida regionali condivise con i MMG;
- d) Adeguamento del software gestionale;
- e) Formazione/aggiornamento per gli attori.

**Criticità:** Presenza di *alias* nell'anagrafica (~ 25%) condizionante i dati statistici, i costi di affrancatura, la pianificazione delle attività con pesanti ripercussioni sul raggiungimento degli obiettivi e gravi ricadute in termini sanitari oltre che economici.

**INDICATORI:**

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

anno 2016:  $\geq 52$  %

anno 2017:  $\geq 54$  %

anno 2018:  $\geq 56$  %

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





- con riferimento all'obiettivo specifico 2): incremento del tasso di estensione al programma di screening della mammella con target 45/49 anni e 70/74 anni:

anno 2016:  $\geq 50\%$

anno 2017:  $\geq 51\%$

anno 2018:  $\geq 52\%$

Valore baseline: 50 % (valore indicato come accettabile dalle LG del GISMa).

\* \* \* \* \*

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

**Codice dell'indicatore:** 1.15.1

Nome Indicatore: Adozione di indirizzi regionali programmatori entro un anno dall'avvio del PRP.

**Breve descrizione dell'intervento programmato:** La Regione Molise definirà protocolli condivisi per l'identificazione delle donne con profilo di rischio eredo-familiare per tumore della mammella ed il loro inserimento in programmi individualizzati di controlli periodici di sorveglianza.

**OBIETTIVI SPECIFICI:**

**Obiettivo specifico 4):** *Pianificare una rete regionale di rilevamento dei soggetti a rischio eredo-familiari per tumore della mammella e delle possibili patologie correlate.*

**Obiettivo specifico 5):** *Pianificare un sistema di sorveglianza e supporto (counselling familiare, psiconcologia, valutazione genetica, etc.) e prevedere percorsi diagnostico-terapeutici dedicati.*

**Attori e portatori di interesse:**

- Regione Molise;
- Coordinamento screening;

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

**Fasi di articolazione:**

- a) Adozione atti formali relativi agli indirizzi regionali programmatori;
- b) Definizione della rete regionale di rilevamento dei soggetti a rischio;



- c) Definizione dei percorsi diagnostico-terapeutici dedicati;
- d) Definizione del sistema di sorveglianza;
- e) Definizione del sistema di supporto;

INDICATORI: Adozione atti programmatici da parte della Regione.

Codice dell'indicatore: 1.15.2

**Nome Indicatore:** Adozione dei percorsi in tutte le aziende secondo programmazione regionale (entro il 2018)

**Breve descrizione dell'intervento programmato:** In ragione della presenza di un'azienda sanitaria unica i percorsi saranno adottati sull'intero territorio regionale.

OBIETTIVI SPECIFICI:

**Obiettivo specifico 6):** *Attivare una rete regionale di rilevamento dei soggetti a rischio eredo-familiari per tumore della mammella e delle possibili patologie correlate.*

**Obiettivo specifico 7):** *Attivare un sistema di sorveglianza e supporto (counselling familiare, psiconcologia, valutazione genetica, etc.) e definire percorsi diagnostico-terapeutici dedicati.*

**Obiettivo specifico 8) :** *Attivazione di un ambulatorio regionale di riferimento per le patologie oncologiche eredo familiare*

**Attori e portatori di interesse:**

- Regione Molise;
- Coordinamento screening;
- Medici di medicina generale;
- Unità operative di Oncologia;
- Unità operative di Anatomia patologica;
- Unità operativa di Genetica medica;
- Unità operativa di Psiconcologia;

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

**Fasi di articolazione:**



- a) Avvio operativo della rete regionale di rilevamento dei soggetti a rischio;
- b) Avvio operativo dei percorsi diagnostico-terapeutici dedicati;
- c) Avvio operativo del sistema di sistema di sorveglianza;
- d) Avvio operativo del sistema di supporto;

INDICATORI:

Adozione percorsi.



**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 bersaglio	1.12.1 Percentuale di persone che ricevono l'invito al programma di screening mammografico sulla popolazione bersaglio	Quantitativo	95%	≥ 0	Obiettivo specifico 1):  Mantenere l'attuale standard di estensione ≥ 90%	Controllo estensione invito a popolazione bersaglio.	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%	≥ 2-4%	Obiettivo specifico 2):  Incrementare la percentuale di persone in età target che eseguono il test di primo livello	Incremento/ Mantenimento dell'adesione al primo livello	Tasso di adesione al programma di screening della mammella	≥ 52%	≥ 54%	≥ 56%	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 (45/74 anni)	Quantitativo	-	50% (accettabile come da linee guida GISMa)	obiettivo specifico 3):  Incremento del tasso di estensione al programma di screening della mammella con target 45-49 anni e 70-74 anni:	estensione target di popolazione	Tasso di adesione programma di screening della mammella	≥50 %	≥51%	≥52%	ONS



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 precocemente e i soggetti a rischio eredo-familiari per tumore della mammella.	1.15.1	Qualitativo	-	Adozione Indirizzi regionali	Obiettivo specifico 4): Pianificare una rete regionale di rilevamento dei soggetti a rischio eredo-familiari per tumore della mammella e delle possibili patologie correlate	Pianificazione rete regionale	Rete regionale rilevamento	ok	ok	ok	REGIONE ASREM
		Adozione di indirizzi regionali programmatori o un anno dall'avvio del PRP				Obiettivo specifico 5): Pianificare un sistema di sorveglianza e supporto (counselling familiare, psiconcologia, valutazione genetica ecc.) e prevedere percorsi diagnostici terapeutici dedicati.	Pianificazione del sistema di sorveglianza e supporto	Sistema regionale di sorveglianza	ok	ok	ok	REGIONE ASREM
		1.15.2	Qualitativo	-	Presenza rete regionale	Obiettivo specifico 6): Attivare una rete regionale di rilevamento dei soggetti a rischio eredo-familiari per tumore della mammella e delle possibili patologie correlate	Attivazione rete regionale	Rete regionale rilevamento	ok	ok	ok	REGIONE ASREM
		Nome Indicatore: Adozione dei percorsi in tutte le aziende secondo programmazione regionale (entro il 2018)										



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 precocemente e i soggetti a rischio eredo-familiari per tumore della mammella.	1.15.2 Nome Indicatore: Adozione dei percorsi in tutte le aziende secondo programmazione regionale (entro il 2018)	Qualitativo	-	Sistema di sorveglianza operativo	Obiettivo specifico 7):  Attivare un sistema di sorveglianza e supporto (counselling familiare, psiconcologia, valutazione genetica, etc.) e definire percorsi diagnostico-terapeutici dedicati.	Attivazione sistema sorveglianza e supporto	Sistema regionale di sorveglianza	ok	ok	ok	
					Ambulatorio regionale operativo	Obiettivo specifico 8):  Attivazione di un ambulatorio regionale di riferimento per le patologie oncologiche eredo- familiare	Attivazione ambulatorio regionale	Ambulatorio regionale	ok	ok	ok	



## **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 organizzativa screening/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 periodica attività di controlli incrociati sulle liste degli assistiti realizzata in sinergia da Segreteria organizzativa degli screening e Medici di Medicina Generale.

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

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

- Medici di Medicina Generale
- Segreteria/call – center 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) Formazione/aggiornamento dei MMG;
- b) Definizione linee-guida regionali per i MMG;



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)*

### **13-1 Campagna mediatica.**

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

Per incrementare il tasso di adesione al I e II livello del programma di screening del colon retto si rende necessaria, anzitutto, **una maggiore collaborazione dei MMG** che devono convogliare nell’ambito dello screening tutti gli assistiti in fascia di età (50-69 anni) e segnalare le *new entries*; i Medici di Medicina Generale, inoltre, dovranno sollecitare i pazienti FOBT positivi a sottoporsi alla colonscopia di II livello. Solo attraverso lo sviluppo di un’adeguata integrazione sinergica con i MMG, infatti, l’intervento di prevenzione esplicherà una piena efficacia garantendo un incremento del tasso di adesione al II livello che, allo stato, rappresenta una seria criticità.

Si rende altresì necessario **ottimizzare i tempi di attesa per l’esecuzione dell’esame endoscopico** 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.

Infine, per sensibilizzare maggiormente la popolazione target sull’importanza della prevenzione oncologica e, in particolare, sull’efficacia e necessità della colonscopia si rende indispensabile promuovere **una campagna mediatica più incisiva e costante** da attuarsi attraverso la stampa e le televisioni locali fornendo indicazioni dettagliate sui call-center informativi.

#### **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;
- Segreteria/call – center 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) Formazione/aggiornamento dei MMG;
- b) Definizione linee-guida regionali per i MMG;
- c) Ridefinizione dei piani di lavoro delle Endoscopie (con riferimento alle attività di screening);
- d) Programmazione della campagna informativa.

**Criticita':**

Presenza di *alias* nell'anagrafica condizionante i dati statistici, i costi di affrancatura, la pianificazione delle attività con pesanti ripercussioni sul raggiungimento degli obiettivi e gravi ricadute in termini economici.

**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 % .



**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	Quantitativo	95%	5%	Incrementare la percentuale di persone che ricevono il kit-FOBT a domicilio	Controlli incrociati liste assistite MMG/Segreteria organizzativa	Tasso di estensione del programma di screening coloretale	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)	Quantitativo	52%	18%	Incrementare la percentuale di persone in età target che eseguono il test di I livello	Sinergie/collaborazione MMG Campagna mediatica periodica	Tasso di adesione al I livello del programma di screening coloretale	60%	65%	70%	
			Quantitativo	27%	28%	Incrementare la percentuale di pazienti FOBT positivi che eseguono le indagini di II livello.	Sinergie/collaborazione MMG Ottimizzazione di tempi di attesa per esecuzione esame endoscopico (max 30gg) Campagna mediatica periodica sull'efficacia della colonscopia.	Tasso di adesione al II livello del programma di screening coloretale	35%	45%	55%	



## 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 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;
- Assenza di qualsivoglia intervento di sensibilizzazione;
- 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, i costi di affrancatura, 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; tanto in considerazione del fatto che risulta ormai acclarata la maggiore sensibilità di questo test rispetto al pap-test convenzionale con *minor numero di falsi positivi ed inadeguati*.

La sostituzione del pap-test con il test dell'HPV permetterà di anticipare la diagnosi di displasia individuando le donne che, avendo contratto l'infezione da HPV, sono in grado di sviluppare lesioni cancerose. Il test HPV si posiziona come *test di screening ancora più precoce rispetto al pap-test poiché individua soggetti con rischio di malattia mentre il pap-test seleziona soggetti con alterazioni citologiche già in atto*.

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) riduzione dei falsi positivi e, conseguentemente, degli *over treatments*.
- b) riduzione degli inadeguati;
- c) identificazione precoce dei soggetti con rischio di malattia;
- d) 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.

**Criticita':** Farraginosità delle procedure burocratiche sottese all'avvio operativo della nuova strategia di screening.

## **INDICATORI:**

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

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

Valore *baseline*: 30%

### **2) Riduzione degli inadeguati**

- 6 % anno 2016
- 4% anno 2017
- 2% anno 2018

Valore *baseline*: 11 %

### **3) Riduzione dei falsi positivi**

- 25% anno 2016
- 20% anno 2017
- 15% anno 2018

Valore *baseline*: 50 %





**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. "reinginerizzazione" (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%  OK	90%  OK	100%  OK	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. "reinginerizzazione" (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%  OK	50%  OK	55%  OK	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 introducendo il test HPV-DNA	14.1 Adozione di programmi per lo screening della cervice uterina introducendo il test HPV-DNA	Qualitativo	---	OK	Pianificare un nuovo sistema di screening della cervice uterina con test HPV-DNA	Pianificazione 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'appropriatezza 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	45%	50%	55%	
				50%	35%			Riduzione falsi positivi	25%	20%	15%	
				11%	9%			Riduzione degli inadeguati	6%	4%	2%	



<p style="text-align: center;"><b>MACRO 1: PROGRAMMA REGIONALE "II" - LA PREVENZIONE DELLE MALATTIE CRONICHE NON TRASMISSIBILI E LE AZIONI IN FAVORE DEI MALATI CRONICI (DCA N. 24/2015)</b></p>
--

Titolo dell'intervento:

**LA PREVENZIONE PRIMARIA DELLE MALATTIE CRONICHE NON TRASMISSIBILI.**

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

**Razionale dell'Intervento programmato:**

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)



Riguardo alla sedentarietà tra i bambini:

- ☐ molti non fanno movimento durante la giornata
- ☐ 1 bambino su 2 ha la tv in camera (49%)
- ☐ 1 bambino su 2 vede la tv o gioca con i videogiochi per più di 3 ore al giorno (48%)
- ☐ il 10% dei bambini dedica a questi comportamenti sedentari 5 ore o più, riducendo la spesa energetica quotidiana di circa 600 kcal rispetto ai coetanei di 50 anni fa.

“Il 25% dei bambini effettua solitamente attività fisica per non più di un’ora a settimana e solo il 17% vi si dedica con continuità (da 4 a 7 giorni). Come per il resto dei Paesi europei, emerge che all’aumentare dell’età corrisponde una progressiva diminuzione della pratica di attività fisica, che comunque risulta sempre più diffusa tra i maschi.” (Studio OKkio alla salute 2008).

### ***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 in Italia***

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. 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

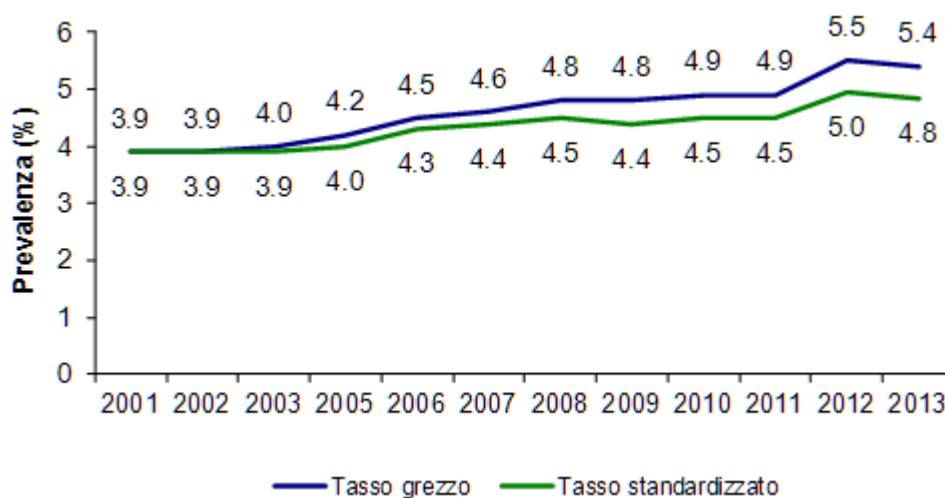


consumo abituale eccedentario ed il *binge drinking* entrambi indicatori di rischio. Tra i giovani di 18-24 anni è in crescita il consumo di altri alcolici (aperitivi alcolici) oltre a vino e birra. Tra gli uomini è costante il numero di quanti consumano solo vino e birra; tra le donne è stabile la quota 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.” (Dati ministeriali)

### **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)

### **Le Dislipidemie**

L'importanza della "triade lipidica" (elevati livelli di colesterolo LDL, trigliceridi e bassi livelli di colesterolo HDL) nello sviluppo dell'aterosclerosi è stata evidenziata da numerosi studi. I dati epidemiologici indicano oggi che la colesterolemia, ed in particolare la colesterolemia-LDL, è un fattore

di rischio potente ed indipendente di cardiopatia coronarica; elevati livelli di colesterolemia totale e LDL e ridotti livelli di colesterolemia-HDL si associano anche a un eccesso di rischio di morbidità e mortalità per patologie cardio-cerebrovascolari, e di mortalità per tutte le cause.

Elevati livelli di trigliceridi (180-400 mg/dl) si possono associare ad un aumentato rischio cardiovascolare, specialmente se si accompagnano a una ridotta concentrazione di colesterolemia-HDL (<35 mg/dl nell'uomo, <40 mg/dl nella donna).

Ridotti livelli plasmatici di colesterolo, anche sensibilmente inferiori a quelli prevalenti nel nostro Paese, non si associano ad un eccesso di mortalità per tumori. E' ormai certo che la riduzione della colesterolemia, contemporaneamente a quella di altri fattori di rischio, si accompagna ad una diminuzione della morbidità e della mortalità per cardiopatia coronarica ed ictus.

La strategia nei confronti delle dislipidemie può essere rivolta all'intera popolazione, che comprende individui sani, malati e predisposti. Essa mira a ridurre la colesterolemia media, suggerendo a tutti gli individui di età superiore a 2 anni, di adottare abitudini alimentari in cui la quota dei grassi non superi il 30% delle calorie totali, di cui: grassi saturi inferiori al 10%, poliinsaturi pari al 7-8% (un'importante porzione di questi ultimi deriva dal pesce), la restante quota lipidica sia rappresentata da grassi monoinsaturi. L'assunzione giornaliera di colesterolo con gli alimenti non dovrebbe superare i 300 mg negli adulti ed i 100 mg per 1.000 calorie nei bambini. Va inoltre ridotto il peso corporeo eventualmente in eccesso, diminuendo l'apporto calorico e incrementando l'attività fisica. La strategia individuale va impostata secondo il tradizionale rapporto medico-paziente, mirando alla riduzione del rischio di andare incontro ad un primo evento o ad un evento successivo.

La prescrizione dietetica si articola in due successive fasi, che corrispondono rispettivamente: alle linee guida già indicate come valide per la popolazione generale, ed all'applicazione di norme più restrittive per quanto riguarda l'apporto di grassi totali (25%) e di colesterolo (200 mg/die) per i pazienti a più alto rischio.

### ***Ipertensione arteriosa***

La pressione arteriosa, come la colesterolemia, è un fattore di rischio epidemiogeno, cioè un fattore che per importanza, diffusione e rilevanza su intere popolazioni e quindi come universalità predittiva, è determinante affinché si realizzi una condizione epidemica della malattia.

Sia la pressione arteriosa che la colesterolemia elevate derivano largamente dallo stile di vita e sono in grado di spiegare le differenze di incidenza tra popolazioni diverse. Il 90-95% dei casi di ipertensione arteriosa (ipertensione essenziale) dipende infatti da una cattiva alimentazione, da sovrappeso e obesità, da scarsa attività fisica.





L'abitudine al fumo può aggravare la condizione. Solo nel 5-10% dei casi l'ipertensione è secondaria ad una malattia del sistema endocrino o dei reni o dovuta all'assunzione di farmaci.

È opinione comune che la pressione arteriosa aumenti con l'avanzare dell'età. In realtà, studi ecologici hanno dimostrato che in alcune popolazioni questo incremento è molto limitato e dipende largamente dal consumo di sale nell'alimentazione (Studio Intersalt).

La pressione arteriosa è il fattore di rischio più importante per l'ictus, per l'infarto del miocardio, le arteriopatie periferiche, l'insufficienza renale cronica, la retinopatia.

I livelli di pressione predicono inoltre la mortalità totale, la speranza di vita e contribuiscono a predire anche cause di morte non cardiovascolari.

Valori di pressione arteriosa sistolica inferiori di 10 mmHg rispetto ai valori medi di popolazione, così come valori di pressione arteriosa diastolica inferiori di 5 mmHg, riducono il rischio di ictus del 40%, quello dell'infarto e delle altre patologie coronariche del 20-25%. Pertanto ridurre il valore medio della pressione arteriosa nella popolazione, permette di ridurre il rischio di sviluppare l'ictus, l'infarto del miocardio ed altre patologie coronariche, lo scompenso cardiaco, la fibrillazione atriale, le patologie legate all'invecchiamento (demenza e disabilità) e di morire per cause cardiovascolari.

L'ipertensione arteriosa origina dall'effetto variamente combinato di fattori genetici ereditari e di fattori ambientali, come lo stress, l'eccessiva introduzione di sale e l'obesità. Per tale motivo per prevenire l'ipertensione si dovrebbero, da un lato, identificare gli individui geneticamente predisposti, dall'altro, correggere i fattori ambientali.

Ad oggi, sono state già identificate alcune forme di ipertensione arteriosa su base genetica, ma la loro prevalenza è bassissima nella popolazione e non giustifica uno screening genetico esteso.

Sappiamo però da molto tempo che i figli di genitori ipertesi hanno maggiore probabilità di sviluppare l'ipertensione rispetto ai figli dei normotesi. Per tale motivo, i figli degli ipertesi noti dovrebbero mantenere uno stile di vita sano e dovrebbero misurare la pressione arteriosa per riconoscere precocemente un suo aumento patologico e quindi prevenire lo sviluppo dei danni a carico degli organi bersaglio dell'ipertensione (arterie, cuore, reni e cervello). Nella maggior parte dei casi l'ipertensione arteriosa deriva da abitudini di vita scorrette. Fin da giovani è consigliabile, quindi, mantenere la pressione arteriosa a livelli "desiderabili" e seguire alcune semplici regole di comportamento.

Non è semplice suggerire cambiamenti nello stile di vita. Sarebbe necessario conoscere in maniera approfondita la storia, la composizione della sua famiglia, i ritmi di lavoro, le preferenze alimentari. Possiamo però considerare che se un soggetto smette di fumare, segue determinate indicazioni

alimentari – così da tenere sotto controllo il proprio peso – e dedica un po' del proprio tempo ad un'attività fisica, sicuramente fa del bene alla propria salute.

L'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) dedica una sezione delle linee-guida per il trattamento dell'ipertensione arteriosa alle indicazioni di ordine non farmacologico utili, in particolare, per quei soggetti che non presentano fattori di rischio aggiuntivi.

Di seguito sono riportati i dati epidemiologici regionali aggiornati a Dicembre 2012 relativi ai fattori di rischio menzionati, e confrontati con quelli nazionali (progetto CUORE).

### Fattori di Rischio

#### Media dei fattori di rischio - **DONNE**

	Media Molise**	Media Italia**
Età (anni)	56	53
Pressione arteriosa sistolica (mmHg)	134	129
Pressione arteriosa diastolica (mmHg)	83	79
Colesterolemia totale (mg/dl)	213	214
HDL - Colesterolemia (mg/dl)	52	56

OEC - Osservatorio Epidemiologico Cardiovascolare MOLISE (età 35-69 anni)		
	1998-2002	2008-2012
PAS (mmHg)	129	126
PAD (mmHg)	82	80
CT (mg/dl)	209	239
HDL-C (mg/dl)	52	68

### Fattori di Rischio

#### Media dei fattori di rischio - **UOMINI**

	Media Molise**	Media Italia**
Età (anni)	55	53
Pressione arteriosa sistolica (mmHg)	136	132
Pressione arteriosa diastolica (mmHg)	84	81
Colesterolemia totale (mg/dl)	216	212
HDL - Colesterolemia (mg/dl)	50	49

OEC - Osservatorio Epidemiologico Cardiovascolare MOLISE (età 35-69 anni)		
	1998-2002	2008-2012
PAS (mmHg)	130	132
PAD (mmHg)	86	87
CT (mg/dl)	210	218
HDL-C (mg/dl)	42	51



### ***Inquinamento ambientale e malattie cardio-cerebrovascolari***

L'inquinamento ambientale è da tempo studiato come fattore di rischio per l'insorgenza, non solo delle malattie neoplastiche e dell'apparato respiratorio, ma anche di quelle cardiovascolari.

Gli standard che definiscono la qualità dell'aria in Europa sono in corso di revisione da parte del Parlamento europeo, il quale ha raccomandato di dedicare maggior attenzione agli effetti cronici dell'esposizione a lungo termine all'inquinamento atmosferico, soprattutto per quanto riguarda gli effetti sull'apparato cardiovascolare e respiratorio del particolato fine (PM 2,5), che definisce le particelle con un diametro aerodinamico inferiore a 2,5 micron. Le fonti di inquinamento da cui proviene tale nitrato sono soprattutto veicoli, pneumatici e combustioni industriali.

Diversi studi hanno documentato che l'esposizione anche a livelli di particolato relativamente bassi, determina un aumento statisticamente significativo delle malattie cardio-cerebrovascolari. (Circulation 2009;120:949-55)

Il progetto European Study of Cohorts for Air Pollution Effects (ESCAPE) è stato disegnato per valutare gli effetti dell'esposizione a lungo termine della popolazione all'inquinamento atmosferico, e di stabilire la correlazione dose-risposta e il livello soglia degli effetti avversi sulla salute umana. In questo studio sono descritti i risultati relativi a circa 105.000 partecipanti a diversi studi europei, nel quale furono osservati 3086 nuovi casi di ictus cerebrale prevalentemente di tipo ischemico, durante il follow-up. E' emerso che i livelli medi di esposizione al particolato atmosferico e i valori minimi e massimi erano più elevati in Italia rispetto alle altre aree europee. Per il PM 2,5 fu osservato un aumento del rischio di ictus del 19% per un aumento di 5 µg/metro cubo delle sue concentrazioni. I limiti attuali sulla qualità dell'aria richiedono concentrazioni medie annuali massime di PM 2,5 in Europa di 25 µg/metro cubo. Nelle sette popolazioni europee esposte a concentrazioni inferiori ai limiti consentiti, fu osservato un aumento del 33% del rischio di ictus per ogni 5 µg/metro cubo di aumento del PM 2,5. (Environmental Health Perspectives 2014; vol. 122; 9: 919-925)

E' stata trovata una correlazione significativa tra il monossido di carbonio, inquinante di provenienza soprattutto automobilistica, e i ricoveri ospedalieri per tutte le patologie cardiovascolari (infarto del miocardio, ictus cerebrale, scompenso cardiaco, aritmie). (Circulation 2009;120:941-8)

Queste correlazioni sono supportate da meccanismi fisiopatologici che documentando come l'esposizione agli inquinanti sia in grado di determinare un aumento dei radicali liberi e degli indici

infiammatori con conseguente attivazione piastrinica, disfunzione endoteliale e formazione della placca aterosclerotica, stress ossidativo e minore ossigenazione tissutale. (Circulation 2009;120:924-7)

L'Organizzazione Mondiale della Sanità, sulla base dei dati emersi dagli studi scientifici internazionali, ha incluso l'inquinamento ambientale tra le prime 10 cause di mortalità prevenibile. Ciò suggerisce come la riduzione delle fonti inquinanti possa sortire effetti clinicamente rilevanti e importanti ricadute sulla tutela della salute. Pertanto, la politica ambientale di riduzione del tasso di inquinamento deve diventare un obiettivo prioritario nella strategia della prevenzione delle malattie non solo tumorali, ma anche cardiovascolari.

Dall'analisi epidemiologica dei fattori modificabili ed ambientali fin qui esposta, emerge l'esigenza di un progetto che miri a sviluppare nella popolazione una coscienza della prevenzione delle malattie croniche, adottando uno stile di vita che abbia come fine la cura della propria salute, intesa come benessere psico-fisico, come equilibrio tra l'uomo e l'ambiente, attraverso incontri, seminari, diffusione di opuscoli informativi, workshop con i professionisti impegnati nel settore socio-sanitario ed ambientale, e naturalmente con i giovani, gli adulti ed i soggetti più a rischio. Importante diventa l'interazione con le autorità sanitarie e gli enti preposti alla sorveglianza ambientale, al fine di individuare misure volte alla riduzione degli agenti inquinanti ambientali, in particolare particolato fine e monossido di carbonio, derivanti dalla combustione dei motori delle automobili nei centri urbani, al fine di monitorare nel tempo i parametri fissati e ricavare dati epidemiologici di correlazione con le malattie cardio-cerebrovascolari acute. Da tale lavoro capillare di sensibilizzazione, informazione e responsabilizzazione, ne deriverà un beneficio in termini di riduzione dell'incidenza di malattie cardio-cerebrovascolari nella popolazione target (cfr. interventi regionali di cui al MACRO 8).

#### ***Dati epidemiologici della Regione Molise***

I dati epidemiologici sui fattori di rischio modificabili per la regione Molise, vengono riportati nello studio Progetto Cuore (2008-2012) che, nel campione di popolazione esaminata, fanno rilevare le seguenti percentuali di prevalenza:

<b><i>Popolazione tra i 35-74 anni</i></b>	<b><i>Uomini</i></b>	<b><i>Donne</i></b>
<i>Fumatori</i>	23%	20%
<i>Diabete</i>	14%	9%
<i>Ipertensione arteriosa</i>	54%	40%
<i>Obesità</i>	26%	26%
<i>Sedentarietà</i>	31%	42%



Dallo studio emerge inoltre che l'80% di coloro che hanno avuto un evento cardiovascolare è in sovrappeso ed il 48% di coloro che hanno avuto un evento cardiovascolare ancora fuma.

#### Obiettivi Centrali:

La prevenzione primaria attraverso la promozione di un corretto stile di vita, mediante la stesura condivisa di un piano di azione che promuova la salute con programmi territoriali che tengano conto: dei fattori di protezione nella popolazione giovane ed adulta mediante adeguati stili di comportamento alimentare (dieta più ricca in frutta e verdura con riduzione del consumo eccessivo di sale), attività fisica, riduzione del fumo attivo ed estensione della tutela del fumo passivo, riduzione del consumo di alcol, migliorare l'approccio comportamentale verso la farmacologia nei soggetti anziani affetti da Malattie Croniche Non Trasmissibili (MCNT), riduzione dei principali inquinanti ambientali responsabili anche dell'aumento di incidenza delle malattie cardio-cerebro-vascolari in particolare nella popolazione urbana. Da ciò derivano i seguenti obiettivi specifici:

#### Obiettivi specifici:

- a) 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, fumo attivo e passivo, consumo di alcolici) rivolta alla popolazione a rischio, secondo criteri che verranno prefissati.
- b) fornitura di brevi questionari ai MMG ed ai PLS (almeno al 30% del totale di quelli operanti in Molise) al fine di selezionare tra i pazienti, i soggetti considerati a rischio e che potranno essere sottoposti a follow-up clinico.
- c) incontri con gli studenti delle scuole superiori di II grado, previo accordo con l'USR, al fine di promuovere un'educazione alimentare ed uno stile di vita sano, sensibilizzare sui rischi di esposizione al fumo passivo, anche con l'ausilio di opuscoli informativi che saranno distribuiti nelle scuole e nei luoghi di aggregazione dei giovani (centri sportivi, centri culturali, conservatorio di musica, teatri)
- d) incontri con la popolazione considerata a 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.

- e) follow-up dei soggetti considerati a rischio, i quali saranno sottoposti, secondo un protocollo condiviso, a valutazione neurologica, cardiologia, internistica, esami ematochimici ed indagini strumentali.

I dati emersi dal Progetto di Prevenzione Primaria dell'Ictus ed dal Progetto Cuore, inseriti nel Piano Regionale per la Prevenzione del triennio 2010-2012, saranno utili per proseguire nell'impegno per la promozione di un corretto stile di vita, oggi elemento fondamentale per la prevenzione di malattie cardio-cerebro-vascolari.

Attori e portatori di interesse:

I neurologi, i cardiologi, i diabetologi per il piano di prevenzione e di indirizzo per gli stili di vita ed il controllo delle MCNT; i medici di Medicina Generale (MMG) per la raccolta dati e selezione dei soggetti a rischio.

Beneficiari:

Giovani studenti delle scuole medie superiori per la prevenzione ed il corretto stile di vita; gli anziani considerati a rischio (65-80 anni); i soggetti selezionati secondo un protocollo condiviso per un adeguato controllo delle morbidità presenti.

Fasi di Articolazione:

*Obiettivo specifico regionale a:*

Indicatore: incontri con i MMG (Ordine dei Medici della provincia di Campobasso e di Isernia);

Modalità: un incontro per ciascuna provincia (Campobasso ed Isernia);

Fonte di verifica: attestazione dell'Assessorato regionale alla Politiche per la Salute;

Valore baseline: non rilevato.

*Obiettivo specifico regionale b:*

Indicatore: fornitura di questionari per raccolta dati (ai MMG della provincia di Campobasso e di Isernia nella misura almeno del 30% del totale);



Modalità: due incontri presso l'Ordine dei Medici della provincia di Campobasso e di Isernia;

Fonte di verifica: attestazione dell'Assessorato regionale alla Politiche per la Salute;

Valore baseline: non rilevato.

*Obiettivo specifico regionale c:*

Indicatore: incontri con scuole superiori II grado;

Modalità: un incontro con ciascuna scuola superiore della provincia di Campobasso ed Isernia;

Fonte di verifica: attestazione dell'Assessorato regionale alla Politiche per la Salute;

Valore baseline: non rilevato.

*Obiettivo specifico regionale d:*

Indicatore: incontri con anziani a rischio (centri di aggregazione, centri culturali, musei);

Modalità: due incontri per anno per ciascuna provincia (Campobasso ed Isernia);

Fonte di verifica: attestazione dell'Assessorato regionale alla Politiche per la Salute;

Valore baseline: non rilevato.

*Obiettivo specifico regionale e:*

Indicatore: follow-up dei soggetti considerati a rischio (maschi e femmine di età tra 65-80 anni);

Modalità: pianificazione di un protocollo per visite ed indagini diagnostiche da effettuarsi presso i presidi ospedalieri pubblici di Campobasso ed Isernia;

Fonte di verifica: attestazione dell'Assessorato regionale alla Politiche per la Salute;

Valore baseline: non rilevato.

LA PREVENZIONE PRIMARIA DELLE MALATTIE CRONICHE NON TRASMISSIBILI.

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

		Indicatori degli obiettivi centrali e relativi valori regionali - ESITI AL 2018						Indicatori di processo				
Macrobie- tivo	Obiettivo centrale	Codice Indicatore (Accordo SR 25-3-2015)	Tipo	Valore Baseli- ne	Obiettivo regionale (variazion e attesa al 2018)	Fonte	Titolo della Linea di Inter- vento	Nome indicatore	Valore atteso 2016	Valore atteso 2017	Valore atteso 2018	Sorveglianza/ Fonte
1 Ridurre morbosità, mortalità e disabilità delle Malattie Croniche Non Trasmissibili (MCNT)	7. Corretto stile alimentare (frutta e verdura quotidiana)	1.7.1-2	Quantitativo	46,7%	+10%	SISTEMI DI SORVE- GLIANZA NAZIONALI	LA PREVENZIONE PRIMARIA DELLE MALATTIE CRONICHE NON TRASMISSIBILI	Incontri con Ordini dei MMG (CB-IS)	2			Attestazione dell'Assessor ato regionale alla Politiche per la Salute
	8. Riduzione fumo attivo e passivo	1.4.1	Quantitativo	27,2%	-10%			Fornitura di breve questionari ai MMG (non meno del 30% del totale dei MMG) e feedback	50%	70%	80%	
	9. Incremento attività fisica tra i soggetti attivi	1.9.1-2	Quantitativo	33,4%	+15%			Incontri con gli studenti delle scuole superiori di II grado (% su totale)	30%	50%	80%	
	6. Riduzione assunzione di alcol	1.6.1	Quantitativo	16,7%	-15%			Incontri con popolazione considerata a rischio	4	4	4	
								Follow-up dei soggetti a rischio (n. definito in base alle risposte ai questionari)	15%	20%	30%	





## Titolo dell'intervento:

### PROTEZIONE, PROMOZIONE E SOSTEGNO DELL'ALLATTAMENTO AL SENO

MACRO 1 - RIDURRE IL CARICO PREVENIBILE ED EVITABILE DI MORBOSITÀ, MORTALITÀ E DISABILITÀ DELLE MALATTIE NON TRASMISSIBILI.

**Breve descrizione dell'Intervento programmato:** Il latte materno è un alimento specie specifico che risponde alle esigenze biologiche e psicologiche del piccolo dell'uomo e come tale è un investimento per il benessere psicofisico e affettivo dei giovani.

Il sostegno all'allattamento al seno pone le basi per un sano stile di vita alimentare, in grado di evitare future alterazioni metaboliche e biologiche e apporta benefici effettivi di salute. I dati Nazionali riferiti al valore baseline fornito dall'ISTAT fanno riferimento al 52,5 % di bambini allattati al seno in maniera esclusiva a 6 mesi di vita ( anno 2012-2013) con uno standard previsto del +25%.

Per classificare la tipologia dell'allattamento sono state adottate le seguenti definizioni, raccomandate dall'OMS ed in campo internazionale riconosciute:

- **Esclusivo:** il lattante riceve solo latte materno dalla madre o da una balia, o latte materno spremuto, e nessun altro liquido o solido, ma può ricevere gocce o sciroppi di vitamine, supplementi minerali o farmaci;
- **Predominante:** il lattante riceve solo latte materno e liquidi non nutritivi come acqua semplice o zuccherata, tè, camomilla, tisane, infusioni, succhi di frutta non zuccherati, e può ricevere soluzioni reidratanti orali, gocce o sciroppi di vitamine, supplementi minerali o farmaci. Nessun altro liquido nutritivo è permesso sotto questa definizione;
- **Completato (allattamento parziale o misto):** il bambino riceve latte materno con l'aggiunta d'altri alimenti liquidi (ad esempio latte artificiale, brodo vegetale o di carne), semi liquidi (ad esempio pappe di cereali, frutta, verdura, carne, pesce) o solidi (ad esempio biscotti).
- **Non allattamento al seno** il bambino non riceve latte materno.

Nella Regione Molise, mancano dati epidemiologici recenti sulla prevalenza dell'allattamento al seno, giudicato essenziale dall'OMS e dal Ministero della Salute per la salvaguardia della salute; 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.) ed evidenziarono un **tasso di allattamento** 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).

L'intervento programmato basandosi su evidenze di efficacia (dati) verrà svolto in due momenti principali, il primo con l'intento di rilevare la prevalenza dell'allattamento al seno a 6 mesi di vita, ottenendo i dati tramite un questionario strutturato compilato dalle madri in occasione dei richiami vaccinali fino a sei



anni di vita; il secondo utilizzerà la valutazione del dato statistico per la pianificazione regionale, individuando le azioni a supporto della promozione dell'allattamento al seno a livello ospedale-territorio per il miglioramento dello standard.

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

- Stima della prevalenza di bambini allattati al seno alla fine del sesto mese.
- Pianificazione della qualità dell'offerta intraregionale per la promozione, la facilitazione e il monitoraggio dell'allattamento al seno, per permettere i cambiamenti attesi;
- Verifica dei cambiamenti attesi con un miglioramento dello standard.

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

#### **Obiettivi Specifici Regionali:**

- 1) 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, ottenendo un valore *baseline* regionale di prevalenza di bambini allattati al seno alla fine del sesto mese;
- 2) Programmazione e pianificazione delle **attività** per aumentare la prevalenza di allattamento;
- 3) Valutazione dell'operatività e **raggiungimento degli obiettivi**

**Attori e portatori di interesse:** operatori centri vaccinali, personale sanitario operante nei reparti di Maternità e Consultori.

Figure professionali: Epidemiologi, MMG, pediatri ospedalieri, ostetriche, infermieri, puericultrici, psicologi, assistenti sociali, Pediatri di famiglia. Università, Scuole, Cittadinanza.

**Beneficiari:** i bambini, le mamme, la famiglia.

Gli effetti benefici iniziano in età neonatale e si estendono in età adulta se si proseguono comportamenti alimentari corretti. L'allattamento al seno nei bambini prematuri riduce notevolmente l'incidenza di NEC, previene la SIDS e riduce l'incidenza e la durata delle gastroenteriti in età del lattante, protegge dalle infezioni fino al secondo anno di vita; nella prima infanzia si rilevano gli effetti benefici: sulla prevenzione dell'obesità, migliora lo sviluppo neurocomportamentale, riduce la predisposizione alle allergie, migliora la vista e in età adulta previene l'osteoporosi e alcuni tipi di neoplasie materne.

#### **Fasi di Articolazione:**

##### **Azione iniziale**

- acquisire il dato epidemiologico regionale sulla prevalenza dell'allattamento esclusivo a 6 mesi di vita, aggiornato rispetto ai dati ISTAT (**prevalenza**) e dello studio regionale del 2005 (**tasso**).



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

- Costituzione gruppo Regionale per l'allattamento al seno in affiancamento al Referente Regionale;
- Definizione e attuazione di una policy Aziendale da parte del Direttore Generale 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. Gli interventi di promozione dovranno coinvolgere in azioni coerenti gli operatori degli Ospedali e del Territorio (punti nascita, consultori, pediatri di libera scelta, operatori degli ambulatori dedicati alle vaccinazioni).

### **Azioni operative**

- Attività formative 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.
- Costituzione nei tre punti nascita di un "Ambulatorio di consulenza per l'allattamento al seno" a gestione infermieristica e consulenza pediatrica a richiesta
- Distribuzione di materiale informativo alle gestanti e alle puerpere allo scopo di implementare i comportamenti più adeguati per una corretta alimentazione del neonato. Informazione tramite mass-media.

*Si potranno mettere in atto azioni correttive e piani di miglioramento durante il percorso, eventuale rimodulazione a metà percorso.*

### **Criticità:**

- Assenza in Regione di un osservatorio Epidemiologico strutturato
- 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
- Medici vaccinatori dei piccoli paesi non accorpati ai Centri vaccinali dei Distretti



- Dati strettamente collegati ai tassi di copertura vaccinale e al completamento dei cicli
- Collaborazione con strutture trasversali quali UO ospedaliere, consultori, pediatri di libera scelta, operatori amministrativi regionali ed aziendali.

**Contrasto alle disuguaglianze:**

Nell'ambito delle azioni intermedie funzionali a facilitare l'attuazione degli obiettivi della pianificazione verranno definiti interventi finalizzati al sostegno della popolazione più svantaggiata, in particolare donne migranti la cui presenza sul territorio regionale ha fatto registrare nel corso dei primi mesi dell'anno 2015 un repentino innalzamento.

La Regione Molise, da alcuni anni, affronta problemi amministrativi e contabili di non lieve momento in considerazione della necessità di implementare ed attuare misure per ripianare il disavanzo del settore sanitario; ciononostante si cercherà di attuare azioni appropriate quali corsi per straniere gravide, diffusione di materiale nelle lingue in uso nei paesi di provenienza (inglese, francese, arabo) e utilizzazione di mediatori culturali a sostegno del personale sanitario.



		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
1. Ridurre il carico prevenibile ed evitabile di morbosità, mortalità e disabilità delle malattie non trasmissibili	1.2 Aumentare i bambini in allattamento materno esclusivo fino al sesto mese(180 giorni di vita)	Prevalenza di bambini allattati al seno alla fine del sesto mese.	Quantitativo	ISTAT (prevalenza a 6 mesi 52%) A livello regionale studio 2005:Tasso 30%	25% (Dati ISTAT)	Prevalenza di bambini allattati al seno alla fine del sesto mese	PROTEZIONE, PROMOZIONE E SOSTEGNO ALL'ALLATTAMENTO AL SENO	Numero di bambini sottoposti alle vaccinazioni allattati al seno	30%	40%	65%	REGIONE ASREM -ISTAT ISS
		Attività volte ad aumentare l'allattamento al seno	Qualitativo			Aumento del tasso di allattamento al seno a 6 mesi		Programmazione e pianificazione e operatività delle attività prefissate				



## MACRO 2: PREVENIRE LE CONSEGUENZE DEI DISTURBI NEUROSENSORIALI PROGRAMMA REGIONALE "III" - SCREENING NEONATALI (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 ‰ 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 razionale 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>	Proporzione (%) di neonati sottoposti a screening audiologico neonatale	Regione	quantitativo	comunicazione dai punti nascita alla Regione	circa il 95%
<b>Obiettivi specifico regionale "B"</b>					
<b>Indicatore B1)</b>	Proporzione di soggetti affetti diagnosticati entro il III mese di vita	Regione	quantitativo	comunicazione dai punti nascita alla Regione	circa il 95%
<b>Obiettivo specifico regionale "C"</b>					
<b>Indicatore C1)</b>	Proporzione di soggetti affetti avviati a riabilitazione neurosensoriale	Regione	quantitativo	comunicazione con atti formali	circa il 95%



**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 OTALMOLOGICO NEONATALE

A) Screening audiologico neonatale

Indicatori degli obiettivi centrali e relativi valori regionali								Indicatori di processo				
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	$\cong 95\%$ (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 misconosciute.
- 

Da queste considerazioni deriva che lo screening oftalmologico del pretermine a rischio non può avere lo stesso "timing" per tutti i neonati: esso sarà stabilito in ogni pretermine, in base all'età postconcezionale (età gestazionale + età postnatale), in modo da far coincidere la prima visita con il periodo di comparsa della ROP (29° - 44° settimana postconcezionale) intensificando la sorveglianza tra la 34° e la 42° settimana postconcezionale.

Il trattamento chirurgico di elezione è rappresentato dalla crioterapia e dalla laserterapia 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.

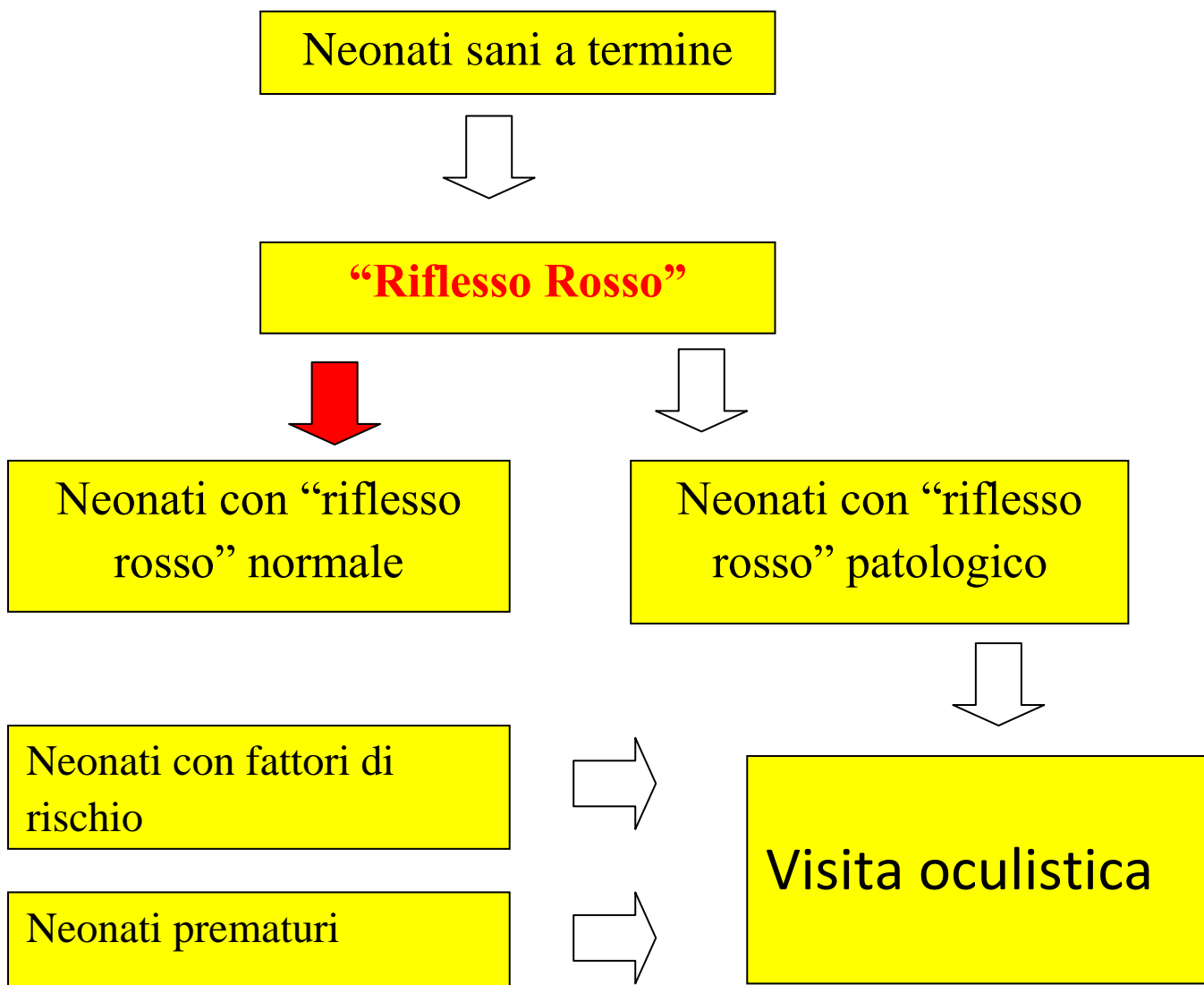
Il problema principale è rappresentato quindi dalla diagnosi precoce e dall'avvio tempestivo al trattamento chirurgico delle forme gravi di ROP presso Centri specializzati extraregionali.

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%
<b>Obiettivi specifico regionale "B"</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 OTALMOLOGICO NEONATALE

A) Screening oftalmologico neonatale

Indicatori degli obiettivi centrali e relativi valori regionali								Indicatori di processo				
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	$\cong 95\%$ (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



**PROGRAMMA REGIONALE "IV" e "V" - DCA N. 24/2015**  
**PROMUOVERE IL BENESSERE MENTALE NEI BAMBINI, ADOLESCENTI E GIOVANI**  
**PREVENZIONE DELLE DIPENDENZE**  
**(MACRO OBIETTIVI: 1, 3, 4)**

**Titolo del Programma:**

**«SCUOLA, SALUTE E BENESSERE»**

**Breve descrizione dell'Intervento:** 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:

- 1) sviluppare le competenze individuali, potenziando conoscenze e abilità;
- 2) qualificare l'ambiente sociale, promuovendo clima e relazioni positive;
- 3) migliorare l'ambiente strutturale e organizzativo, attraverso la creazione o trasformazione di spazi e servizi favorevoli alla salute;
- 4) rafforzare la collaborazione con le comunità locali, costruendo alleanze positive.

A tale scopo, si svilupperanno 3 linee progettuali, conseguenti l'una all'altra, con la creazione di un sistema di alleanze per la promozione della salute, la predisposizione di un «Piano Strategico di azioni multisettoriali e multicomponenti» per la promozione della salute e del benessere mentale dello studente, l'offerta integrata di interventi per l'educazione alla salute nella scuola.

Nell'ambito di detti interventi, si stipulerà un accordo con l'Ufficio Scolastico Regionale del Molise per la promozione di "Regolamenti Interni" alle scuole che favoriscano l'adozione di comportamenti sani in ambito scolastico, incoraggiando l'adesione alla rete di "Scuole che promuovono salute".

In tale accordo si prevederà 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".

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 regionale si articola nei seguenti tre interventi:

1. *Creazione di un sistema di alleanze per la promozione della salute nelle scuole;*
2. *Piano strategico di azioni multisettoriali e multicomponenti per la promozione della salute e del benessere mentale nelle scuole;*
3. *Offerta integrata di interventi per l'educazione alla salute nella scuola;*

Il programma é trasversale e agevola le seguenti intersettorialità:

- Macro-obiettivo 1, obiettivi centrali 1,3,5,6,7,8,10;
- Macro-obiettivo 3, obiettivi centrali 1,2;
- Macro-obiettivo 4, obiettivo centrale 1;
- Macro-obiettivo 5, obiettivo centrale 3;
- Macro-obiettivo 7, obiettivo centrale 6;
- Macro-obiettivo 8, obiettivo centrale 11 e 12;
- Macro-obiettivo 9, obiettivo centrale 7;
- Macro-obiettivo 10, obiettivi centrali 9 e 10.



### **Linea Progettuale 1. Creazione di un sistema di alleanze per la promozione della salute nelle scuole:**

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

Macro 1.1.: Stesura e realizzazione di un piano di azione intersettoriale di promozione della salute in ambito scolastico con definizione di accordi e condivisione di indirizzi con i settori della pianificazione territoriale.

#### **Obiettivi specifici:**

- A. Recepire a livello regionale i Protocolli di intesa del programma Nazionale Guadagnare Salute «*Rendere facili le scelte salutari*»;
- B. Impegnare l'Ufficio Scolastico Regionale nel Sistema di Sorveglianza Nazionale dei rischi comportamentali in età 6-17 anni;
- 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.

**Attori e portatori di interesse:** Regione (Assessorati), Personale sanitario ASReM che attua progetti del Piano Regionale della Prevenzione inerenti i Macro obiettivi sopra specificati, Luoghi di Prevenzione, LILT, dirigenti e personale scolastico, genitori, studenti, operatori del settore alimentare, Forze di Polizia, Associazioni di volontariato, Rappresentanti degli Enti Locali

**Beneficiari:** Popolazione generale, consumatori, studenti, famiglie, personale scolastico.

#### **Fasi di articolazione:**

Obiettivo specifico regionale "A": *Recepire a livello regionale i Protocolli di intesa del programma Nazionale Guadagnare Salute «Rendere facili le scelte salutari»:*

- 1) Analisi dello stato attuale e programmazione di incontri interistituzionali finalizzati alla condivisione dell'obiettivo e alla stesura dei Protocolli di intesa da stipulare nell'ambito del programma Nazionale Guadagnare Salute «*Rendere facili le scelte salutari*»;
- 2) Sottoscrizione di Accordi formali con l'Ufficio Scolastico Regionale, 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;



Obiettivo specifico regionale "B": *Impegnare l'Ufficio Scolastico Regionale nel Sistema di Sorveglianza Nazionale dei rischi comportamentali in età 6-17 anni;*

- 1) Inclusione nel Protocollo di Intesa con l'Ufficio Scolastico Regionale le raccolte dati previste nell'ambito del Sistema 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.);

**Criticità:** Coinvolgimento non adeguato delle istituzioni e dei portatori di interesse; difficoltà di coordinamento degli interessi.

#### **Indicatori:**

**Indicatore di Obiettivo Centrale:** Macro 1.1 Numero di accordi quadro intersettoriali attivati e mantenuti

**Valore Baseline regionale:** non rilevato;

**Standard di riferimento regionale:** n. 5 accordi stipulati secondo la progettazione regionale.

#### **Indicatore di Obiettivo Specifico: Indicatori di processo.**

**Obiettivo specifico regionale "A":** *Recepimento a livello regionale di Protocolli di intesa del programma Nazionale Guadagnare Salute – Rendere facili le scelte salutari*

##### **Indicatore a)**

- *Definizione: N. protocolli d'intesa GS regionali/n. di prot. Intesa GS nazionali;*
- *Fonte: Regione;*
- *Tipologia: quantitativo;*
- *Modalità in cui viene costruito: n. 5 accordi siglati al 2018;*
- *Valore baseline: non rilevato.*



**Obiettivo specifico regionale "B":** *Impegnare l'Ufficio Scolastico Regionale nel Sistema di Sorveglianza Nazionale dei rischi comportamentali in età 6-17 anni.*

**Indicatore b)**

- *Definizione: Compimento indagini previste a livello nazionale per sorveglianze comportamentali si/no;*
- *Fonte: Regione+ISS;*
- *Tipologia: quantitativo;*
- *Modalità in cui viene costruito: n. di indagini portate a termine/n. indagini previste;*
- *Valore baseline: non rilevato.*

**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.*

**Indicatore c)**

- *Definizione: N. Istituzioni coinvolte nel Comitato Interistituzionale*
- *Fonte: Regione*
- *Tipologia: quantitativo*
- *Modalità in cui viene costruito: n. 4 Istituzioni coinvolte*
- *Valore baseline: non rilevato*



***Linea Progettuale 2. Piano strategico di azioni multisettoriali e multicomponenti per la promozione della salute e del benessere mentale nelle scuole:***

MACRO 1.3 - 3.1 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

*Intersectorialità fra Macro-obiettivo 1, obiettivi centrali 1,3,5,6,7,8,10; Macro-obiettivo 3, obiettivi centrali 1,2; Macro-obiettivo 4, obiettivo centrale 1.*

***Obiettivi Specifici:***

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;

E) Inserire nel Piano Strategico interventi a supporto delle scuole nel processo di miglioramento dell'ambiente strutturale e organizzativo;

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;

G) Inserire nel Piano Strategico interventi multicomponenti e intersettoriali in campo alimentare e dell'attività fisica;

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;

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.

L) Sensibilizzare i professionisti della scuola rispetto all'identificazione precoce di soggetti con disturbi psichici e DCA

***Attori e portatori di interesse:*** Assessorati Regionali interessati, Personale sanitario ASReM che attua progetti del Piano Regionale della Prevenzione inerenti i Macro obiettivi sopra specificati, Luoghi di Prevenzione, LILT, Dirigenti e personale scolastico, genitori e studenti, operatori del settore alimentare, Forze di Polizia, Associazioni di volontariato, Rappresentanti degli Enti Locali

***Beneficiari:*** Studenti, famiglie, personale scolastico.

**Fasi di articolazione:**



### **Obiettivi Specifici:**

#### **✓ Obiettivo specifico regionale "D":**

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":**

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":**

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":**

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, al fine di raggiungere il maggior livello possibile di coinvolgimento di docenti, studenti e famiglie;

✓ **Obiettivo specifico regionale "I":**

- 1) Recepire a livello regionale le Linee guida nazionali sulla ristorazione scolastica 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":**

- 1) Sensibilizzare i professionisti della scuola sull'identificazione precoce di soggetti con disturbi psichici e DCA, attraverso incontri con professionisti sanitari riguardo al tema del disagio psico-sociale

**Criticità potenziali:** Inadeguato coinvolgimento e difficoltà di coordinamento delle istituzioni scolastiche, degli Enti Locali e di altri portatori di interesse; scarsa partecipazione del personale sia scolastico che sanitario.

**Indicatori:**

**Obiettivo specifico regionale "D":**

**indicatore d)**

- *Definizione: Realizzazione del Piano Strategico di promozione della salute nella scuola;*
- *Fonte: Regione;*
- *Tipologia: qualitativo;*
- *Modalità in cui viene costruito: presenza/assenza;*
- *Valore baseline: non rilevato.*

**Obiettivo specifico regionale "E":**

**indicatore e)**

- *Definizione: Redazione di Regolamento Interno alle scuole per la promozione della salute;*
- *Fonte: Regione;*
- *Tipologia: qualitativo;*
- *Modalità in cui viene costruito: presenza/assenza;*
- *Valore baseline: non rilevato.*



#### **Obiettivo specifico regionale “F”:**

##### **indicatore f)**

- *Definizione: Integrazione nel Piano Strategico di attività formative sulle teorie del comportamento;*
- *Fonte: Regione;*
- *Tipologia: qualitativo;*
- *Modalità in cui viene costruito: presenza/assenza;*
- *Valore baseline: non rilevato.*

#### **Obiettivo specifico regionale “G”:**

##### **indicatore g1)**

- *Definizione: consumo di frutta e/o verdura almeno 2 volte al giorno;*
- *Fonte: Okkio alla Salute;*
- *Tipologia quantitativo;*
- *Modalità in cui viene costruito: prevalenza bambini 8/9 anni che consumano frutta e/o verdura almeno 2 volte al giorno =  $o > 60,7\%$ ;*
- *Valore baseline: 2014 - 52,8*

##### **indicatore g2)**

- *Definizione: Integrazione nel Piano Strategico di attività formative su educazione nutrizionale ed attività fisica;*
- *Fonte: Regione;*
- *Tipologia: qualitativo;*
- *Modalità in cui viene costruito: presenza/assenza;*
- *Valore baseline: non rilevato.*

#### **Obiettivo specifico regionale “H”:**

##### **indicatore h)**

##### **INDICATORE SENTINELLA**

- *Definizione: N. di scuole che adottano il Piano strategico con almeno l'80% delle classi;*
- *Fonte: raccolta dati ad hoc;*
- *Tipologia: quantitativo;*
- *Modalità in cui viene costruito: N. di scuole che recepiscono/ totale istituti comprensivi = 10 %;*
- *Valore baseline: non rilevato.*

#### **Obiettivo specifico regionale “I”:**

##### **indicatore i)**

- *Definizione: N. di scuole che recepiscono le Linee Guida per la ristorazione e per i distributori;*
- *Fonte: raccolta dati ad hoc;*
- *Tipologia: quantitativa;*
- *Modalità in cui viene costruito: N. di scuole che recepiscono/ totale istituti comprensivi = 10%;*
- *Valore baseline: non rilevato.*

#### **Obiettivo specifico regionale “L”:**

##### **indicatore l)**

- *Definizione: N. di incontri annui fra professionisti sanitari e della scuola;*
- *Fonte: raccolta dati ad hoc;*
- *Tipologia: quantitativa;*
- *Modalità in cui viene costruito: n. incontri realizzati/anno = almeno 3 al 2018;*
- *Valore baseline: non rilevato.*



### **Linea Progettuale 3.: Offerta integrata di interventi per l'educazione alla salute nella scuola**

*Intersectorialità fra Macro-obiettivo 5, obiettivo centrale 3; Macro-obiettivo 7, obiettivo centrale 6; Macro-obiettivo 8, obiettivo centrale 11 e 12; Macro-obiettivo 9, obiettivo centrale 7; Macro-obiettivo 10, obiettivi centrali 9 e 10.*

#### **Obiettivo Specifico:**

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 di cui alla Linea progettuale 2.

**Attori e portatori di interesse:** Assessorati Regionali, Personale sanitario ASReM che attua progetti del Piano Regionale della Prevenzione inerenti i Macro obiettivi sopra specificati, Luoghi di Prevenzione, LILT, Dirigenti e personale scolastico, genitori e studenti, operatori del settore alimentare, Forze di Polizia, Associazioni di volontariato, Rappresentanti degli Enti Locali

**Beneficiari:** Studenti, famiglie, personale scolastico.

#### **Fasi di Articolazione:**

##### **✓ Obiettivo specifico regionale "M":**

- 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;
- 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 disuguaglianze.
- 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)

**Criticità potenziali:** Difficoltà di coinvolgimento e di coordinamento degli attori dei vari interventi e delle scuole

#### **Indicatori:**

##### **Obiettivi specifico regionale "M":**

###### **indicatore m)**

- *Definizione: N. di Progetti/interventi informativi integrati e inclusi nel catalogo;*
- *Fonte: dati raccolti ad hoc;*
- *Tipologia: quantitativo;*
- *Modalità in cui viene costruito: n .5 Progetti inclusi al 2018;*
- *Valore baseline: non rilevato.*



Tabella riepilogativa n. 1

Titolo del Programma: Scuola salute e benessere:

Linea progettuale 1: *Creazione di un sistema di alleanze per la promozione della salute nella scuola*

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
Macro 1 Ridurre il carico prevenibile ed evitabile di morbosità e 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	Numero di accordi quadro stipulati	Da definire	Da definire	Da definire	A) Ricepire a livello regionale Protocolli di intesa del programma Nazionale Guadagnare Salute – rendere facili le scelte salutari -;  B) Impegnare l'Ufficio Scolastico Regionale nel Sistema di Sorveglianza Nazionale dei rischi comportamentali in età 6-17 anni;  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.	CREAZIONE DI UN SISTEMA DI ALLEANZE PER LA PROMOZIONE DELLA SALUTE NELLA SCUOLA	a) N. protocolli d'intesa GS regionali/n. di prot. Intesa GS nazionali  b) Compimento indagini previste a livello nazionale per sorveglianze comportamentali si/no  c) n. Istituzioni coinvolte nel Comitato Interistituzionale	a) Stesura di almeno un accordo intersettoriale;  b) Compimento indagini previste a livello nazionale per sorveglianze comportamentali  c) n. 2 Istituzioni coinvolte nel Comitato Interistituzionale	a) Stesura di almeno tre accordi intersettoriali;  b) Compimento indagini previste a livello nazionale per sorveglianze comportamentali  c) n. 3 Istituzioni coinvolte nel Comitato Interistituzionale	a) Stesura di almeno cinque accordi intersettoriali;  b) Compimento indagini previste a livello nazionale per sorveglianze comportamentali  c) n. 4 Istituzioni coinvolte nel Comitato Interistituzionale	REGIONE



Tabella riepilogativa n. 2

Titolo del Programma: Scuola salute e benessere

Linea progettuale 2: *Piano strategico di azioni multisettoriali e multicomponenti per la promozione della salute nella scuola*

Indicatori degli obiettivi centrali e relativi valori regionali						Indicatori di processo						
Macroobiettivo	Obiettivi centrali	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
<p>1.3 Promuovere il potenziamento dei fattori di protezione (<i>life skill, empowerment</i>) e l'adozione di comportamenti sani (alimentazione, attività fisica, fumo e alcol) nella popolazione giovanile e adulta (genitori e personale scolastico)</p> <p>Vedi anche MACRO 3.1.</p>	<p>Macro 1.3 - Macro 3.1. Promuovere il potenziamento dei fattori di protezione (<i>life skill, empowerment</i>) e l'adozione di comportamenti sani (alimentazione, attività fisica, fumo e alcol) nella popolazione giovanile e adulta</p> <p>Macro 1.5 Estendere la tutela dal fumo passivo</p>	<p>Proporzione di istituti scolastici che aderiscono (con almeno l'80% delle classi) alla progettazione regionale specifica</p>	<p>quantitativo</p>	<p>Non rilevato</p>	<p>10% a livello regionale</p>	<p>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;</p>	<p>PIANO STRATEGICO DI AZIONI MULTISETTORIALI E MULTICOMPONENTI PER LA PROMOZIONE DELLA SALUTE NELLA SCUOLA</p>	<p>d) Realizzazione del Piano Strategico di promozione della salute nella scuola</p>	<p>d) presenza;</p>			Regione
						<p>E) Inserire nel Piano Strategico interventi a supporto delle scuole nel processo di miglioramento dell'ambiente strutturale e organizzativo</p>		<p>e) Redazione di Regolamento Interno alle scuole per la promozione della salute</p>				



Indicatori degli obiettivi centrali e relativi valori regionali						Indicatori di processo						
Macroobiettivo	Obiettivi centrali	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
	Macro 1.6 Ridurre il consumo di alcol a rischio  Macro 1.7 Aumentare il consumo di frutta e verdura :  Macro 1.8 Ridurre il consumo eccessivo di sale  Macro 1.10.4 Aumentare l'offerta di approccio comportamentale o Farmacologico per le persone con MCNT					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;  G) Inserire nel Piano Strategico interventi multicomponenti e intersettoriali in campo alimentare e dell'attività fisica;		f) Integrazione nel Piano Strategico di attività formative sulle teorie del comportamento  g1) consumo di frutta e/o verdura almeno 2 volte al giorno  g2) Integrazione nel Piano Strategico di attività formative su educazione nutrizionale ed attività fisica	g1) prevalenza bambini 8/9 anni che consumano frutta e/o verdura almeno 2 volte al giorno > 55,0%  g2) presenza;	g1) prevalenza bambini 8/9 anni che consumano frutta e/o verdura almeno 2 volte al giorno > 58,0%	g1) prevalenza bambini 8/9 anni che consumano frutta e/o verdura almeno 2 volte al giorno = o > 60,7%	Regione



Indicatori degli obiettivi centrali e relativi valori regionali						Indicatori di processo						
Macroobiettivo	Obiettivi centrali	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
						<p>H) Promuovere l'adozione degli interventi del Piano Strategico sopra indicato presso le singole Istituzioni Scolastiche;</p> <p>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.</p>		<p>h) n. di scuole che adottano il Piano strategico con almeno l'80% delle classi</p> <p>i) n. di scuole che recepiscono le Linee Guida per la ristorazione e per i distributori</p>	<p>h) Proporzione di Istituti scolastici che hanno aderito con almeno l'80% delle classi = 3%;</p> <p>i) Proporzione di scuole che recepiscono/ totale istituti comprensivi = 3%;</p>	<p>h) Proporzione di Istituti scolastici che hanno aderito con almeno l'80% delle classi = 6%</p> <p>i) Proporzione di scuole che hanno recepito = 6%;</p>	<p>h) Proporzione di Istituti scolastici che hanno aderito con almeno l'80% delle classi = 10%;</p> <p>i) Proporzione di scuole che hanno recepito = 10%;</p>	Regione/USR
Macro 3 Promuovere il benessere mentale nei bambini, adolescenti e giovanili	Macro 3.2 Identificare tempestivamente i soggetti con problemi emozionali e/o comportamentali e di disagio sociale	Proporzione di soggetti in età adolescenziale-giovanile con sintomi psichiatrici e/o DCA	quantitativo	Non rilevato	Almeno un incontro all'anno	L) Sensibilizzare i professionisti della scuola rispetto all'identificazione precoce di soggetti con disturbi psichici e DCA	Promozione del benessere mentale dello studente	I) n. di incontri annui fra professionisti sanitari e della scuola	I) n. incontri realizzati/anno = 1	I) n. incontri realizzati/anno = 2	I) n. incontri realizzati/anno = 3	Regione



Tabella riepilogativa n. 3:

Linea progettuale 3: *Offerta integrata di interventi per l'educazione alla salute nella scuola*

Macroobiettivo	Obiettivi centrali	Indicatori degli obiettivi centrali e relativi valori regionali				Obiettivo specifico regionale	Titolo della Linea di Intervento	Indicatori di processo				
		Nome indicatore	Tipo	Valore di baseline	Standard di riferimento (Variazione attesa)			Nome indicatore	Valore atteso 2016	Valore atteso 2017	Valore atteso 2018	Sorveglianza Fonte
<p>Macro 5: Prevenire gli incidenti stradali e ridurre la gravità dei loro esiti</p> <p>Macro 7: Prevenire infortuni e malattie professionali</p> <p>Macro 8: Ridurre le esposizioni ambientali potenzialmente dannose per la salute</p> <p>Macro 9: Ridurre la frequenza di infezioni/malattie infettive prioritarie</p> <p>Macro 10 Rafforzare le attività di prevenzione in sicurezza alimentare</p>	<p>Macro 5.3 Aumentare i soggetti con comportamenti corretti alla guida</p> <p>Macro 7.6 Coinvolgere l'Istituzione Scolastica in materia di SSL nei futuri lavoratori</p> <p>Macro 8.11.1 Sensibilizzare la popolazione sul corretto uso dei telefoni cellulari, Macro 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>Macro 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>Macro 10. 9 Aumentare l'offerta di alimenti idonei a soggetti allergici e intolleranti, ivi incluse le persone celiache,</p> <p>Macro 10.10 ridurre i disordini da carenza iodica</p>	Vedi progetti specifici regionali	Vedi progetti specifici regionali	Vedi progetti specifici regionali	Vedi progetti specifici regionali Vedi progetto specifico regionale	M) Includere gli specifici progetti regionali/interventi informativi nel catalogo delle offerte del Piano Strategico per la promozione della salute nelle scuole ed integrarli con quelli degli altri macro-obiettivi, di cui alla Linea progettuale 2	OFFERTA INTEGRATA DI INTERVENTI PER L'EDUCAZIONE ALLA SALUTE NELLA SCUOLA	m) Numero di progetti regionali/interventi informativi inclusi ed integrati nel catalogo delle offerte del Piano Strategico per la promozione della salute nelle scuole	n. di progetti inclusi = 3	n. di progetti inclusi = 4	n. di progetti inclusi = 5	Regione





## **Titolo dell'intervento:**

SCREENING ANDROLOGICO NEGLI ADOLESCENTI.

MACRO 3 - Promuovere il benessere mentale nei bambini, adolescenti e giovani.

**Razionale:** Lo screening andrologico ha come obiettivi la individuazione precoce di anomalie a livello dell'apparato genitale maschile esterno, che sono in grado di influenzare negativamente la sfera sessuale e/o determinare una riduzione della fertilità nell'età adulta.

La individuazione precoce di queste anomalie permette di prevenire disturbi psicologici frequentemente collegati a tali problemi; si ritiene pertanto, in ragione dei contenuti dell'Intesa Stato-Regioni 13 novembre 2014 - REp. 156 e segnatamente quelli di cui al Macro Obiettivo 3 «Promuovere il benessere mentale nei bambini, adolescenti e giovani» di replicarne l'espletamento anche nell'ambito del Piano operativo regionale della prevenzione della regione Molise per il periodo 2015-2018.

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

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

Un significativo ruolo epidemiologico, informativo, diagnostico e terapeutico veniva svolto dalla Sanità Militare Interforze durante la visita militare di leva, che in effetti, veniva ad essere la prima visita medica di controllo in ambito uro-genitale dopo il periodo puberale.

Con l'abrogazione del Servizio obbligatorio di leva questo importantissimo filtro viene a mancare.

Con il Piano regionale della prevenzione 2010-2013 la Regione Molise ha avviato, con carattere di continuità e sistematicità, lo screening per la ricerca delle malformazioni dell'apparato genitale esterno maschile, varicocele in particolare, sui ragazzi di 13-14 anni frequentanti la terza media.

L'iniziativa, realizzata con l'impegno sinergico della Pediatria di Comunità e l'ambulatorio di andrologia della U.O. di Urologia del PO di Campobasso è ovviamente orientata alla identificazione di individui ad alto rischio di sterilità a causa di varicocele e implementazione di azioni che possano confermare e poi indirizzare il soggetto alla terapia (chirurgica) risolutiva.

L'esperienza maturata, sia in termini di adesione degli istituti scolastici che di popolazione "target" (alunni di III media) è positiva e, pertanto, da proseguire.

Si confermano pertanto del fasi dell'impianto progettuale che schematicamente posso essere individuate nelle seguenti:

- 1) mappatura degli istituti scolastici ;
- 2) accordi con i dirigenti;



- 3) informazione ai ragazzi e loro genitori secondo le modalità già implementate con il PRP 2010-2013;
- 4) screening andrologico agli aderenti (previa acquisizione del consenso informato scritto dell'esercente la potestà genitoriale);
- 5) comunicazione ai parenti nei casi di positività;
- 6) ecocolordoppler ai positivi;
- 7) indicazione di terapia.

I dati riferiti alle attività del 2013 sono i seguenti:

premesso che la Regione Molise ha provveduto, nel corso dell'anno 2013, all' accorpamento di alcuni istituti scolastici i plessi scolastici coinvolti sono stati n. 21 della provincia di Isernia e n. 23 della provincia di Campobasso.

Sono stati contattati 908 alunni in totale (ultimo anno scuola media inferiore);

sono stati visitati 530 alunni in totale di cui n. 110 sono risultati positivi allo screening.

La conferma con ecocolordoppler si é avuta per n. 72 casi.

#### OBIETTIVO CENTRALE

Promuovere il potenziamento dei fattori di protezione nella popolazione giovanile

#### INDICATORE 3.1.1

Proporzione degli Istituti scolastici che aderiscono con almeno l'80% delle classi alla progettazione specifica

#### OBIETTIVO SPECIFICO REGIONALE

Eseguire, a beneficio di tutti i ragazzi molisani frequentanti la III media (13/14 anni), lo screening per la ricerca delle malformazioni dell'apparato genitale esterno maschile in generale e varicocele in particolare.

#### INDICATORI:

- a) % scuole coinvolte;
- b) % ragazzi coinvolti;
- c) % ragazzi sottoposti a screening.

**Target:** Alunni III media delle scuole delle due province molisane

**Setting:** Scuola

**Attori e portatori di interesse:** Alunni e loro famiglie, SSR, in particolare PLS e MMG eUSR.

#### **Criticità**

- a) Parcellizzazione degli Istituti scolastici;
- b) difficoltà di approccio e di accettazione da parte di genitori e ragazzi; si presterà maggiore cura alla comunicazione informativa per incrementare la *compliance* almeno fino al 70% del totale dei ragazzi eleggibili.

**Contrasto alle disuguaglianze:** Lo screening verrà offerto universalmente a ciascun ragazzo del segmento "target".



### MACRO 3: *Screening andrologico negli adolescenti*

Indicatori degli obiettivi centrali e relativi valori regionali								Indicatori di processo				
Macroobiettivo	Obiettivo centrale	Nome indicatore	Tipo	Obiettivo specifico regionale	Valore di baseline	Standard di riferimento (Variazione attesa)	Titolo della Linea di Intervento	Nome indicatore	Valore atteso 2016	Valore atteso 2017	Valore atteso 2018	Sorveglianza/ Fonte
3. PROMUOVERE IL BENESSERE MENTALE NEI BAMBINI, ADOLESCENTI E GIOVANI	3.3 Promuovere il potenziamento dei fattori di protezione nella popolazione giovanile	3.1.1 Proporzione degli Istituti scolastici che aderiscono con almeno l'80% delle classi alla progettazione specifica	Quantitativo	Screening andrologico a tutti i ragazzi molisani frequentanti la III media	% scuole coinvolte $\cong$ 80%	OK	SCREENING ANDROLOGICO NEGLI ADOLESCENTI	% scuole coinvolte	80%	80%	80%	REGIONE - AZIENDA SANITARIA REGIONALE
					% ragazzi coinvolti (III media) frequentanti Istituti coinvolti $\cong$ 100%	OK		% ragazzi coinvolti (III media)	100%	100%	100%	
					% ragazzi sottoposti a screening $\cong$ 58% (anno 2013)	70%		% ragazzi sottoposti a screening	60%	65%	70%	



**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%).

Anno 2013				Anno 2012			2013 vs 2012%		
Province	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.

#### OBIETTIVI SPECIFICI

- a. Sviluppo di un sistema di sorveglianza integrato per il monitoraggio del fenomeno e la possibile definizione di modelli previsionali;
- b. Promozione di comportamenti di guida responsabile.

#### Destinatari Intermedi

- a. Per le attività di Sviluppo di un sistema di sorveglianza integrato per il monitoraggio del fenomeno e la possibile definizione di modelli previsionali: Osservatorio Epidemiologico, Pronto Soccorso dei tre Presidi Ospedalieri, operatori del SET 118;
- b. Per le attività di Promozione di comportamenti di guida responsabile: Operatori sanitari della ASReM (Dipartimento di Prevenzione, referenti per la Promozione della salute e corretti stili di vita, referenti Epidemiologia, Medicina Legale, SERT, Distretti Socio-Sanitari, personale sanitario e non); Ufficio Scolastico Territoriale; Associazioni di categoria (autoscuole, gestori di locali pubblici, società sportive, ecc.); Forze dell'Ordine (Polizia Locale, Polizia Stradale, Carabinieri);
- c. Per gli Interventi di prevenzione e contrasto dei comportamenti connessi all'uso di sostanze psicoattive alla guida dei veicoli:
  - SERT
  - Dipartimenti di Prevenzione e Pronto Soccorso della Regione Molise
  - Assessorato ai Trasporti della Regione
  - Prefettura
  - Corpo di Polizia Municipale e altre Forze di Polizia Stradale operanti sul territorio regionale



- d. Per le Attività di documentazione e disseminazione: Dipartimento di Prevenzione, Distretti Socio-Sanitari e altre Associazioni interessate.

### **Destinatari Finali**

Si identificano come principali *setting* di intervento: scuola, autoscuola, ambienti di lavoro, servizi sanitari, luoghi informali di ritrovo nel tempo libero e sedi istituzionali.

Far acquisire nei giovani ed adulti 15-40 anni conoscenze e competenze per una guida responsabile (attraverso la realizzazione di interventi informativo-formativo-educativi in contesti aggregativi/del divertimento e in contesti educativi/formativi).

### **Attività**

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);
- Analisi e report.

Risultati attesi: Report regionale e produzione modello previsionale.

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

#### Azioni

B.1) 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);
- n. iniziative implementate a livello regionale.

B.2) 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 seggiolini.

B.3) 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.

Risultati attesi: come da sottostante tabella "indicatori di processo".





Indicatori degli obiettivi centrali e relativi valori regionali								Indicatori di esito				
Macroobiettivo	Obiettivo centrale	Nome indicatore	Tipo	Valore baseline	Standard di riferimento (valore atteso)	Obiettivo specifico regionale	Titolo della linea di intervento	Nome indicatore	Valore atteso al 2016	Valore atteso al 2017	Valore atteso al 2018	Sorveglianza Fonte
6. Prevenire gli incidenti stradali e ridurre la gravità dei loro esiti	5.1. Ridurre il numero dei decessi per incidente stradale	Tasso di decessi per incidente stradale	Quantitativo	83 per milione di abitanti, nella regione Molise	continuare il trend positivo già rilevato nel biennio 2013-2012	Migliorare la descrizione della distribuzione territoriale, della evoluzione temporale e dell'impatto sanitario dell'incidentalità stradale	STRADA SICURA	Numero di decessi per milione di abitanti	77	71	66	Rilevazione ACI/ISTAT
	5.2. ridurre il numero di ricoveri ospedalieri per incidente stradale	Percentuale di ricoveri per incidente stradale sul totale dei ricoveri per traumatismi e avvelenamenti	Quantitativo	7,2%	6,4%	Promozione di comportamenti di guida responsabili		Percentuale di ricoveri per incidente stradale sul totale dei ricoveri per traumatismi e avvelenamenti	6,9%	6,7%	6,4%	SDO



5.3. Aumentare i soggetti con comportamenti corretti alla guida	1. proporzione di soggetti che utilizzano dispositivi di sicurezza per adulti e bambini	Quantitativo:	Cintura di sicurezza nei sedili posteriori: 20,2%	30,3%	Migliorare l'adeguatezza degli interventi per il controllo degli illeciti penali	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"	23%	26%	30,3%	Sistema di sorveglianza PASSI
	2: incrementare e consolidare il comportamento atto ad evitare la guida sotto l'effetto dell'alcool		Casco in moto: 95,3%	100%		prevalenza di persone di età 18-69 anni che sono salite su una motocicletta/scooter/motorino e che, alla domanda sull'uso del casco quando vanno in motocicletta/scooter/motorino sia in città che fuori, rispondono "sempre"	96,5%	98,5%	100%	
			prevalenza di persone di età 18-69 anni 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 bevanda alcolica: 8,7%	6%		una prevalenza di persone di età 18-69 anni 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 bevanda alcolica.	7,8%	6,9%	6%	



Obiettivi centrali e regionali			Indicatori di processo					
Macroobiettivo	Obiettivo centrale	Obiettivo specifico regionale	Indicatore	Valore baseline	Valore atteso al 2016	Valore atteso al 2017	Valore atteso al 2018	Sorveglianza Fonte
6. Prevenire gli incidenti stradali e ridurre la gravità dei loro esiti	5.1. Ridurre il numero dei decessi per incidente stradale  5.2. ridurre il numero di ricoveri ospedalieri per incidente stradale  5.3. Aumentare i soggetti con comportamenti corretti alla guida	A) Migliorare la descrizione della distribuzione territoriale, della evoluzione temporale e dell'impatto sanitario dell'incidentalità stradale	Implementazione presso le UO PS di software per flusso informativo tematico	n.r.	OK	OK	OK	REGIONE-ASREM
			Recupero dati da altre fonti utili	n.r.	OK	OK	OK	
			Report regionale (banca dati)	n.r.	-	-	OK	
		B) Promozione di comportamenti di guida responsabili	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 ;	n.r.	Modulo condiviso con stakeholders	1 corso formativo per operatori	1 corso formativo per operatori	
			Sensibilizzazione all'uso dei dispositivi di ritenuta (c.d."seggolini") sui sedili posteriori	n.r.		1 intervento educativo per 50% scuole coinvolte come da protocollo con USR	1 intervento educativo per 50% scuole coinvolte come da protocollo con USR	
			Migliorare la conoscenza dei rischi correlati all'OSAS nel sonno e la capacità di diagnosi precoce da parte dei MMG e dei medici competenti	n.r.		1 iniziativa regionale	1 iniziativa regionale	
						1 evento ECM realizzato	1 evento ECM realizzato	



**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	Tipo di lesione	Numero totale	Maschi	Femmine
0-14 aa	46	40	Contusione, abrasione, stiramento	450	156	294
15-64 aa	496	631	Ferita, lacerazione, scuoiamento	544	273	271
> 65 aa	361	151	Frattura chiusa	299	77	222
<b>Ambiente di casa</b>	<b>N. incidenti domestici</b>		Frattura aperta	6	1	5
Cucina		309	Lussazione, distorsione	205	86	119
Bagno		156	ustione	48	14	34
Camera da letto		158				
Scale/ballatoi		116				
Sala da pranzo/soggiorno		99				
esterni		175				
<b>Giorno della settimana</b>	<b>Numero di incidenti domestici</b>					
Lunedì		275				
Martedì		243				
Mercoledì		235				
Giovedì		218				
Venerdì		248				
Sabato		254				
domenica		252				



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 intersectorialità che contraddistingue la presente tematica.

#### **Obiettivo centrale 6.1: RIDURRE GLI INCIDENTI DOMESTICI E DEL TEMPO LIBERO.**

**Obiettivo specifico:** In esito ad incontri informativi sul PNP 2014-2018 presso la Direzione Generale per la salute della regione Molise è emersa l'urgenza di migliorare, e per taluni attori di avviare, la collaborazione tra le Istituzioni; il *setting* di riferimento del presente programma, ossia la «Collettività» impone la interazione di Comuni, Scuola, Università, INAIL, Associazioni ed ONLUS (Federsanità- ANCI), ivi incluse associazioni imprenditoriali e professionali.

Dalla interazione delle specifiche competenze con le strutture dell'ASREM ci si propone di sviluppare un percorso di prevenzione condiviso ed efficace nell'ottica del raggiungimento dell'effettiva riduzione degli incidenti domestici cui segue un ricovero ospedaliero.

**Attori e portatori di interessi:** Le Istituzioni (Comuni, Scuola, Università, INAIL), le Associazioni ed ONLUS (Federsanità- ANCI), oltre che le associazioni imprenditoriali e professionali promuoveranno con informazione/opuscoli/incontri la prevenzione degli infortuni domestici.

**Beneficiari:** Popolazione generale.



### Fasi di articolazione:

- A. costituzione della Rete
- B. pianificazione delle azioni convergenti:
  - 1. opuscoli presso centri commerciali: elaborazione, distribuzione nei maggiori centri commerciali (almeno % nei Comuni più popolosi) distribuiti nel territorio regionale;
  - 2. incontri con referenti per l'educazione alla salute delle Istituzioni scolastiche: due incontri presso l'USP di Campobasso e Isernia;
  - 3. cartellonistica per indicazioni preventive affissi nei luoghi di aggregazione (scuole, stadi, chiese, comuni, ospedali: elaborazione dei cartelli con diffusione in 10/59 Istituti scolastici, 5/20 stadi, 20/139 comuni , 1/3 ospedali);
  - 4. interventi in 20/35 centri sociali per anziani.

Elementi di criticità nell'efficace implementazione dell'azione e, dunque, nel raggiungimento dell'obiettivo possono annidarsi sia nel reclutamento del personale da coinvolgere, soprattutto con riferimento a quegli Enti e/o categorie che possono ritenersi non coinvolti "in prima persona" ovvero "in modo diretto ed immediato" nel problema, sia più in generale nel coordinamento strutturato delle azioni dei vari attori.

### Indicatori

Indicatore centrale : tasso annuale di incidenti domestici seguiti da ricovero ospedaliero (in aumento del 27% negli ultimi tre anni a livello nazionale).

Dalle SDO, rispetto al trend nazionale, emerge per la regione Molise un andamento in controtendenza, verosimilmente anche in ragione delle politiche informative messe in atto, relativamente agli incidenti in ambito domestico, con il precedente PRP 2010-2012: vero é che, su base regionale, nel 2012 ci sono stati 539 incidenti domestici seguiti da ricovero, nel 2013 si é registrata una flessione con 519 casi mentre nel primo semestre 2014 si sono registrati 251 casi (su base annua ipotetica: circa 502 casi).

L'obiettivo regionale, pertanto, é quello del mantenimento del trend positivo in termini di progressiva minore casistica.

Attraverso le SDO si valuterà il raggiungimento dei seguenti valori per *step* cronologico:

- 31.12.2016: non oltre 480;
- 31.12.2017: non oltre 470;
- 31.12.2018: non oltre 460.

### Obiettivo centrale 6.2: AUMENTARE IL LIVELLO DI ATTIVITA' FISICA NEGLI ULTRA 64ENNI.

L'azione é definita nell'ambito degli interventi regionali per ridurre il carico prevenibile ed evitabile di morbosità, mortalità e disabilità delle malattie non trasmissibili (MACRO 1) - Obiettivi centrali 1.9; 1.11 cui si rinvia (trasversalità - intersettorialità).



**Obiettivo centrale 6.3: 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.**

Quanto al sistema di sorveglianza "Okkio alla Salute" si rinvia al programma regionale «Scuola, Salute e Benessere»; ivi specificate le intersettorialità.

"PASSI d'Argento" è un sistema di sorveglianza della popolazione ultrasessantaquattrenne che prende in considerazione alcuni aspetti di salute e malattia da osservare al fine produrre informazioni utili per orientare in modo appropriato e consapevole le scelte di politica sanitaria afferenti la promozione della salute ovvero la presa in carico delle patologie peculiari e ricorrenti in questo segmento di popolazione.

Il sistema è già attivo nella Regione Molise.

**Obiettivo specifico regionale:**

Estensione alla Regione Molise del modulo opzionale PASSI che indaga sull'aver ricevuto informazioni, da parte degli operatori sanitari, su come prevenire gli infortuni domestici.

Con riferimento alla sorveglianza PASSI D'ARGENTO le informazioni riguarderanno, in particolare, la prevenzione delle cadute in casa.

Avvio della rilevazione entro 2 anni.

**Attori e portatori di interessi:** Le Istituzioni interessate alla prevenzione.

**Beneficiari:** popolazione generale e ultra64enni.

**Fasi di articolazione:**

- a) Inserimento nel sistema del modulo opzionale;
- b) inizio attività (sorveglianze PASSI - PASSI D'ARGENTO, OKKIO);
- c) raccolta dati;
- d) rilevazione e report.

**Indicatori**

- Attivazione del modulo certificata dal referente PASSI;
- Report certificato dalla Regione entro 2 anni.

**Contrasto alle disuguaglianze:** Le sorveglianze, attraverso il rilevamento di comportamenti individuali e stili di vita e successivo studio alla luce di indicatori socioeconomici (istruzione, lavoro, reddito) consentono di definire ed implementare interventi preventivi mirati e con più alto grado di appropriatezza per i segmenti di popolazione molisana più svantaggiati.

**Obiettivo centrale 6.4: MIGLIORARE LA CONOSCENZA DEL FENOMENO E DELLE AZIONI PREVENTIVE DA PARTE DI OPERATORI SANITARI, MMG, PLS.**

Il maggior numero di pazienti che subiscono infortuni domestici sono anziani ultra 64enni e bambini sotto i 5 anni: è indispensabile, per una efficace prevenzione, una appropriata informazione diretta a pazienti, soprattutto anziani, genitori di bambini piccoli, *caregivers*; in tale ottica è fondamentale il ruolo di MMG e



PLS, ma anche di altri operatori sanitari, come quelli presenti negli ospedali pubblici e privati (informazioni all'atto delle dimissioni).

**Obiettivo specifico:** Diffondere la cultura dell'informazione sulla prevenzione degli incidenti domestici ad adulti e ultra64enni, con il coinvolgimento prioritario degli operatori sanitari che hanno più contatti con tale popolazione, ossia MMG e PLS ma senza trascurare gli operatori presenti negli ospedali pubblici e privati che posso veicolare le informazioni all'atto delle dimissioni dei pazienti.

**Attori e portatori di interessi:** SSR in generale, MMG, PLS, operatori sanitari.

**Beneficiari:** popolazione generale e ultra64enni.

#### **Indicatori**

Sistemi di sorveglianza PASSI e PASSI D'ARGENTO.

La proporzione attesa di soggetti anche ultra64enni che ha ricevuto adeguata informazione sulla prevenzione degli incidenti domestici ed in particolare sulle cadute é la seguente per *step* cronologici:

- 31.12.2016 popolazione generale 16%  
Ultra64enni 24%
- 31.12.2017 popolazione generale 20%  
Ultra64enni 30%
- 31.12.2018 popolazione generale 26%  
Ultra64enni 34%

#### **Obiettivo centrale 6.4: MIGLIORARE LA CONOSCENZA DEL FENOMENO DEGLI AVVELENAMENTI IN AMBIENTE DOMESTICO.**

Con riferimento all'obiettivo centrale 6.5. si intende migliorare, nella Regione Molise, la qualità dei flussi informativi relativi ai traumatismi e avvelenamenti/intossicazioni secondari ad incidente domestico, sia attraverso i dati rilevati dal sistema informativo del Pronto Soccorso (SINIACA), sia avvalendosi del contributo informativo delle basi dati RENCAM e SDO.

**Obiettivo specifico:** Creazione banca dati ed elaborazione di report annuale.

**Attori e portatori di interessi:** SSR in generale; Molise Dati SpA

**Beneficiari:** Popolazione generale.

#### **Fasi di articolazione:**

- a) costituzione del format di dati da richiedere;
- b) coordinamento tra PS (SINIACA), Molise Dati (SDO) e RENCAM;
- c) flussi di dati;
- d) report annuale.

#### **Indicatori**

Attivazione della banca dati certificato dalla Regione.

Report annuale certificato dalla Regione.



Indicatori degli obiettivi centrali e relativi valori regionali								Indicatori di processo				
Macroobiettivo	Obiettivo centrale	Nome indicatore	Tipo	Valore al baseline	Standard di riferimento (valore atteso)	Obiettivo specifico regionale	Titolo della linea di intervento	Nome indicatore	Valore atteso al 2016	Valore atteso al 2017	Valore atteso al 2018	Sorveglianza/fonte
6. Prevenire gli incidenti domestici	6.1. Ridurre gli incidenti domestici e del tempo libero	Tasso annuale di incidenza degli incidenti domestici seguiti da ricovero per fasce di età e genere	Quantitativo numero di ricoveri	89868 ricoveri a livello nazionale; 519 ricoveri nel 2013 nella Regione Molise.	fermare il trend in ascesa presente a livello nazionale	Diminuire il numero di ricoveri per incidenti domestici	CASA SICURA	Numero di ricoveri	480	470	460	SDO
	6.2. Aumentare il livello di attività fisica negli ultra64enni	Proporzione di ultra64enni fisicamente attivi	Quantitativo punteggio PASE rilevato con Passi d'Argento	78	90	Aumentare il numero di anziani fisicamente attivi		PASE	80	85	90	Passi d'Argento
	6.3. Aumentare la conoscenza e la consapevolezza dei rischi e delle misure di prevenzione attuabili nella popolazione generale e a rischio, nei genitori e nei <i>care-giver</i>	Adegua-mento del sistema di sorve-glianza (Passi, Okkio alla Salute, Passi d'Argento entro 2 anni)	Assicurare che il sistema PASSI abbia il modulo opzionale che indaga sull'aver ricevuto dagli operatori sanitari informazioni su come prevenire infortuni domestici. Passi d'Argento rileva la proporzione di anziani che hanno ricevuto informazioni su come prevenire le cadute in particolare le cadute in casa	Non presente	attivazione	Attivazione e rilevazione dati		Attivazione Report	100%	100%	100%	Regione



Indicatori degli obiettivi centrali e relativi valori regionali								Indicatori di processo				
Macroobiettivo	Obiettivo centrale	Nome indicatore	Tipo	Valore al baseline	Standard di riferimento (valore atteso)	Obiettivo specifico regionale	Titolo della linea di intervento	Nome indicatore	Valore atteso al 2016	Valore atteso al 2017	Valore atteso al 2018	Sorveglianza/fonte
6. Prevenire gli incidenti domestici	6.4. Migliorare la conoscenza del fenomeno e delle azioni di prevenzione da parte degli operatori sanitari, MMG e PLS	Proporzione di persone che hanno ricevuto informazioni da operatori sanitari (PASSI-Passi D'Argento entro 5 anni)	Prevalenza di persone di età 18-69 anni che dichiarano di aver ricevuto nei 12 mesi precedenti l'intervista, informazioni da operatori sanitari su come prevenire infortuni domestici. Prevalenza di ultra64enni che dichiarano di aver ricevuto, nei 12 mesi precedenti l'intervista, informazioni su come evitare cadute in casa	Adulti 18-69 anni: 13%  Ultra 64enni: 17%	26%  34%	Diffondere l'informazione sulla prevenzione degli incidenti domestici ad adulti e ultra64enni, con il coinvolgimento degli operatori sanitari	CASA SICURA	Rilevazione di proporzione di adulti e anziani ultra64enni che hanno ricevuto informazioni	16%  24%	20%  30%	26%  34%	Passi d'Argento - Passi
	6.5. Migliorare la conoscenza del fenomeno degli avvelenamenti in ambiente domestico	Potenziamento flussi informativi strutturati per la conoscenza degli avvelenamenti in ambito domestico	Produzione di un report sul fenomeno degli avvelenamenti in ambito domestico	Non rilevato	Produzione di un report	Creazione banca dati ed elaborazione di report annuale		Produzione di report annuale	100%	100%	100%	Regione



## MACRO 7: PREVENIRE INFORTUNI E MALATTIE PROFESSIONALI PROGRAMMA REGIONALE "VIII" - DCA N. 24/2015

### Descrizione del Programma:

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.

Il numero degli occupati è 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 è pari, rispettivamente, al 62% e 38%; nel 2012 si è 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, è l'aumento occupazionale del settore «Servizi» che copre circa il 65% del totale; il dato regionale è tendenzialmente in linea con i valori nazionali.

Si è 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.

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 è verificato un decremento degli infortuni riconosciuti pari al 27% a livello nazionale; nettamente migliore è 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.

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 è 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.

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 si propone:

- l'implementazione su tutto il 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.

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.

**Contrasto alle disuguaglianze:** La tutela della salute e della sicurezza nei luoghi di lavoro, sebbene oggetto, a livello nazionale, di ponderosa normazione, si scontra sul piano pratico con numerosi fattori di disuguaglianza, non tutti di immediata percezione; inoltre l'«effettività» della tutela 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 secondari sono, inoltre, fattori di tipo culturale.



Sul piano del miglioramento della efficacia delle attività di controllo della *compliance* da parte dei destinatari delle norme verranno mantenute e ampliate le specifiche attività implementate con il precedente Piano 2010-2013 con riferimento ai comparti dell'Edilizia e dell'Agricoltura che costituiscono segmenti di assoluto rilievo nell'economia regionale e sul piano degli eventi infortunistici.

I singoli interventi in cui si articola il presente programma sono definiti in relazione al contesto produttivo regionale sempre con particolare attenzione al sostegno, sul piano della promozione delle conoscenze e di acquisizione delle competenze, di quelle categorie di lavoratori che presentano più evidenti caratteristiche di fragilità (lavoratori stranieri, addetti in microimprese, lavoratori stagionali, lavoratori occupati in settori con più elevato tasso infortunistico ecc).

#### OBIETTIVI CENTRALI:

- 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;
- INCREMENTARE LA COLLABORAZIONE TRA OPERATORI SANITARI PER FAVORIRE L'EMERSIONE ED IL RICONOSCIMENTO DELLE MP;
- SOSTENERE IL RUOLO DI RLS/RLST E DELLA BILATERALITA';
- PROMUOVERE/FAVORIRE L'ADOZIONE DA PARTE DELLE IMPRESE DI BUONE PRASSI E PERCORSI DI RESPONSABILITA' SOCIALE;
- PROMUOVERE/FAVORIRE PROGRAMMI DI MIGLIORAMENTO DEL BENESSERE ORGANIZZATIVO NELLE AZIENDE;
- COINVOLGERE L'ISTITUZIONE SCOLASTICA NELLO SVILUPPO DELLE COMPETENZE IN MATERIA DI SSL NEI FUTURI LAVORATORI;
- PROMUOVERE IL COORDINAMENTO DELL'ATTIVITA' DI VIGILANZA E L'APPROCCIO DI TIPO PROATTIVO DEI SERVIZI PUBBLICI ATTRAVERSO L'ADOZIONE DI PIANI INTEGRATI DI PREVENZIONE DEGLI INFORTUNI;
- MIGLIORARE LA QUALITA' E L'OMOGENEITA' DELL'ATTIVITA' DI VIGILANZA ANCHE ATTRAVERSO L'INCREMENTO DELL'UTILIZZO DI STRUMENTI DI *ENFORCEMENT* QUALI L'AUDIT.



## **Titolo dell'Intervento:**

### **7.1. - PERFEZIONAMENTO DEI SISTEMI DI CONOSCENZA DEI RISCHI E DEI DANNI DA LAVORO.**

**Razionale:** Nella Regione Molise la programmazione, la realizzazione ed il coordinamento delle attività di prevenzione nei luoghi di lavoro, su base regionale, sono affidate, in relazione agli specifici bisogni territoriali, ai Servizi PSAL dell'Azienda sanitaria regionale (ASREM), alle DTL, ai Comandi Provinciali dei VV.FF.; purtroppo bisogna osservare che il Comitato Regionale di Coordinamento (CRC) ex art. 7 D.L.vo 81/08 e DPCM 21/12/2007 e rispettive emanazioni rappresentate dai Comitati Provinciali e Ufficio Operativo, risultano, in Regione, pressoché inattivi e, de facto, privati di queste funzioni.

Inoltre da diversi anni sono in uso i "Flussi Informativi" regolarmente implementati dall'Inail ma non adeguatamente utilizzati come strumenti informativi e programmatori dai Servizi PSAL della Regione.

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; ciò nonostante, con notevole ritardo la Regione (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).

Il Piano regionale 2015-2018 deve necessariamente perseguire l'obiettivo centrale di «implementare il grado di utilizzo dei sistemi e strumenti informativi di cui agli atti di indirizzo del Comitato ex art.5 del D.L.vo 81/08, approvati mediante Accordo di Conferenza tra Stato e Regioni», sia attraverso un uso efficace degli strumenti già in uso (vale a dire i Flussi Informativi, dati Spisal etc.) ma anche con l'introduzione di altri sistemi di rilevazione e sorveglianza attiva degli infortuni gravi e mortali (Sistema INFORMO) e di sorveglianza delle Malattie professionali (MALPROF).

Tutto ciò deve essere finalizzato alla comunicazione dei dati ottenuti, per una corretta e complessiva conoscenza epidemiologica, attraverso la produzione di un "Report Annuale Regionale" strutturato secondo appropriati criteri stabiliti in seno al CRC.

**Obiettivo Centrale:** 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.L.vo 81/08 approvati mediante Accordo di conferenza tra Stato e regioni.

**Obiettivo specifico:** Migliorare l'utilizzo del Sistema informativo Regionale per la prevenzione nei luoghi di lavoro.

#### **Indicatori di obiettivo centrale e relativi valori regionali:**

a) introduzione di sistema di rilevazione infortuni gravi e mortali – INFORMO;



- b) introduzione sistema di sorveglianza malattie professionali– MALPROF;
- c) produzione di report regionale annuale relativo al monitoraggio dei rischi e danni da lavoro e dei sistemi informativi introdotti (INFORMO e MALPROF)

**Valori baseline regionali:**

- a) non rilevato;
- b) non rilevato;
- c) non rilevato.

**Standard di riferimento regionale (valore atteso):**

- a) sistema attuato;
- b) sistema attuato ;
- c) un report annuale

**Attori e portatori di interesse:** 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.

**Beneficiari:** Operatori dei Spsal, delle DTL, Comandi VV.FF., Inail, Organizzazioni del lavoro.

**Fasi di articolazione:**

- 1) Individuazione nel CRC del personale dedicato alle varie fasi di implementazione (Gruppo regionale di lavoro);
- 2) Delibera approvazione introduzione sistema INFORMO e Sistema MALPROF entro il 2016;
- 3) Formazione operatori SPSAL utilizzo del sistema INFORMO entro il 2016;
- 4) Formazione operatori SPSAL utilizzo Sistema MALPROF entro il 2016;
- 5) Implementazione di L.G. per la redazione del report da parte di gruppo di lavoro dedicato del CRC entro il 2016;
- 6) Utilizzo dei sistemi e produzione di report nei SPSAL entro il 2017;
- 7) Elaborazione dati e redazione del report regionale da parte del CRC entro il 2018;
- 8) Pubblicazione del report su sito web Regione Molise entro il 2018;
- 9) Diffusione del report attraverso incontri con operatori delle istituzioni e associazioni di categoria entro il 2018.

**1) Indicatori di obiettivo specifico: indicatori di processo:**

**Obiettivo specifico regionale “a”:** Introduzione e messa a regime del sistema INFORMO nei SPSAL:

**Indicatore di processo:**

- Definizione: sistema INFORMO;
- Fonte: Regione;
- Tipologia: qualitativo;
- Modalità in cui viene costruito: atto formale regionale, corsi di formazione;
- Valore *baseline*: non presente.

**Obiettivo specifico regionale “b”:** Introduzione e messa a regime del sistema MALPROF nei SPSAL:



**Indicatore di processo:**

- Definizione: sistema MALPROF;
- Fonte: Regione;
- Tipologia: qualitativo;
- Modalità in cui viene costruito: atto formale regionale, corsi di formazione;
- Valore *baseline*: non presente.

- **Obiettivo specifico regionale “c”:** Implementazione sistema informativo regionale

**Indicatore di processo:**

- Definizione: Report informativo regionale;
- Fonte: Regione;
- Tipologia: qualitativo;
- Modalità in cui viene costruito: atto formale regionale;
- Valore *baseline*: non presente.





		Indicatori degli obiettivi centrali e relativi valori regionali						Indicatori di processo				
Macrobie ttivo	Obiettivo centrale	Nome indicatore	Tipo (quantitativo o qualitativo)	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
Prevenire infortuni e malattie profession nali	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 approvati mediante accordo di conferenza tra Stato e Regioni	7.1.1 Introduzione sistema rilevazione infortuni gravi e mortali – INFORMO	Qualitativo	Non Rilevato	Sistema Attuato	Utilizzo del Sistema INFORMO nei SPSAL	PERFEZIONA MENTO DEI SISTEMI DI CONOSCENZA DEI RISCHI E DEI DANNI DA LAVORO.	Sistema INFORMO	Approvazione da parte del CRC del sistema INFORMO e del relativo corso formazione per Operatori Spsal	Sistema introdotto ed operativo (report)	ok	Regione Molise  (Atti del CRC)
		7.1.2 Introduzione Sistema di sorveglianza Malattie Professionali MALPROF	Qualitativo	Non Rilevato	Sistema Attuato	Utilizzo del Sistema MALPROF nei SPSAL		Sistema MALPROF	Approvazione da parte del CRC del sistema MALPROF e del relativo corso formazione per Operatori Spsal	Sistema introdotto ed operativo (report)	ok	
		7.1.3 Produzione di report regionale annuale relativo al monitoraggio dei rischi e dei danni da lavoro e dei sistemi informativi introdotti (INFORMO e MALPROF)	Qualitativo	Non Rilevato	Un Report annuale	Implementazione Sistema Informatico Regionale		Report Informativo Regionale	Approvazione da parte del CRC di L.G. per strutturazion e di un report regionale		Report annuale	



## **Titolo dell'Intervento:**

### **7.2. - EMERSIONE DEL FENOMENO TECNOPATICO.**

**Razionale dell'intervento:** Nella Regione Molise, con riferimento all'anno 2012, si è registrato un andamento delle denunce di malattie professionali in controtendenza rispetto al dato nazionale complessivo e di circa la totalità delle altre regioni; infatti mentre le m.p. denunciate e segnalate sono aumentate nel resto dell'Italia esse sono diminuite nel Molise portandosi da 241 dell'anno 2011 a 217 nell'anno 2012.

Questo dato può essere considerato normale ove inserito in un quadro di crisi economica comportante una diminuzione dell'occupazione; tuttavia, se si passa ad analizzare in maniera più specifica i fattori di rischio e la tipologia di patologie riscontrate, si nota subito che le uniche patologie in aumento rispetto alle altre sono quelle da sovraccarico biomeccanico, in particolare del rachide ed arti superiori, a fronte della diminuzione delle ipoacusie da rumore, delle malattie respiratorie, dermatologiche, psichiche, tumorali etc.

Ebbene l'aumento delle denunce delle patologie da sovraccarico biomeccanico è da attribuire, senza ombra di dubbio, all'obbligo della loro denuncia sancita con il D.M del 10/06/2014 (gruppo 2): quindi non si tratterebbe di un dato di aumento della prevalenza ma di un fenomeno di emersione di cosiddette "malattie perdute" a cui deve aggiungersi anche la maggiore semplicità del loro *iter* diagnostico e la peculiarità del quadro clinico nonché della prognosi *quod valetudinem* (validità fisica) che aumentano il ricorso delle persone alle cure sanitarie.

Per altre patologie, come ad esempio quelle da esposizione ad agenti cancerogeni, chimici ovvero da stress lavoro correlato, il più complesso iter diagnostico, curativo e prognostico fa passare in second'ordine l'etiologia lavorativa e, di conseguenza, tali patologie non vengono denunciate né segnalate; quindi è indispensabile che anche per queste malattie, apparentemente meno prevalenti, venga ricercato il nesso causale con l'attività lavorativa per aumentarne la denuncia e, auspicabilmente il riconoscimento di malattia professionale.

Pertanto il compito che il presente intervento si propone di perseguire è essenzialmente quello di rendere sistematico, metodologico e collaborativo il percorso di riconoscimento del nesso di causalità tra patologie e lavoro da parte di sanitari quali medici dei Dipartimenti di Prevenzione, medici dell'Inail, delle strutture ospedaliere, medici specialisti ambulatoriali, medici competenti, medici legali dei patronati e organizzazioni sindacali e medici di Medicina Generale.

**Obiettivo Centrale:** 7.2 - Incrementare la collaborazione tra operatori sanitari per favorire l'emersione ed il riconoscimento delle malattie professionali.

**Obiettivo specifico:** 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 agricoltura, costruzioni ed a rischio cancerogeno/chimico e sovraccarico muscolo-scheletrico.

#### **Indicatori di obiettivo centrale e relativi valori regionali:**

- a) Emersione del fenomeno tecnopatico misurata mediante l'incremento delle segnalazioni e delle denunce delle malattie lavoro correlate per comparto o per rischi oggetto di



intervento quali: comparto agricolo forestale, comparto delle costruzioni, rischio cancerogeno e chimico, rischio apparato muscolo scheletrico;

b) Istituzione di un report regionale annuale.

**Valori baseline regionali:** a) n. 217 denunce m.p. relative al 2012; b) report regionale assente.

**Standard di riferimento regionale (valore atteso):**

a) +10% del valore baseline, vale a dire 23 per un totale di 250;

b) messa a regime di report regionale con cadenza annuale.

**Attori e portatori di interesse:** Medici degli Spsal, dell'Inail, Università.

**Beneficiari:** Lavoratori; Operatori dei Spsal, Inail, Medici competenti, Medici di Medicina Generale, Medici Specialisti Ambulatoriali, medici strutture ospedaliere.

**Fasi di articolazione:**

- 1) Implementazione “protocolli operativi” da parte dei medici dei Spsal e Inail sul riconoscimento del nesso di causa tra patologie e attività lavorativa nell’ambito dei comparti di intervento, ad uso delle categorie di sanitari beneficiari entro il 2015;
- 2) incontri informativi/formativi dei medici dei Spsal, Inail con la collaborazione dell’Università, diretti alle varie categorie di medici beneficiari in numero di almeno 2 per anno per il 2016 e 2017;
- 3) istituzione e stesura di un “report regionale” annuale sulle m.p. su proposta del CRC e formalizzazione/approvazione con atto deliberativo regionale entro 2018.

**Indicatori di obiettivo specifico: indicatori di processo:**

**Obiettivo specifico regionale “a”:** incremento n. denunce/segnalazioni m.p. del 10% su dati anno 2012:

**indicatore di processo:**

- Definizione: n. denunce/segnalazioni m.p.;
- Fonte: Spsal, Inail;
- Tipologia: quantitativo;
- Modalità in cui viene costruito: denunce/segnalazioni di m.p. pervenute ai Spsal, Inail;
- Valore baseline: + 10% di dato anno 2012 ( $217 + 23 = 250$ ).

**Obiettivo specifico regionale “b”:** istituzione di report regionale annuale.

**indicatore di processo:**

- Definizione: un report regionale;
- Fonte: regione;
- Tipologia: qualitativo;



- Modalità in cui viene costruito: atto formale approvazione regionale;
- Valore baseline: non rilevato;

**Obiettivo specifico regionale “c”:** realizzazione di corsi di formazione per categorie sanitarie

**indicatore di processo:**

- Definizione: n. corsi di formazione;
- Fonte: Spsal, Inail, Università;
- Tipologia: quantitativo;
- Modalità in cui viene costruito: realizzazione di incontri diretti formativi con categorie di sanitari beneficiari;
- Valore baseline: non rilevato.



		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
Prevenire infortuni e malattie professionali	7.2 Incrementare la collaborazione tra operatori sanitari per favorire l'emersione ed il riconoscimento delle malattie professionali	7.2.1. Emersione del fenomeno tecnopatico misurata mediante l'incremento delle segnalazioni e delle denunce delle malattie lavoro correlate per comparto o per rischi oggetto di intervento quali: comparto agricolo forestale, comparto delle costruzioni, rischio cancerogeno e chimico, rischio apparato muscolo scheletrico	Quantitativo	N. 217 denunce m.p. relative al 2012	+10% del valore baseline per un totale di 250 denunce	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: agricoltura, costruzioni, rischio cancerogeno/chimico, sovraccarico muscolo-scheletrico	EMERSIONE DEL FENOMENO TECNOPATICO	Corsi di formazione diretti a categorie sanitarie beneficiarie	N. 2 corsi effettuati	N. 2 corsi effettuati	+10% denunce anno 2012 per un totale di 250	SPSAL, INAIL, UNIVERSITÀ
		7.2.2. Istituzione di un report regionale annuale	Qualitativo	Report assente	Un Report annuale attivato			Report Informativo Regionale	Report annuale	Report annuale	Report annuale	SPSAL, INAIL REGIONE



## **Titolo dell'intervento:**

### **7.3. - 7.4. SOSTEGNO AL RUOLO DEI RLS, ORGANISMI BILATERALI E RESPONSABILITÀ SOCIALE D'IMPRESA.**

**Razionale:** Nella Regione Molise il ruolo dei RLS, degli Organismi Paritetici Bilaterali e dei Datori di lavoro in tema di Responsabilità Sociale di Impresa, risulta, eccetto per qualche iniziativa isolata e sporadica come per la Cassa Edile in materia di formazione delle Imprese del settore edile, ancora del tutto formale e/o marginale.

Pertanto, con questo programma la Regione Molise, si propone l'obiettivo di sostenere, attraverso la programmazione, in seno e con il supporto del Comitato Regionale di Coordinamento ex art.7 D.L.vo 81/08:

a) il ruolo dei RLS e degli Organismi paritetici bilaterali territoriali nella realizzazione di iniziative consistenti nella individuazione di soluzioni tecniche, organizzative e formative in materia di tutela della salute, sicurezza e benessere dei lavoratori, rivolte alle piccole e micro imprese, ai lavoratori autonomi e dei servizi ed ai settori produttivi più a rischio;

b) la promozione della cultura della Responsabilità sociale d'impresa, intesa come rispetto dei diritti umani, sociali, economici, ambientali, valorizzazione delle risorse umane, sviluppo delle competenze professionali, sostenibilità ambientale delle attività e integrazione dei lavoratori provenienti da altri paesi etc. Per tali finalità la Regione Molise, attraverso il CRC, promuove l'adozione da parte dei Datori di Lavoro di pratiche socialmente responsabili intese come adesione volontaria a codici di condotta e buone prassi, discipline e tutele sociali e ambientali nello svolgimento di attività amministrative, produttive e commerciali e nei rapporti con lavoratori, clienti, utenti (stakeholders) ecc.

Le discipline e le buone prassi liberamente adottate dai Datori di Lavoro devono tendere a realizzare livelli di tutela maggiori rispetto a quelli discendenti dagli obblighi di legge, con particolare riferimento ai seguenti ambiti :

- regolarità e stabilità dei rapporti di lavoro;
- pari opportunità tra uomini e donne;
- riduzione dei rischi negli ambienti di lavoro;
- benessere psicofisico, integrazione e coesione dei lavoratori, specie disabili;
- partecipazione e condivisione di tutte le componenti dei processi lavorativi con i lavoratori e rappresentanze (RLS etc); - qualificazione professionale dei lavoratori;
- tutela ambientale e sviluppo sostenibile;
- contrasto allo stress lavoro correlato con modifiche organizzative;
- integrazione degli immigrati;
- contrasto al mobbing;
- tutela della gravidanza e della maternità;
- manutenzione delle attrezzature e degli ambienti di lavoro;
- rischi relativi a malattie non tabellate;
- progettazione e riprogettazione ergonomica dei posti di lavoro.

## **Obiettivo Centrale:**

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.

**Obiettivo specifico:**

7.3: a) Programmazione in seno al CRC ex art.7 D.L.vo 81/08 di azioni di promozione 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

7.4: b) Programmazione in seno al CRC ex art.7 D.L.vo 81/08 di azioni di promozione per la promozione della responsabilità sociale d'impresa quali buone prassi, codici, discipline etc su materie elencate nel "razionale"

**Indicatori di obiettivo centrale e relativi valori regionali:**

- a) Adozione di programmazione in seno al CRC di azioni di promozione per il sostegno al ruolo di RLS/RLST e bilateralità;
- b) Adozione di programmazione in seno al CRC di azioni di promozione per la promozione della responsabilità sociale d'impresa.

**Valori baseline regionali:**

- a) assenza documento programmatico;
- b) assenza documento programmatico.

**Standard di riferimento regionale (valore atteso):**

- a) documento adottato e attuato;
- b) documento adottato e attuato.

**Attori e portatori di interesse:** componenti del Comitato Regionale di Coordinamento, INAIL, clienti, utenti (*stakeholders*).

**Beneficiari:** Organizzazioni Datoriali, Organizzazioni sindacali dei Lavoratori, datori di lavoro e lavoratori etc.

**Fasi di articolazione:**

- 1) Individuazione nel CRC del personale dedicato alle varie fasi di programmazione (gruppo di lavoro) entro il 2016;
- 2) Delibera approvazione programmazione entro il 2016;
- 3) attuazione attività di promozione dell'obiettivo specifico "a" entro il 2016/2017/2018 mediante n. 2 interventi informativi/anno
- 4) attuazione attività di promozione obiettivo specifico "b" entro 2016/2017/2018 mediante n.2 interventi formativi/anno.

**Obiettivo specifico: Indicatori di processo.**

**Obiettivo specifico regionale "a":** Adozione di programmazione in seno al CRC di azioni di promozione per il sostegno al ruolo di RLS/RLST e bilateralità.

**Indicatore di processo:**

- Definizione: Adozione programma e interventi formativi;
- Fonte: Regione;



- Tipologia: quali-quantitativo;
- Modalità in cui viene costruito: atto regionale e implementazione corso di formazione;
- Valore *baseline*: non rilevato.

**Obiettivo specifico regionale “b”:** Adozione di programmazione in seno al CRC di azioni di promozione per la promozione della responsabilità sociale d’impresa.

**Indicatore di processo:**

- Definizione: Adozione programma e interventi formativi;
- Fonte: Regione;
- Tipologia: quali-quantitativo;
- Modalità in cui viene costruito: atto regionale e implementazione corso di formazione;
- Valore *baseline*: non rilevato.





		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
Prevenire infortuni e malattie professionali	7.3 Sostenere il ruolo di RLS/RLST e della bilateralità	7.3.a) Adozione di programmazione in seno al CRC di azioni di promozione per il sostegno al ruolo di RLS/RLST e bilateralità	a) qualitativo	a) assenza documento programmatico	a) documento attuato	a) programma promozione ruolo RLS/RLST e bilateralità in piccole e microimprese, lavoratori autonomi e servizi e settori produttivi a rischio	SOSTEGNO AL RUOLO DEI RLS, ORGANISMI BILATERALI E RESPONSABILITÀ SOCIALE D'IMPRESA.	a) Programma regionale azioni di promozione Ruolo RLS/RLST	Adozione programma	n. 2 interventi formativi	n. 2 interventi formativi	REGIONE INAIL
	7.4 Promuovere/ favorire l'adozione da parte delle imprese di buone prassi e percorsi di responsabilità sociale	7.4.b) Adozione di programmazione in seno al CRC di azioni di promozione per la promozione della responsabilità sociale	b) qualitativo	b) assenza documento programmatico	b) documento attuato	b) programma promozione responsabilità sociale d'impresa		b) Programma regionale azioni di promozione Responsabilità sociale d'impresa	Adozione programma	n. 2 interventi formativi	n. 2 interventi formativi	



## **Titolo dell'intervento:**

### **7.5 - PROMOZIONE DI PROGRAMMI DI MIGLIORAMENTO DEL BENESSERE ORGANIZZATIVO NELLE AZIENDE: PREVENZIONE DEI RISCHI DA SLC (STRESS LAVORO-CORRELATO).**

**Razionale:** Le «linee programmatiche regionali» di cui al DCA n. 24/2015 riportano, tra l'altro, i dati dei flussi informativi INAIL sull'andamento delle malattie professionali denunciate nell'anno 2012 nella Regione Molise; in detto anno le MP denunciate assommano a 217 ma tra queste non si registrano disturbi psichici qualificabili come conseguenti a disfunzioni dell'organizzazione del lavoro ovvero da costrittività/incongruenze organizzative.

Il fenomeno é significativamente diverso rispetto a quello che si registra in altre regioni; in Italia, negli ultimi dieci anni le denunce di MP da stress lavoro-correlato (SLC) sono state 4.000 di cui il 13% riconosciute, ossia circa 500.

E' necessario evidenziare che lo stress correlato ad attività lavorativa risulta, in Europa, al secondo posto tra i problemi di salute riconducibili al lavoro, immediatamente dopo i disturbi muscolo-scheletrici.

Nella regione Molise non si registrano esperienze significative aventi ad oggetto interventi di prevenzione ovvero di promozione della salute inseriti, in modo sistematico e coordinato, nella programmazione del Comitato regionale di Coordinamento; vero é che, negli ultimi anni, sono state avviate sporadiche iniziative promozionali e formative ad opera di singoli soggetti privati e delle PPAA.

Il presente intervento, pertanto, si propone di affrontare la problematica dei rischi connessi allo SLC in modo coerente e strutturato, con riferimento alle imprese e alla PA, al fine di migliorare sia le competenze-conoscenze degli operatori dei Servizi PSAL, sia dei soggetti aziendali della prevenzione cui é prioritariamente diretta l'attività di informazione, formazione, assistenza, vigilanza.

**Obiettivo centrale:** 7.5 - Promuovere-favorire di programmi di miglioramento del benessere organizzativo nelle aziende.

**Obiettivo specifico:** Promuovere-favorire di programmi di miglioramento del benessere organizzativo nelle aziende nei settori e comparti considerati maggiormente a rischio (aziende in cui si effettua lavoro organizzato in turni ed in orario notturno, Strutture sanitarie, conduzione di autobus, settore metalmeccanico, chimico ecc.).

**Indicatori di obiettivo centrale e relativi valori regionali:** Programmazione in seno al CRC ex art. 7 D. Lgs. n. 81/08 di azioni di promozione per il sostegno della prevenzione dei rischi da incongruenze organizzative.

**Valore *baseline* regionale:** non rilevato.

**Standard di riferimento regionale (valore atteso):** programmazione specifica all'interno della generale programmazione annuale del CRC della Regione Molise.

**Attori e portatori di interesse:** Regione - ASREM.

**Beneficiari:** Operatori dei Servizi PSAL, DL, RLS, RLST, MC, lavoratori.



### Fasi dell'intervento:

- a) pianificazione di attività di monitoraggio della valutazione del rischio SLC in aziende di vari settori all'interno del CRC per gli anni 2016-2017-2018;
- b) pianificazione corso informativo/formativo su SLC indirizzato agli operatori degli SPSAL con incontri nel biennio 2017-2018 e un seminario nel corso dell'anno 2018;
- c) pianificazione corso informativo/formativo su SLC indirizzato ai soggetti della prevenzione aziendale, con incontri nel biennio 2017-2018 e un seminario nel corso dell'anno 2018.

### Indicatori di processo:

**Indicatore "A":** Piano monitoraggio della valutazione del rischio SLC in un campione di 20 aziende:

- **Definizione:** Adozione piano del CRC - aziende monitorate;
- **Fonte:** Regione;
- **Tipologia:** quantitativo;
- **Modalità in cui viene costruito:** Atto formale regionale; n. verbali di ispezione, report regionale;
- **Valore baseline:** non rilevato.

**Indicatore "B":** programma informativo/formativo su SLC indirizzato agli operatori degli SPSAL:

- **Definizione:** Adozione programma del CRC; n. incontri informativi/formativi;
- **Fonte:** Regione - Gruppo tecnico del CRC, ASREM;
- **Tipologia:** quantitativo;
- **Modalità in cui viene costruito:** Atto formale regionale; report Asrem;
- **Valore baseline:** non rilevato.

**Indicatore "C":** programma informativo/formativo su SLC indirizzato ai soggetti della prevenzione aziendali:

- **Definizione:** Adozione programma del CRC; n. incontri informativi/formativi;
- **Fonte:** Regione - Gruppo tecnico del CRC, ASREM-Servizi PSAL;
- **Tipologia:** quantitativo;
- **Modalità in cui viene costruito:** Atto formale regionale; n. verbali di ispezione;
- **Valore baseline:** non rilevato.



		Indicatori degli obiettivi centrali e relativi valori regionali						Indicatori di processo				
Macro-biettivo	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
Prevenire infortuni e Malattie professionali	7.5 Promuovere-favorire programmi di miglioramento del benessere organizzativo nelle aziende	7.5.1. Adozione di programmazioni e in seno ai Comitati regionali di coordinamento ex art. 7 D. Lgs. n. 81/08 di azioni di promozione per la prevenzione dei rischi da incongruenze organizzative	Quantitativo	Non rilevato	Programmazione specifica all'interno della generale programmazione annuale del CRC della Regione Molise	Promuovere e/o favorire programmi di miglioramento del benessere organizzativo nelle aziende	PREVENZIONE DEI RISCHI DA SLC	Piano monitoraggio della valutazione rischio SLC in campione di aziende	Adozione piano regionale in seno al CRC	Almeno 20 aziende monitorate	Almeno 20 aziende monitorate	Regione
								Programma informativo/ formativo per operatori Servizi PSAL dell'ASREM	Adozione programma regionale in seno al CRC	n. 2 incontri informativi/ formativi	Seminario	ASREM
								Programma informativo / formativo per soggetti della prevenzione aziendale	Adozione programma regionale in seno al CRC	n. 2 incontri informativi/ formativi	Seminario	ASREM



## **Titolo dell'intervento:**

### **7.6 - FORMAZIONE ALLA SICUREZZA E SALUTE SUL LAVORO NELLA SCUOLA.**

**Razionale dell'intervento:** La formazione alla salute e sicurezza sul lavoro è una misura di tutela generale disposta dall'art. 15 del D.L.vo 81/08. Essa consiste, essenzialmente, nell'acquisizione di competenze e abilità atte a prevenire l'insorgenza, sul posto di lavoro e durante l'espletamento del lavoro, di infortuni e malattie professionali.

Pertanto è importante che i "curricola scolastici" degli istituti di secondo grado ubicati nel territorio regionale vengano integrati con programmi di formazione generale del lavoratore ex art.37 del D.L.vo n.81/08 e vengano organizzati anche corsi di formazione in materia di "primo soccorso", "antincendio" (art. 37 D.L.vo n. 81/08), acquisizione di requisiti professionali per l'assunzione del ruolo di addetto e/o responsabile del Servizio di Prevenzione e Protezione aziendali (art.32 D.L.vo n. 81/08), acquisizione dei requisiti professionali per l'assunzione del ruolo di Coordinatore in fase di progettazione e Coordinatore in fase di esecuzione dei lavori in cantiere.

Il compito che si propone la presente azione è quello di implementare attività formative aventi ad oggetto la sicurezza e salute sul lavoro dei futuri lavoratori, da espletarsi nelle scuole molisane sulla base di un protocollo di intesa tra Regione e Ufficio Scolastico Regionale.

L'obiettivo specifico regionale si concreta nel coinvolgimento degli istituti scolastici di secondo grado, ubicati nel territorio regionale, nella formazione degli studenti afferenti alle classi dell'ultimo anno; si cercherà di agevolare l'adesione ai programmi di promozione della salute e sviluppo di competenze in materia di salute e sicurezza sul lavoro auspicabilmente della totalità (100%) dello standard (Istituti - classi target) individuato a livello di Accordo.

Infine, si sottolinea il carattere di trasversalità che questo programma, nella sua fase esecutiva, condivide con altri programmi come il IV: Scuola, Salute e benessere. (cfr. Linee Programmatiche Regionali approvate con Decreto del Commissario ad Acta n. 4 del 22 aprile 2015).

**Obiettivo Centrale:** 7.6 — Coinvolgere l'istituzione scolastica nello sviluppo delle competenze in materia di salute e sicurezza sul lavoro nei futuri lavoratori.

**Obiettivo specifico:** 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.

**Indicatori di obiettivo centrale e relativi valori regionali:** proporzione di istituti scolastici che aderiscono alla progettazione regionale specifica, di tutela della salute e sicurezza sul lavoro, inserita nei programmi integrati di promozione della salute.

#### **Valori *baseline* regionali:**

- a) Numero di istituti scolastici di II grado: non rilevato (standard regionale da definire);



b) Numero di classi dell'ultimo anno afferenti agli istituti: non rilevato (standard regionale da definire).

**Standard di riferimento regionale (valore atteso):** da definire d'intesa con l'Ufficio Scolastico Regionale (l'Accordo SR del 25-03-2015 - Rep. Atti n. 56/CSR impone di raggiungere almeno l'80% dello standard individuato dalla Regione con un minimo del 10% delle scuole coinvolte);

**Attori e portatori di interesse:** Regione, Ufficio scolastico regionale, dirigenti e docenti scolastici, operatori dei SPSAL.

**Beneficiari:** studenti

**Fasi di articolazione:**

- a) stipula accordo tra Regione e Ufficio Scolastico Regionale entro il 2016;
- b) definizione programma di formazione alla salute e sicurezza sul lavoro entro il 2016;
- c) promulgazione “Bando” o altro criterio selettivo (es. manifestazione d'interesse all'USR ecc.) per adesione degli Istituti scolastici al corso di formazione entro il 2016;
- d) Cronoprogramma entro il 2016;
- e) Avvio fase realizzativa e suo completamento nel periodo di vigenza del PRP;
- f) Report regionale a conclusione delle attività.

**Indicatori di processo:**

**Indicatore “a”:** Accordo Regione - Ufficio scolastico regionale e definizione programma formativo

- Definizione: Accordo;
- Fonte: Regione, Ufficio regionale scolastico;
- Tipologia: quantitativo
- Modalità in cui viene costruito: Atto formale;
- Valore baseline: 0.

**Indicatore “b”:** Numero istituti di II grado coinvolti nel programma formativo:

- Definizione: Numero istituti di II grado; Standard regionale da definire in sede di Accordo con l'USC (almeno il 10%);
- Fonte: Regione, Ufficio regionale scolastico;
- Tipologia: quantitativo
- Modalità in cui viene costruito: Accordo Regione-USC;
- Valore baseline: non presente.

**Indicatore “c”:** Numero classi dell'ultimo anno degli istituti coinvolti:



- Definizione: classi dell'ultimo anno (target); 100% classi dell'ultimo anno degli Istituti da coinvolgere in base all' Accordo Regione-USC ;
- Fonte: Regione, ufficio scolastico regionale;
- Tipologia: quantitativo;
- Modalità in cui viene costruito: Accordo Regione-USC;
- Valore baseline: non presente.



		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
Prevenire infortuni e malattie professionali	7.6 Coinvolgere l'istruzione scolastica nello sviluppo delle competenze in materia di salute e sicurezza sul lavoro dei futuri lavoratori	Proporzione di istituti scolastici che aderiscono alla progettazione regionale specifica inserita nei programmi integrati di promozione della salute	Quantitativo	assente	100% dello standard regionale (da definire in sede di Accordo Regione-USC)	Coinvolgere l'istituzione scolastica regionale (scuole di II grado) nella formazione degli studenti afferenti alle classi dell'ultimo anno	FORMAZIONE ALLA SICUREZZA E SALUTE SUL LAVORO NELLA SCUOLA	a) Accordo Regione - USR e definizione del programma formativo e di sviluppo delle competenze in materia di SSL	1	-	-	Regione Molise/Enti di formazione/USR
								b) Numero di istituti scolastici di II grado	-	50% dello standard regionale	100% dello standard regionale	
								c) Numero classi "target"	-	50% dello standard regionale	100% dello standard regionale	





## **Intervento dell'Intervento:**

### **7.7 - PREVENZIONE DEGLI INFORTUNI IN GENERALE E, IN PARTICOLARE, NEL COMPARTO COSTRUZIONI ED AGRICOLO.**

**Razionale:** La crisi economica degli ultimi anni ha determinato, nella Regione Molise analogamente a quanto avvenuto in altre regioni d'Italia, un significativo calo occupazionale con riduzione degli addetti sia nel comparto agricolo e, ancor più, in quello edilizio; sul versante epidemiologico, al netto dei cali occupazionali, si è verificato un andamento decrescente degli infortuni sul lavoro in tutti i settori produttivi, ivi compresi quello dell'agricoltura e del comparto costruzioni.

Dal 2000 al 2013 nel comparto costruzioni (tariffa 16) gli infortuni definiti positivamente per azienda sono scesi gradualmente da 598 a 145 mentre nel comparto agricoltura e selvicoltura (tariffa 01-02) gli infortuni sono scesi da 35 a 22.

Più in particolare, nel triennio 2010-2012 con riferimento al comparto agricoltura e selvicoltura l'andamento infortunistico ha fatto registrare un tasso grezzo degli infortuni definiti positivamente pari al 3,4 per mille; invece nel comparto costruzioni l'andamento infortunistico ha fatto registrare un tasso grezzo degli infortuni definiti positivamente pari al 26,7 per mille con una percentuale di infortuni gravi e mortali su quelli definiti positivamente pari al 16,1.

In Italia, nello stesso periodo, l'andamento infortunistico ha fatto registrare, per tutti i settori produttivi, un tasso grezzo degli infortuni definiti positivamente pari al 20,4 per mille e nella Regione Molise un tasso pari al 18,8; sempre in Italia, nello stesso periodo, nel comparto agricoltura e selvicoltura è stato registrato un tasso grezzo degli infortuni definiti positivamente pari al 23,7 per mille con una percentuale di infortuni gravi e mortali pari al 9,2 e nel comparto costruzioni un tasso grezzo degli infortuni definiti positivamente pari al 29,3 per mille con una percentuale di quelli gravi e mortali sul totale di quelli definiti positivamente pari al 12,6.

Da questi dati si evince che, relativamente al comparto agricoltura, il trend regionale è in netto decremento rispetto a quello nazionale mentre nel comparto costruzioni il trend regionale è quasi sovrapponibile a quello nazionale; tutto ciò induce a dovute riflessioni sulla necessità di perseverare nell'attenzione prioritaria e costante verso questo settore produttivo.

Il Piano regionale della prevenzione 2005-2009 e quello successivo 2010-2013 hanno implementato azioni specifiche di prevenzione di edilizia con riferimento ai rischi di cadute dall'alto e da seppellimento negli scavi basati essenzialmente sulla vigilanza su campioni prestabiliti di cantieri edili presenti nel territorio regionale, individuati sia a vista che sulla base delle «notifiche preliminari», e su attività informative e formative dirette a lavoratori, tecnici di cantiere e datori di lavoro; seguendo, nel corso degli anni di vigenza dei precedenti piani regionali della prevenzione, l'andamento dei tassi infortunistici di gravità degli infortuni nel comparto costruzioni, si è potuto anche valutarne l'impatto sulla salute.

Nel nuovo Piano 2015-2018 si reitera l'impegno per una costante riduzione del fenomeno infortunistico grave, sia generale che nei comparti agricolo ed edilizio che fortemente caratterizzano l'economia regionale, attraverso l'attuazione piena e consapevole dei Piani nazionale di Prevenzione in Edilizia e Agricoltura così come implementati dal Coordinamento Interregionale della Prevenzione nei Luoghi di Lavoro (PISLL).



Il raggiungimento di questi obiettivi passa inevitabilmente attraverso le seguenti azioni fondamentali:

- attivazione di una cabina di regia tecnica;
- approccio proattivo dei servizi pubblici attraverso l'adozione di piani integrati di prevenzione degli infortuni;
- coordinamento dell'attività di vigilanza;
- adozione di «Linee d'indirizzo» per gli operatori dei Servizi PSAL finalizzata ad ottenere una vigilanza più omogenea ed uniforme a livello regionale.

**Obiettivo centrale:** 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.

**Obiettivo specifico:**

- a) Attuazione del Piano regionale di Prevenzione in Edilizia;
- b) Attuazione del Piano regionale di Prevenzione in Agricoltura e Selvicoltura;
- c) Riduzione degli indici di frequenza infortunistica generale (estesa a tutti i settori produttivi) e degli indici infortunistici gravi dei comparti "Agricoltura" ed "Edilizia".

**Indicatori di obiettivo centrale e relativi valori regionali:** Riduzione tassi di frequenza infortunistica (infortuni mortali e gravi).

**Valori *baseline* regionali:**

- a) Tasso grezzo infortuni definiti positivamente per tutti i settori, per azienda - triennio 2010-2012 = 18,8 ‰;
- b) Tasso grezzo infortuni Infortuni Edilizia per la Regione Molise = 26,7 ‰;
- c) Tasso grezzo infortuni Infortuni Agricoltura per la Regione Molise = 14,4 ‰.

**Standard di riferimento regionale (valore atteso):**

- a) - 10% del valore baseline (17 ‰);
- b) - 10% del valore baseline (24 ‰);
- c) - 10% del valore baseline (13 ‰);

**Attori e portatori di interesse:** Componenti del CRC ex art. 7 D. Lgs. 81/2008; SPSAL; DTL; INAIL; Organismi bilaterali.

**Beneficiari:** Lavoratori dipendenti ed autonomi; Datori di lavoro; Operatori dei Servizi PSAL.

**Fasi di articolazione:** le fasi di articolazione e le attività della linea di intervento regionale ricalcheranno quelle dei rispettivi piani nazionali di prevenzione in edilizia ed agricoltura:

- a) Adozione nel CRC del Piano regionale Edilizia in armonia con le indicazioni del P.N.E. e sua approvazione formale con DGR entro il 2016;
- b) Adozione nel CRC del Piano regionale Agricoltura e Selvicoltura in armonia con le indicazioni del P.N.A. e sua approvazione formale con DGR entro il 2016;
- c) implementazione azioni previste per l'anno 2017;



- d) implementazione azioni previste per l'anno 2018;
- e) Produzione report regionale di sintesi.

#### **Indicatori di processo:**

**Obiettivo specifico regionale “a”:** Attuazione del Piano regionale di Prevenzione in Edilizia.

- Definizione: Adozione PRP Edilizia;
- Fonte: Regione;
- Tipologia: qualitativo;
- Modalità in cui viene costruito: atto formale regionale;
- Valore *baseline*: non presente.

**Obiettivo specifico regionale “b”:** Attuazione del Piano regionale di Prevenzione in Agricoltura.

- Definizione: Adozione PRP Agricoltura;
- Fonte: Regione;
- Tipologia: qualitativo;
- Modalità in cui viene costruito: atto formale regionale;
- Valore *baseline*: non presente.

**Obiettivo specifico regionale “c”:** Riduzione infortuni per tutti i settori produttivi ed, in particolare, nel comparto Edilizia e Agricoltura.

- Definizione: Tassi grezzi infortuni definiti positivamente per tutti i settori produttivi;
- Fonte: ASREM - Servizi PSAL;
- Tipologia: quantitativo;
- Modalità in cui viene costruito: Flussi informativi INAIL - SPSAL;
- Valore *baseline*:
  - a) Tasso grezzo infortuni definiti positivamente per tutti i settori, per azienda - triennio 2010-2012 = 18,8 ‰;
  - b) Tasso grezzo infortuni Infortuni Edilizia per la Regione Molise = 26,7 ‰;
  - c) Tasso grezzo infortuni Infortuni Agricoltura per la Regione Molise = 14,4 ‰.



		Indicatori degli obiettivi centrali e relativi valori regionali						Indicatori di processo				
Macroobiettivo	Obiettivo centrale	Nome indicatore	Tipo	Valore di <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
Prevenire infortuni e malattie professionali	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	Riduzione dei tassi di frequenza infortunistica con particolare riguardo agli infortuni gravi e mortali per comparti o per rischi oggetto di intervento, con particolare riferimento a: - comparto agricoltura; - comparto edilizia	Quantitativo	Tasso grezzo infortuni definiti positivamente per tutti i settori, per azienda - triennio 2010-2012 = 18,8 per mille	- 10% del valore baseline (17 per mille)	a) Attuazione del Piano regionale di Prevenzione in Edilizia;	PREVENZIONE DEGLI INFORTUNI IN GENERALE E, IN PARTICOLARE, NEL COMPARTO COSTRUZIONI ED AGRICOLO.	Piano regionale prevenzione EDILIZIA	Adozione Piano	Realizzazione azioni di piano	Realizzazione azioni di piano e Report di sintesi	REGIONE - SPSAL
				Tasso grezzo infortuni Edilizia per la Regione Molise = 26,7 per mille	- 10% del valore baseline (24 per mille)	b) Attuazione del Piano regionale di Prevenzione in Agricoltura e Selvicoltura;		Piano regionale prevenzione AGRICOLTURA	Adozione Piano	Realizzazione azioni di piano	Realizzazione azioni di piano e Report di sintesi	REGIONE- SPSAL
				Tasso grezzo infortuni Infortuni Agricoltura per la Regione Molise = 14,4 per mille	- 10% del valore baseline (13 per mille)	c) Riduzione degli indici di frequenza infortunistica generale (estesa a tutti i settori produttivi) e degli indici infortuni-stici gravi dei comparti "Agricoltura" ed "Edilizia".		Tassi grezzi infortuni definiti positivi per tutti i settori e per i comparti Edilizia e Agricoltura	-	-	-10% del valore baseline	INAIL



## Titolo dell'intervento:

### 7.8. - MIGLIORAMENTO DELLA QUALITÀ ED OMOGENEITÀ DELL'ATTIVITÀ DI VIGILANZA.

**Razionale:** La vigilanza nei luoghi di lavoro, sin dall'epoca dell'entrata in vigore del D.L.vo n. 626/94 e successivo D.L.vo n. 81/08, è un'attività contrassegnata, nella Regione Molise, da significativa disomogeneità; in effetti, trattasi di attività, almeno con riferimento agli interventi degli operatori in dotazione ai Servizi PSAL dell'ASREM, espletata quasi esclusivamente su richiesta, senza una vera pianificazione e, quindi, più attenta a soddisfare esigenze formali (es. attività di PG) e meno quelle sostanziali.

Sicuramente perfettibile è il contenuto stesso dell'attività di vigilanza in ragione della qualità dei risultati attesi, attraverso sia l'implementazione di una formazione programmata degli operatori che l'efficace avvio del previsto coordinamento tra SPSAL dell'Azienda sanitaria unica regionale e altri Enti anch'essi preposti alle attività di vigilanza, specialmente DTL, VV.FF.

Per questi motivi il intervento programmato si propone di supportare le attività di vigilanza mediante la condivisione ed introduzione di strumenti di lavoro degli operatori consistenti in «atti di indirizzo» quali "linee guida", "istruzioni-procedure operative" e "Check list".

Questi strumenti definiscono indirizzi e modalità dell'intervento di vigilanza e sono strumenti di omogeneità e trasparenza per perseguire gli obiettivi di qualità della vigilanza stessa, specialmente in relazione ai contesti lavorativi più alto rischio infortuni e in relazione alle indagini per malattie professionali.

In prospettiva sarà utile valutare la introduzione di ulteriori strumenti quali, ad esempio, la procedura per l'analisi dei documenti di valutazione e gestione del rischio oppure la procedura per la verifica della conformità degli adempimenti formativi di cui all'art. 37, comma 2 del D.L.vo n.81/08.

Per completare il passaggio dalla vigilanza tradizionale a quella proceduralizzata non si può prescindere dalla introduzione prima e dall'incremento poi dell'utilizzo dell'audit su Servizi di vigilanza e anche su un campione significativo di Imprese circa di grado di appropriatezza e/o effettività delle "procedure-strumenti" di prevenzione adottati anche alla luce degli atti di indirizzo elaborati.

**Obiettivo Centrale:** 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.

**Obiettivo specifico:** 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.

#### **Indicatori di obiettivo centrale e relativi valori regionali:**

- a) implementazione, ad opera di un gruppo di lavoro tecnico afferente al CRC, di atti di indirizzo (LG,IO,CL) e metodologia *audit* per attività di vigilanza;
- b) applicazione atti di indirizzo su piani di vigilanza su rischi specifici in un campione di aziende selezionate;



c) n. aziende ispezionate.

**Valori *baseline* regionali:**

- a) assenza atti di indirizzo specifici;
- b) assenza piani di vigilanza;
- c) non rilevato.

**Standard di riferimento regionale (valore atteso):**

- a) presenza atti di indirizzo;
- b) Piano di vigilanza presente;
- c) n. 40 aziende ispezionate.

**Attori e portatori di interesse:** Aziende, lavoratori, organizzazioni sindacali e datoriali rappresentative di settori e/o comparti lavorativi, Regione (componenti del CRC), Spsal (operatori);

**Beneficiari:** Lavoratori, Operatori dei Spsal, delle DTL, Comandi VV.FF., Inail, Organizzazioni Datoriali, Organizzazioni sindacali dei Lavoratori, INAIL.

**Fasi dell'intervento:**

- 1) Individuazione nel CRC del personale dedicato alle varie fasi di implementazione degli atti di indirizzo e piani di vigilanza specifici (gruppo di lavoro) entro il 2016;
- 2) Implementazione atti e Delibera regionale approvazione atti entro il 2016;
- 3) Formazione operatori SPSAL utilizzo atti entro il 2016;
- 4) Progettazione piani di vigilanza entro il 2016;
- 5) Espletamento delle attività di vigilanza in un campione di 40 aziende dei vari settori e comparti a rischio entro il 2017 e 2018.

**Indicatori di processo:**

**Obiettivo specifico regionale:** consolidare la prevenzione delle m.p. e lavoro-correlate nei comparti a rischio mediante utilizzo di strumenti di lavoro per espletamento attività di vigilanza:

**Indicatore di processo:"a":** implementazione di atti di indirizzo che valorizzino l'utilizzo di strumenti di *enforcement* quali l'audit:

- Definizione: atti di indirizzo;
- Fonte: Regione (atti istruiti in seno al CRC);
- Tipologia: Quantitativo;
- Modalità in cui viene costruito: atto formale regionale;
- Valore *baseline*: assenza atti.



**Indicatore di processo “b”:** Espletamento corso formativo per operatori.

- Definizione: corso formativo;
- Fonte: ASREM;
- Tipologia: quali-quantitativo;
- Modalità in cui viene costruito: atto formale azienda sanitaria regionale;
- Valore *baseline*: zero.

**Indicatore di processo “c”:** progettazione piani specifici di vigilanza:

- Definizione: n. piani di vigilanza;
- Fonte: Regione (gruppo tecnico del CRC);
- Tipologia: quantitativo;
- Modalità in cui viene costruito: atto formale regionale;
- Valore *baseline*: assenza piani.

**Indicatore di processo “d”:** numero aziende ispezionate

- Definizione: aziende ispezionate;
- Fonte: Asrem - Servizi PSAL;
- Tipologia: Quantitativo;
- Modalità in cui viene costruito: n. verbali di ispezione.
- Valore *baseline*: non rilevato.



		Indicatori degli obiettivi centrali e relativi valori regionali						Indicatori di processo				
Macrobi- etti vo	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	Sorve- glianza Fonte
Prevenire infortuni e malattie profession- nali	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	7.8.1. Adozione di atti di indirizzo finalizzati a garantire uniformità e trasparenza nell'attività di vigilanza e controllo e loro monitoraggio	quantitativo	Assenza atti regionali di indirizzo specifici	Adozione atti di indirizzo	Consolidare la prevenzione delle m.p. e lavoro-correlate nei comparti a rischio cangerogeno, da sovraccarico biomeccanico ovvero comparto costruzioni e agricolo mediante utilizzo di strumenti di lavoro per espletamento di attività di vigilanza	MIGLIORA- MENTO DELLA QUALITÀ ED OMOGENEITÀ DELL'ATTIVITÀ DI VIGILANZA.	Atti di indirizzo regionali	ok			Regione Molise (CRC)
		7.8.2 Attività formativa operatori		Attività formativa da avviare	Espletamento corso formativo			Corso formazione per operatori SPSAL	1			ASREM
		7.8.3 Definizione Piani vigilanza		Assenza piani regionali di vigi- lanza	Definizione e adozione Piani regionali di vigilanza			Definizione e adozione piani di vigilanza	n. 2 piani di vigilanza progettati			Regione- ASREM
		7.8.4. Selezione aziende da ispezionare		Nessuna azienda ispezio- nata	n. 40 aziende ispezionate			Campione aziende da ispezionare	0	n. 20 aziende ispezionate	n. 20 aziende ispezionate	ASREM- SPSAL



**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 potenzial-mente 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, "impressa 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	MONITORAGGIO DELLA QUALITÀ DELL'ARIA	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.L. 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) é 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 é 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/mapatura 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.	8.3.1 = <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 = Sviluppare modelli, relazioni interistituzionali per la valutazione degli impatti sulla salute dei fattori inquinanti.	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.	8.3. <i>Sviluppare percorsi e strumenti interdisciplinari per la valutazione preventiva degli impatti sulla salute delle modifiche ambientali</i>  8.4. <i>Sviluppare modelli, relazioni interistituzionali per la valutazione degli impatti sulla salute dei fattori inquinanti</i>	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  8.4.1 = Atti di indirizzo regionali per la gestione di problematiche (accertate o presunte) sanitarie attribuibili all'inquinamento ambientale	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>8.5 <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>8.6 <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 Proporzione 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	PERCORSI FORMATIVI ED INFORMATIVI INTEGRATI IN TEMA DI AMBIENTE E SALUTE	<p>Curriculum formativo</p> <p>Corso formazione per formatori</p> <p>Proporzione formati</p>	Definizione di un curriculum formativo		Corsi di formazione	<p>REGIONE</p> <p>Formazione almeno del 50% degli operatori coinvolti</p>



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 recepirà 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	<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>	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	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 = Accrescere le competenze ed approfondire le conoscenze sulla sicurezza chimica 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.</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, detergenti), 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 detergenti.

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, detergenti;
- b) Informare Consulenti/Responsabili Aziendali (RSPP) addetti alla gestione e utilizzo di sostanze/miscele contenute in fitosanitari, cosmetici, biocidi, detergenti 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, detergenti e sulle sostanze chimiche/miscele, in genere, pericolose per l'uomo e per l'ambiente

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

Si prevede l'effettuazione di corsi di formazione per Consulenti/Responsabili Aziendali (RSPP) al fine di accrescere le competenze ed approfondire le conoscenze 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.

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

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					
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>	CONTROLLI IN BASE AI REGOLAMENTI "REACH" E "CLP"	Corsi di Formazione per Operatori servizi pubblici	1 corso di formazione	1 corso di formazione	1 corso di formazione	Regione
						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>		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				
Macrobi- etti- vo	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	Sorve- glianza/ Fonte
RIDURRE LE ESPOSIZIONI AMBIENTALI POTENZIAL- MENTE DANNOSE PER LA SALUTE	8.10 <i>Promuovere le buone pratiche in materia di sostenibilità ed eco- compatibilità nella costruzione / ristrutturazio- ne di edifici, anche in relazione al rischio radon</i>	<i>Approva- zione di linee guida per orientare i regolamenti edilizi in chiave eco- compatibile</i>	Qualita- -tivo	N.D.	Predisporre i documenti specifici in materia di sostenibilità ed eco- compatibilità nella costruzione /rist- utturazione di edifici, anche in relazione al rischio radon	Predisporre documenti specifici in materia di sostenibilità ed eco- compatibilità nella costruzione /rist- utturazione di edifici, anche in relazione al rischio radon	L'EDILIZIA ECO- COMPATI- BILE: IL RISCHIO "RADON"	Documento specifico in materia di sostenibilità ed eco- compatibilità nella costruzione / ristrutturazion- e di edifici, anche in relazione al rischio radon	Costituzione gruppo tecnico regionale "Ambienti di vita" (interdisci- plinare) e avvio istruttoria	Istruttoria (n. incontri tecnici in base a odg)	Emana- zione 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 é 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*

Indicatori di processo	baseline	Valore 2016	Valore 2017	Valore 2018
<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 epiteliomi (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*

Indicatori di processo	baseline	Valore 2016	Valore 2017	Valore 2018
<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**

**Razionale del programma:**

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. Improntata alla continuità e alla regolarità delle rilevazioni e alla semplicità e unitarietà dei sistemi informativi. Alimentata da tutte le possibili fonti informative e tesa, soprattutto, a consentire l'uso epidemiologico delle informazioni cliniche.

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.

Alcune malattie infettive meritano particolare attenzione: le malattie prevenibili con le vaccinazioni e in particolare Morbillo, Rosolia e Rosolia congenita, le Malattie Batteriche Invasive, l'infezione da HIV/AIDS e la Tubercolosi.

**Obiettivo specifico**

Mettere a punto e rafforzare i sistemi di sorveglianza delle malattie infettive prioritarie.

**Indicatori di esito finalizzati al raggiungimento degli obiettivi specifici**

<i><b>Indicatore di esito</b></i>	<i><b>Fonte</b></i>	<i><b>Baseline</b></i>	<i><b>Valore Atteso</b></i>
Proporzione di casi di morbillo, di rosolia notificati per i quali è stato svolto l'accertamento di laboratorio	Sistema di sorveglianza integrata del morbillo e della rosolia congenita		90% per morbillo 70% per rosolia
Proporzione di notifiche inserite nel sistema informativo per le malattie infettive	SIMIWEB2	90%	100%
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	Sistema di sorveglianza speciale e SDO		85% per pneumococco 100% per meningococco
Proporzione di casi di TBC polmonare e infezione tubercolare latente che sono stati persi al follow up tubercolosi	Sistema di sorveglianza TB		15%
Proporzione di nuove diagnosi di HIV later present	Sistema di sorveglianza HIV		15%



## **Azioni previste:**

### **Azione 1:**

#### **Implementazione di un Sistema di sorveglianza delle Malattie Infettive prioritarie tramite i Laboratori - Obiettivo centrale 9.2 -**

Per orientare i programmi di controllo è essenziale che la Regione Molise si doti di fonti informative aggiuntive dei casi necessarie ad assicurare esaustività e disponibilità di dati sulle performance dei programmi di controllo. In questo 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 (Morbillo, Rosolia, Malattie Batteriche Invasive, TB, HIV). L'implementazione del Sistema di sorveglianza tramite i laboratori consente di migliorare i dati sulla prevalenza della malattia, valutare il fenomeno della sottotifica delle segnalazioni e svolgere tempestivamente le azioni di controllo e prevenzione.

### **Azione 2:**

#### **Alimentare i sistemi informativi per la sorveglianza delle malattie infettive e aumentare la segnalazione delle malattie infettive da parte degli operatori sanitari (medici di famiglia, medici ospedalieri, laboratoristi) - Obiettivo centrale 9.1 - 9.4**

La prevenzione e il controllo delle malattie infettive è subordinata alla conoscenza del numero di casi di malattia infettiva che insorgono nel territorio di competenza. La segnalazione dei casi da parte dei medici curanti consente alla sanità pubblica di seguire l'andamento nel tempo e nello spazio della malattia, di effettuare l'inchiesta epidemiologica per definire le azioni da intraprendere per il controllo della sua diffusione e le eventuali azioni di profilassi postesposizione.

**Target:** Popolazione generale.

**Setting:** Territorio della Regione Molise.

**Intersettorialità:** Servizi di Igiene Pubblica territoriale, Dipartimento di Prevenzione, Ministero della Salute, Istituto Superiore di Sanità.

**Analisi dei rischi:** Non individuabili.



### **Azione 3**

#### **Monitoraggio dell'esito del trattamento dei casi di tubercolosi polmonare - Obiettivo centrale 9.5**

##### **Razionale dell'intervento:**

I nuovi casi di TBC polmonare sono spesso identificati in soggetti appartenenti a popolazione a rischio, come detenuti, immigrati, sfd.

I medici infettivologi si adopereranno per il follow-up dei pazienti fino dopo la dimissione ospedaliera, incrementando l'attività territoriale. In contemporanea si creerà un database di soggetti a cui offrire attivamente l'intradermoreazione secondo Mantoux per l'identificazione delle ITL.

Saranno coinvolti i centri di accoglienza, gli Istituti penitenziari, i servizi sociosanitari dei distretti sanitari, le ONLUS, in primis la Caritas per chiedere la collaborazione nell'offerta attiva e per poter aver punti di riferimento per poter seguire nel follow-up i pazienti a rischio perdita.

##### **Obiettivo centrale:**

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

##### **Obiettivo specifico:**

Incrementare le attività territoriali di infettivologia anche rivolto a soggetti a rischio (detenuti, migranti, sfd).

##### **Attori e portatori di interessi**

UOC Malattie Infettive, Distretti Sanitari, istituti di pena, centri di accoglienza, associazioni onlus sociali, Caritas

##### **Beneficiari:**

popolazione generale e popolazione fragile (detenuti, migranti, sfd)

##### **fasi di articolazione**

- costituzione di una Rete
- maggiore attività territoriale e intramuraria (centri di accoglienza, carceri, centri Caritas)
- elaborazione e stampa opuscoli, anche multilingue, da distribuire nei luoghi anzidetti

##### **Criticità:**

- carenza di personale specializzato per opera di prevenzione
- difficoltà insita nella popolazione fragile

##### **Indicatori**

Proporzione tra casi di TBC persi al *follow up* e casi di TBC diagnosticati

Attraverso la banca dati regione/ASL si valuterà il raggiungimento dei seguenti valori per *step* cronologici:

- 2016: 20%
- 2017: 15%
- 2018: 10%



#### **Azione 4: Migliorare l'offerta del test HIV e la diagnosi precoce di infezione - Obiettivo centrale 9.5**

**Razionale:** 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 quei pazienti che al momento della prima diagnosi di sieropositività hanno un numero di linfociti CD4 < 350/mm<sup>3</sup> o hanno 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 non rispondono alla terapia ART di I livello.

Per questo obiettivo, si reputa importante il coinvolgimento delle seguenti figure:

- a) MMG per invogliare i loro pazienti ad effettuare il test HIV
- b) Medici ospedalieri che negli esami di routine dei ricoverati inseriscano il test HIV, dopo il consenso informato previsto dalla legge 135/1990, dopo emanazione di apposita direttiva dalle Direzioni Sanitarie ospedaliere.

Se tale coinvolgimento sarà raggiunto, si potrà fare diagnosi di HIV nei soggetti che non ne sono a conoscenza e quindi individuarli ed eventualmente proporre loro una terapia ART al momento giusto per evitare che ciò avvenga solo in caso di patologia seria presentatasi con grave deficit immunitario e conseguente ricovero ospedaliero (LP).

**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 intersectorialità che contraddistingue la presente tematica.

**Obiettivo centrale 9.5.2:** Ridurre i rischi da trasmissione da malattie infettive croniche e di lunga durata (HIV)

**Obiettivo specifico:** riduzione della proporzione tra nuove diagnosi di HIV *late presenter* (con CD4 < 350/mm<sup>3</sup>) e numero di soggetti con nuova diagnosi di HIV.

Nel 2013 tale proporzione è stata del 57% (baseline).

Obiettivo regionale è ridurre tale percentuale al 42% al 31 dicembre 2018.

**Attori e portatori di interessi:** Medici di Medicina Generale, Medici ospedalieri.

**Beneficiari:** Popolazione generale.

**Fasi di articolazione:**

- 1) costituzione del gruppo di coordinamento regionale;
- 2) preparazione corsi di formazione;
- 3) coinvolgimento dei MMG;
- 4) accordi con direzioni sanitarie ospedaliere con emanazione di apposita direttiva per proporre ai pazienti ricoverati il test HIV con consenso informato.



#### Indicatori:

- Corsi di formazione per MMG (3 corsi interattivi aree di Campobasso, Termoli e Isernia): *almeno 1/anno 2016-2017-2018*;
- Formulazione di una direttiva delle direzioni sanitarie ospedaliere la richiesta di autorizzazione a effettuare il test ai pazienti all'ingresso in ospedale: *entro 31.12.2016*.

**Contrasto alle disuguaglianze:** nei corsi di formazione saranno coinvolti medici che prestano assistenza ai soggetti ristretti nelle carceri molisane e ai migranti accolti nei centro di accoglienza provvisoria, per invogliare a proporre il test HIV anche a detenuti e migranti.

**Fonte dei dati:** gli obiettivi specifici regionali saranno certificati dalla Regione. L'obiettivo centrale sarà documentato dal sistema di sorveglianza regionale HIV e dal COA dell'ISS.

Nome indicatore	Indicatori di processo				Sorveglianza/Fonte
	Valore <i>baseline</i>	Valore atteso 2016	Valore atteso 2017	Valore atteso 2018	
9.5.2					
Rapporto percentuale tra numero di nuove diagnosi di HIV con un numero di linfociti CD4 minore di 350/mm <sup>3</sup> e numero di soggetti con nuova diagnosi di HIV.	57% (anno 2013)	52%	47%	42%	Sistema di sorveglianza HIV (regionale e/o del COA dell'ISS)



## **Azione 5:**

**Completare l'informatizzazione delle anagrafi vaccinali regionale, interoperabile a livello regionale con le altre basi di dati (malattie infettive, eventi avversi, residente/assistiti) - Obiettivo centrale 9.3 - 9.6**

### **Razionale dell'intervento**

Il PNPV 2012-2014 e il PRPV 2012-2014 prevedevano, tra gli obiettivi, la completa informatizzazione delle anagrafi vaccinali, al fine di potenziare il monitoraggio delle coperture vaccinali.

La diffusione delle anagrafi vaccinali informatizzate, oltre che 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 di 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 ne dimostrano l'importanza nell'incrementare l'adesione alle vaccinazioni attraverso la più facile gestione dei dati anagrafici e vaccinali, e dei ritardi e delle inadempienze, fornendo utili promemoria per questi scopi e agevolando la programmazione degli appuntamenti. 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 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 su tutto il territorio regionale. Gli operatori degli ambulatori vaccinali della A.S.Re.M., dopo aver partecipato ad alcuni 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.

### **Obiettivi specifici**

Completamento dell'informatizzazione e ottimizzazione del software in uso dell'anagrafe vaccinale dei Servizi di Igiene Pubblica dell'A.S.Re.M. entro il 2018.

### **Azione**

Completamento della gestione informatizzata della popolazione infantile interessata dalle vaccinazioni. Risoluzione delle criticità evidenziate dal software nel corso dei primi anni di attività dell'A.V.I..

I centri vaccinali, grazie alla anagrafe informatizzata, potranno riorganizzare e razionalizzare le attività, risparmiando risorse (personale, tempo, vaccini). La qualità del lavoro prodotto sarà migliore, le rilevazioni saranno precise, così come gli indicatori di attività e le coperture vaccinali; si potrà gestire una efficace sorveglianza degli eventi avversi e delle scorte vaccinali; in generale saranno migliorati i presupposti lavorativi del personale.

Inoltre, il supporto informatico faciliterà il raggiungimento delle categorie a rischio e il monitoraggio delle attività esterne ai centri vaccinali svolte dai MMG e PLS.

Infine, i risultati delle attività svolte saranno costantemente disponibili e divulgabili tra gli operatori con un continuo ritorno e scambio delle informazioni.

### **Attività principali**

Completamento della informatizzazione graduale e progressiva della popolazione infantile vaccinata, oggetto di rilevazione vaccinale annuale.

Predisporre uno studio di fattibilità rispetto all'aggiornamento dell'attuale software o alla sua completa sostituzione.



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.

Interoperabilità dell'AVI con l'anagrafe sanitaria e comunale.

Formare gli operatori dei servizi vaccinali sull'utilizzo del software.

#### Target

Popolazione residente interessata dalle vaccinazioni.

#### Setting

Ambulatori vaccinali

#### Attori e portatori di interesse

Operatori ambulatori vaccinali e ingegneri e tecnici informatici

Indicatori di processo	Baseline	Valore Atteso 2015	Valore Atteso 2016	Valore atteso 2017	Valore Atteso 2018
Inserimento delle vaccinazioni dei nuovi nati e a ritroso fino alla coorte di nascita 2000	Non completamente presente	85%	95%	95%	95%
Calcolo dei residenti/domiciliati	Non presente		95%		
Calcolo delle coperture vaccinali	Non presente		95%		
Stampa delle lettere d'invito alla vaccinazione	Non presente		95%		
Gestione del magazzino	Non presente		95%		
Interoperabilità con l'anagrafe sanitaria e comunale	Non presente			95%	
Interoperabilità con il sistema di sorveglianza delle malattie infettive	Non presente			95%	

#### Criticità

Difficoltà applicativa nei vari ambulatori del territorio, superabile con la condivisione del progetto da parte di tutti gli operatori coinvolti.

Non perfetta corrispondenza tra l'anagrafe sanitaria, collegata al software in uso, e le anagrafi comunali, che possono rendere difficile l'individuazione degli inadempienti; questa criticità è superabile mantenendo il contatto con le anagrafi comunali e inserendo i nomi mancanti.





## **Azione 6:**

### **Aumentare la copertura vaccinale e l'adesione consapevole alle vaccinazioni - *Obiettivo centrale 9.7***

#### **Razionale dell'intervento**

La vaccinazione rappresenta uno degli interventi più efficaci e sicuri a disposizione della Sanità Pubblica per la prevenzione primaria delle malattie infettive. Nonostante i notevoli miglioramenti, le malattie infettive rappresentano, ancora oggi, una delle principali cause di malattia, disabilità e morte. E' necessario, pertanto, mantenere elevato l'impegno sulla loro prevenzione.

Il PNPV 2012-2014 e il PNEMoRc 2010-2015 hanno rappresentato il documento di riferimento per la definizione degli obiettivi di Sanità Pubblica relativi alla riduzione o eliminazione delle malattie infettive prevenibili da vaccino. Gli obiettivi di copertura stabiliti per tipologia di vaccinazione e target di età e/o gruppi di popolazione sono stati oggetto di monitoraggio annuale o semestrale in quanto rientranti nei LEA. Mentre il mantenimento di elevate coperture nei bambini continua a garantire il controllo delle più pericolose malattie in età infantile, occorre integrare l'offerta universale con interventi personalizzati rivolti alle persone più vulnerabili, garantendo la gratuità di queste prestazioni mirate. Ne consegue che nel prossimo quinquennio l'impegno dovrà essere teso a: la realizzazione del concetto di adesione consapevole, da parte della popolazione, all'offerta dei diversi interventi preventivi; il superamento delle differenze territoriali in termini sia di standard di copertura vaccinale che di qualità dell'offerta; la 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).

#### **Obiettivo specifico**

Aumentare la copertura vaccinale e l'adesione consapevole nella popolazione generale, nell'infanzia, negli adolescenti e in specifici gruppi a rischio, per le vaccinazioni previste dal PNV.

#### **Azioni specifiche e contrasto alle disuguaglianze:**

- a) Mantenimento dei livelli di copertura raggiunti nei nuovi nati per tutte le vaccinazioni previste dal calendario regionale;
- b) incremento graduale delle coperture vaccinali per tutte le altre vaccinazioni previste dal PNPV;
- c) raggiungimento graduale del tasso di copertura per 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 disuguaglianze, è necessario un costante aggiornamento di tutto il personale sanitario dei centri vaccinali.



Inoltre è necessario aumentare la consapevolezza dell'importanza delle vaccinazioni da parte dei MMG, dei PLS e dei Medici ospedalieri attraverso incontri di aggiornamento.

Occorre, infine, il coinvolgimento di associazioni di immigrati e di donne migranti per migliorare la 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.

Si intende realizzare un incremento di copertura nel triennio, con progressioni annuali, che tenga conto degli obiettivi del PNP e dei risultati fin qui registrati nella nostra Regione, attraverso le sotto-elencate attività principali:

- 1) Aggiornamento del Calendario Vaccinale Regionale alla luce del prossimo PNV;
- 2) Chiamate attive per le coorti individuate nel PRP (prime vaccinazioni, richiami, solleciti);
- 3) Elaborazione di un libretto vaccinale regionale;
- 4) 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 1 dose a 24 mesi;
- 5) Formazione e aggiornamento tecnico-scientifico degli operatori dei servizi vaccinali;
- 6) 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;
- 7) Fornitura del materiale informativo e promozione delle vaccinazioni in categorie a rischio (persone affette da almeno una malattia cronica: ictus, infarto, diabete, insufficienza renale, BPCO, asma, tumori, epatiti e cirrosi).

<b>Target:</b>	Nuovi nati, adolescenti, categorie/gruppi a rischio, popolazione generale.
<b>Setting:</b>	Distretti, Servizi di Igiene e Sanità Pubblica, Centri vaccinali, Consultori.
<b>Attori e portatori di interesse:</b>	Operatori dei servizi vaccinali, MMG, PLS, strutture ospedaliere e consultoriali, distretti, mediatori culturali, associazioni immigrati e donne migranti.



## Indicatori:

Indicatori di processo	Baseline	Valore atteso 2015	Valore atteso 2016	Valore atteso 2017	Valore atteso 2018
Aggiornamento Calendario Vaccinale	Presente	30%	90%	90%	90%
N. inviti per le coorti di interesse (nuovi nati, 5-6 anni, 15 anni, femmine 11 anni) sui residenti di riferimento	Non noto	30%	60%	80%	95%
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 2 incontri formativi per gli operatori dei servizi vaccinali	Non noto		100%	100%	100%
Realizzazione di 1 incontro di aggiornamento con Pediatri di Libera Scelta, MMG, medici e personale ospedaliero e consultoriale	Non noto		100%	100%	100%

Indicatori di risultato per copertura	Baseline	Valore atteso 2015	Valore atteso 2016	Valore atteso 2017	Valore atteso 2018
DTP-Polio-Ep. B, Hib a 24 mesi	96.6%	≥95%	≥95%	≥95%	≥95%
MPR a 24 mesi 1a dose	86.3%	88%	90%	92%	≥95%
Varicella nei nuovi nati	37.3%	15%	50%	70%	≥95%
Men C a 24 mesi	74.1%	65%	75%	85%	≥95%
PCV a 24 mesi	94.6%	85%	90%	92%	≥95%
dTP-Polio a 5-6 anni	88.7%	93%	≥95%	≥95%	≥95%
MPR a 5-6 anni 2a dose	75%	90%	92%	93%	≥95%
dTpa a 15 anni	21%	55%	78%	85%	≥90%
MPR a 15 anni (due dosi)	58%	75%	88%	90%	≥95%
Men C a 15 anni	8%	40%	45 %	50%	≥95%
HPV F 11 anni	72%	65%	68%	70%	≥95%
Influenza >65 anni	49,8%	46%	51%	56%	≥75%
Copertura vaccinazione antinfluenzale in specifici gruppi a rischio (persone affette da almeno una malattia cronica - ictus, infarto, diabete, insufficienza renale, BPCO, asma, tumori, epatiti e cirrosi)	17,2%	28%	30%	35%	40%

## Criticità

- Errori di comunicazione;
- Diffidenza di alcuni operatori sanitari verso le vaccinazioni;
- Presenza di movimenti auto-organizzati che si oppongono a tutte le vaccinazioni e forniscono informazioni parziali alla popolazione rispetto alla sicurezza e all'efficacia delle vaccinazioni.



## Cronoprogramma

Attività	2015	2016	2017	2018
Attività 1: Aggiornamento del Calendario Vaccinale Regionale	x	x	x	x
Attività 2: Chiamate attive per le coorti individuate nel PRP (prime vaccinazioni, richiami, solleciti)	x	x	x	x
Attività 3: Elaborazione di un libretto vaccinale regionale		x		
Attività 4: Introduzione del registro regionale dei rifiuti alle vaccinazioni			x	x
Attività 5: Aggiornamento tecnico-scientifico degli operatori dei servizi vaccinali			x	x
Attività 6: Formazione dei PLS, MMG e altro personale sanitario coinvolto nella promozione delle vaccinazioni			x	x
Attività 7: Fornitura del materiale informativo e promozione delle vaccinazioni in categorie a rischio (persone affette da almeno una malattia cronica: ictus, infarto, diabete, insufficienza renale, BPCO, asma, tumori, epatiti e cirrosi)			x	x



## **Azione 7:**

**Pianificare la comunicazione finalizzata alla corretta gestione e informazione sui vaccini e sulle malattie prevenibili mediante vaccinazione - *Obiettivo centrale 9.8***

### **Razionale dell'intervento**

Le vaccinazioni, come è noto, sono vittime della loro stessa efficacia che, di fatto causa una ridotta percezione della minaccia data dalla scarsa circolazione degli agenti infettivi e all'enfasi mediatica sugli eventi avversi temporaneamente collegati alle vaccinazioni: è indispensabile pertanto agire informando correttamente la popolazione non solo attraverso la comunicazione "istituzionale (campagne informative promosse da Ministero Salute, Regioni, ASL), ma anche soprattutto attraverso gli operatori sanitari che entrano a contatto con le famiglie dei nuovi nati.

La grande maggioranza 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 tecnicoscientifico, adatta al target è un fattore promuovente le vaccinazioni anche nei confronti di gruppi difficili da raggiungere.

Il primo passo per capire come promuovere l'adesione è cercare di 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 per esaltare la notizia, seguono servizi televisivi non sempre obiettivi ed imparziali.

Solo lo specialista delle vaccinazioni può aiutare il comune cittadino a capire se sta ricevendo informazioni inesatte o errate, mettendo a disposizione un'informazione indipendente, trasparente, completa, aggiornata e tempestiva.

Gli operatori dei servizi vaccinali, i PLS e i MMG hanno quindi una grandissima responsabilità e, di conseguenza, uno degli obiettivi da raggiungere entro i prossimi tre anni sarà quello di migliorare conoscenze e competenze professionali in materia e contestualmente le capacità di comunicazione degli operatori sanitari.

Un ulteriore passaggio sarà quindi quello di migliorare le relazioni tra i Servizi Vaccinali, i 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 occasioni (corsi di preparazione al parto, supporto alle neomamme, accessi agli screening), per arrivare ai Pediatri, al fine di garantire omogeneità e completezza dei messaggi, nel rispetto delle specifiche competenze.

E' prevista inoltre la riproduzione di materiali cartacei aggiornati da inviare alle famiglie insieme agli inviti per le vaccinazioni dei nuovi nati e da mettere a disposizione nei servizi vaccinali e negli ambulatori dei pediatri.



### **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.

### **Step 1: Formazione del personale sanitario in tema di comunicazione**

Nel mutamento complessivo del panorama delle vaccinazioni che ha visto gli enormi progressi fatti negli ultimi decenni (più vaccini disponibili, maggior sicurezza, maggiore efficacia) si assiste al paradossale generale movimento di sfiducia o di disinteresse, nei confronti della pratica vaccinale, da una buona parte dell'opinione pubblica. Questo ha generato la necessità, per gli operatori sanitari, di migliorare le proprie capacità comunicative per attuare una promozione attiva delle vaccinazioni.

Promuovere le vaccinazioni può essere considerato oggi un lavoro a tempo pieno per tutti gli operatori sanitari coinvolti. In una prospettiva comunicativa individuale è necessario che l'operatore di sanità pubblica dei servizi vaccinali consideri le regole fondamentali per instaurare un efficace patto di salute con l'utenza.

Per lo svolgimento dei corsi, saranno coinvolti esperti nazionali, cui sarà richiesto di condurre i corsi ad hoc dopo aver effettuato una revisione sistematica della letteratura sulle strategie più efficaci di comunicazione da utilizzare per la promozione delle immunizzazioni.

### **Attività principali**

- a) Coinvolgimento di esperti nazionali e conduzione o acquisizione delle evidenze scientifiche disponibili
- b) 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
- c) Formazione operatori vaccinali sulle tecniche di comunicazione e il counseling vaccinale, con particolare attenzione al "counseling multietnico"

**Target** Operatori sanitari coinvolti nelle vaccinazioni.

**Setting** Distretti, Servizi ISP, centri vaccinali, consultori.

**Intersettorialità** Strutture ospedaliere e consultoriali, distretti, mediatori culturali, associazioni immigrati e donne migranti, MMG, PLS.



**Step 2: Produzione 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 ad incrementare le competenze dei genitori e della popolazione in generale, anche quella più difficile da raggiungere, al fine di giungere a scelte di salute consapevoli ed effettivamente praticabili.

**Attività principali**

- d) Produzione di materiale informativo (opuscoli informativi, anche multilingua, distinti per target; locandine, manifesti e video) sulle vaccinazioni dell'infanzia e dell'adolescenza.

**Target** Popolazione generale

**Setting** Scuole, comunità, ambienti sanitari

**Intersettorialità** Strutture ospedaliere e consultoriali, distretti, mediatori culturali, associazioni immigrati e donne migranti, MMG, PLS, cittadini, associazioni di cittadini e pazienti, media locali e regionali

Indicatori di processo	Baseline	Valore Atteso 2015	Valore Atteso 2016	Valore atteso 2017	Valore Atteso 2018
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)				100%	100%
Svolgimento dei corsi di formazione per gli operatori sanitari dell'ASREM			1 corso ASREM	1 corso ASREM	1 corso ASREM
Produzione materiale informativo (es. opuscoli informativi, anche multilingua, distinti per target; locandine, manifesti e video)				100%	100%

**CRONOPROGRAMMA**

Azioni	2015	2016	2017	2018
Step 1:				
Attività a)		X		
Attività b)			X	X
Attività c)		X	X	X
Step 2:				
Attività d)		X		X

- Criticità:**
- a) Difficoltà di reperire strategie di comunicazione di provata efficacia
  - b) Collaborazione da parte di MMG e PLS
  - c) Campagne di contro-informazione da parte di siti internet o associazioni di cittadini.



## **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)	Proporzione di aziende sanitarie in cui è stata attivata la sorveglianza delle CPE
		9.11 Monitorare il consumo di antibiotici in ambito ospedaliero e territoriale	Restituzione annuale delle informazioni relative al consumo di antibiotici alle aziende sanitarie
		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
		9.13 Definire un programma di sorveglianza e controllo delle infezioni correlate all'assistenza	Disponibilità di informazioni sull'andamento delle infezioni correlate all'assistenza in tutte le aziende sanitarie





## 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

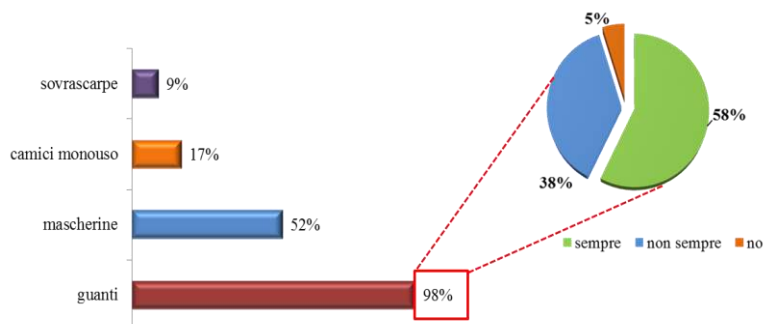
Nel 2013, l’European Center for Disease Control (ECDC) ha pubblicato i risultati di uno studio di prevalenza europeo mirato a stimare la frequenza delle ICA e l’uso di antibiotici negli ospedali per acuti. In Italia, lo studio è stato condotto nel periodo settembre-ottobre 2011 includendo 49 ospedali (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  $47 \pm 10$  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  $18,6 \pm 10,7$  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  $36,5 \pm 7$  e venendo a contatto ogni settimana con  $103 \pm 7$  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 complicità 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 - LE INFEZIONI CORRELATE ALL'ASSISTENZA.



## **Titolo dell'intervento:**

### **LA SORVEGLIANZA DELLE INFEZIONI INVASIVE DA ENTEROBATTERI PRODUTTORI DI CARBAPENEMASI (CPE).**

**9.1** - Implementare la sorveglianza delle infezioni invasive da CPE in accordo con quanto previsto dalla Circolare del Ministero della Salute n. 4968 del 26/02/2013 attraverso la strutturazione di un sistema regionale di sorveglianza e la sensibilizzazione degli attori coinvolti.

#### **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 negli ospedali regionali al fine di conoscere e controllare la diffusione degli enterobatteri produttori di carbapenemasi

***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 nell’Azienda Sanitaria Regionale al fine di controllare e ridurre la loro diffusione”

**indicatore A1)**

- *Definizione:* numero 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 n. 9.1** - Implementare la sorveglianza delle infezioni invasive da CPE in accordo con quanto previsto dalla Circolare del Ministero della Salute n. 4968 del 26/02/2013 attraverso la strutturazione di un sistema regionale di sorveglianza e la sensibilizzazione degli attori coinvolti.

**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 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	Qualitativo	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 la sorveglianza delle CPE nell'azienda sanitaria regionale al fine di controllare e ridurre la loro diffusione	Implementare la sorveglianza delle infezioni invasive da CPE in accordo con quanto previsto dalla Circolare del Ministero della Salute n. 4968 del 26/02/2013 attraverso la strutturazione di un sistema regionale di sorveglianza e la sensibilizzazione degli attori coinvolti	Numero di ospedali partecipanti	Pianificazione	Istituzione e Attivazione	Tutti gli ospedali in rete	Direzioni sanitarie, referenti del laboratorio, azienda Sanitaria Regionale/ Centro di riferimento
					Produzione di report su dati epidemiologici e di sorveglianza di laboratorio			Report annuale relativo alla sorveglianza delle CPE	Predisposizione della modulistica	Raccolta dati	Report annuale	Regione/ Centro di riferimento, Università



## **Titolo dell'intervento:**

### **IL MONITORAGGIO DEL CONSUMO DI ANTIBIOTICI.**

#### **9.2 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 antibioticotераpia, 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:**

**9.11.1** Fornire informazioni utili all'Azienda Sanitaria Regionale sul consumo annuale di antibiotici in ambito ospedaliero e territoriale.

**Attori e portatori di interesse:**

Farmacie ospedaliere, Azienda Sanitaria Regionale e 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 informazioni utili all'Azienda Sanitaria Regionale 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 n. 9.2 - Sviluppo di un piano di monitoraggio finalizzato alla valutazione del consumo di antibiotici a livello ospedaliero e territoriale.**

**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 informazioni utili all'Azienda Sanitaria Regionale sul consumo annuale di antibiotici in ambito ospedaliero e territoriale	Sviluppo di un piano di monitoraggio finalizzato alla valutazione del consumo di antibiotici a livello ospedaliero e territoriale	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
								Consumo ospedaliero di antibiotici nei pazienti ricoverati	Pianificazione della rilevazione	Avvio della rilevazione sistemica	Valutazione del consumo annuale	Farmacie ospedaliere e Direzione Sanitaria ospedaliera
								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
								Report sul consumo annuale ospedaliero ed extra-ospedaliero di antibiotici	Predisposizione moduli-stica	Raccolta dati	Report annuale	Regione, Università



## **Titolo dell'intervento:**

### **INFORMARE PER MIGLIORARE L'USO DEGLI ANTIBIOTICI**

#### **9.3 Migliorare l'uso di antibiotici attraverso una campagna informativa diretta 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:***

**9.12.1** Sviluppare un programma regionale di comunicazione basato sull'evidenza scientifica per aumentare nella popolazione la consapevolezza nell'uso corretto di antibiotici.

##### ***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** “Aumentare nella popolazione la consapevolezza sul corretto utilizzo degli antibiotici”:

##### **indicatore A1)**

- *Definizione:* realizzazione dei 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 n. 9.3 - Migliorare l'uso di antibiotici attraverso una campagna informativa diretta ai cittadini**

**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	Aumentare nella popolazione la consapevolezza sul corretto utilizzo degli antibiotici	Migliorare l'uso di antibiotici attraverso una campagna informativa diretta ai cittadini	Realizzazione dei un programma regionale di comunicazione	Pianificazione	Istituzione e attivazione	Avvio della campagna informativa	Regione, Azienda Sanitaria Regionale Università
								Report relativi all'efficacia dell'intervento di comunicazione attiva	Predisposizione modulistica	Raccolta dati	Report annuale	Regione, Università





## **Titolo dell'intervento:**

### **LE INFEZIONI CORRELATE ALL'ASSISTENZA**

**9.4** Pianificazione e 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:**

**9.13.1** Disponibilità di informazioni sull'andamento delle infezioni correlate all'assistenza nell'Azienda Sanitaria Regionale utili per valutare la qualità delle attività assistenziali e identificare reparti/strutture che presentano particolari criticità e necessità di intervento.

**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 sulle ICA rilevati 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 n. 9.4 - Pianificazione e sviluppo di un programma per la sorveglianza ed il controllo delle infezioni correlate all'assistenza (ICA)**

**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 sulle ICA rilevati nell'Azienda Sanitaria Regionale	Pianificazione e sviluppo di un programma per la sorveglianza ed il controllo delle infezioni correlate all'assistenza (ICA)	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
								Riduzione del tasso di incidenza di ICA	Pianificazione sorveglianza	Sorveglianza attiva	Dati di trend	Referenti del laboratorio Direzione Sanitaria ospedaliera
								Numero di contenziosi giudiziari in tema di responsabilità sanitaria per ICA	Pianificazione	Valutazione quantitativa	Report annuale	Azienda Sanitaria Regionale
								Report di sorveglianza delle ICA	Predisposizione moduli-stica	Raccolta dati	Report annuale	Direzione Sanitaria aziendale e ospedaliera Regione Università



**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 sviluppatesi 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 baseline	Standard di riferimento (Variazione attesa)	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	Digitalizzare la gestione dei medicinali veterinari, dalla prescrizione alla somministrazione agli animali, attraverso l'introduzione della ricetta veterinaria elettronica	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	2 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 di riferimento (Variazione attesa)	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	Digitalizzare la gestione dei medicinali veterinari, dalla prescrizione alla somministrazione agli animali, attraverso l'introduzione della ricetta veterinaria elettronica	OK	Formazione dei partecipanti alla sperimentazione e abilitazione degli utenti all'utilizzo dell'ambiente di test	A4	100%			CSN, IZSAM
							Sperimentazione effettiva (ambiente di produzione) dell'adozione della ricetta veterinaria elettronica	A5	5% delle ricette emesse saranno 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

- *Gli audit previsti dall'articolo 4, paragrafo 6, del Regolamento CE 882/2004;*
- *Integrazione tra Sanità pubblica, Ambiente e Agricoltura;*
- *Le attività della rete dei laboratori*

<i>Titolo del Programma</i>	<i>Macroobiettivo 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>10.12 = Realizzare gli audit previsti dall'articolo 4, paragrafo 6, del Regolamento CE 882/2004</i>  <i>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</i>  <i>10.7 = Assicurare un'adeguata capacità di laboratorio della rete dei laboratori pubblici</i>	<i>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)</i>

### 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.

#### ***Obiettivi Centrali:***

- 10.12 = Realizzare gli audit previsti dall'articolo 4, paragrafo 6, del Regolamento CE882/2004;
- 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 (progetto relativo al punto 10.1);
- 10.5 = Gestire le emergenze veterinarie e relative alla sicurezza alimentare epidemiche e non e gli eventi straordinari (progetto relativo al punto 10.5);
- 10.7 = Assicurare un appropriata capacità di laboratorio della rete di laboratori pubblici (progetto relativo al punto 10.7)

#### ***Obiettivi Specifici:***

Obiettivi specifici dell'azione sono:

- a) Eseguire 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;



- b) Elaborare un piano di campionamento tenendo in considerazione la tipologia di stabilimento, gli alimenti prodotti e le materie prime impiegate, la capacità dei laboratori.

***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 Medici e 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 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 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 25% delle 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;



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.
6. 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.

**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:**

10.12.1 = 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)

**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)**

- o *Definizione: Formazione degli operatori;*
- o *Fonte: ASREM, Regione Molise;*
- o *Tipologia: qualitativo;*
- o *Modalità in cui viene costruito: Redazione del calendario della formazione, erogazione dei corsi, schede di presenza;*
- o *Valore baseline: non rilevato.*

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

##### **indicatore B1)**

- o *Definizione: Esecuzione di audit nel 25% delle 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;*
- o *Fonte: ASREM, Regione Molise;*
- o *Tipologia: quantitativo;*
- o *Modalità in cui viene costruito: atto formale*
- o *Valore baseline: non rilevato.*

##### **indicatore B2)**

- o *Definizione: Verifica e riprogrammazione periodica (semestrale) in base alle attività effettuate e alle evidenze;*
- o *Fonte: ASREM, Regione Molise;*
- o *Tipologia: qualitativo;*
- o *Modalità in cui viene costruito: elaborazione del documento di verifica e riprogrammazione;*
- o *Valore baseline: 0.*

##### **indicatore B3)**

- o *Definizione: Elaborazione del documento sull'andamento degli audit nelle aziende riconosciute che operano nel settore lattiero caseario;*
- o *Fonte: ASREM, Regione Molise;*
- o *Tipologia: qualitativo;*
- o *Modalità in cui viene costruito: elaborazione del documento;*
- o *Valore baseline: 0.*

##### **indicatore B4)**

- o *Definizione: Informatizzazione delle attività previste;*
- o *Fonte: ASREM, Regione Molise;*
- o *Tipologia: qualitativo; Modalità in cui viene costruito: preparazione dei documenti idonei ad essere processati mediante metodologia informatica;*
- o *Valore baseline: 0.*

##### **indicatore B5)**



- o Definizione: Redazione 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 soddisfa le esigenze previste;*
- o Valore baseline: non rilevato.*



# MACRO 10 - PIANI DI CONTROLLO E MONITORAGGIO INTEGRATI PER LA GESTIONE DEL RISCHIO NELLE MATRICI ALIMENTARI

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	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 CE882/2004	10.12.1 = 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)	Outcomes	Non rilevato		Eseguire 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.	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 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						
Macroobiettivo	Obiettivo centrale	Nome indicatore	Tipo	Valore baseline	Standard di riferimento (Variazione attesa)	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	Regione Molise
							Formazione degli operatori	A6		Formazione degli operatori (50% del personale)	Formazione degli operatori (dal 51 al 100% del personale)	Formazione degli operatori	ASREM 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 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 CE882/2004	10.12.1 = 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)	Outcomes	Non rilevato		Elaborazione di un piano di campionamento tenendo in considerazione la tipologia di stabilimento, gli alimenti prodotti e le materie prime impiegate.	Esecuzione di audit nel 25% delle 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	B1		Esecuzione di audit nel 25% delle aziende del settore lattiero-caseario riconosciute basandosi sui dati di produzione (50% della produzione regionale) e in tutte le aziende dopo la ricezione di certificati di analisi sfavorevoli	Esecuzione di audit nel 25% delle aziende riconosciute basandosi sui dati di produzione (51-80 % della produzione regionale) e in tutte le aziende dove sono state rilevate non conformità gravi	Esecuzione di audit nel resto delle aziende riconosciute e in tutte le aziende dove sono state rilevate non conformità gravi	ASREM Regione Molise
							Verifica e riprogrammazione periodica (semestrale) in base alle attività effettuate e alle evidenze	B2	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



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 2015	Valore atteso 2016	Valore atteso 2017	Valore atteso 2018	Sorveglianza Fonte
							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			Informa-tizzazione 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



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 2015	Valore atteso 2016	Valore atteso 2017	Valore atteso 2018	Sorveglianza Fonte
							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> = Rafforzare le attività di prevenzione in sicurezza alimentare e sanità pubblica veterinaria per alcuni aspetti di attuazione del Piano Nazionale Integrato dei Controlli	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

**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'adeguata capacità di laboratorio della rete dei laboratori pubblici.
- Assicurare un'adeguata 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.

Conteggio di OSM - Reg.183/04		Fonte: SINVSA	
RICONOSCIUTA/REGISTRATA	ASL DI COMPETENZA		Totale
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%	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	A2	40%	80%	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%	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	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 operative nazionali.
- 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**

**Obiettivi 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 baseline	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	Predisposizione del progetto didattico  Stesura del programma della simulazione	Svolgimento della simulazione  Analisi dei risultati e predisposizione 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 diffusive 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***

- Creazione di un'anagrafe delle strutture presenti sul territorio che lavorano a vario titolo con la fauna selvatica.
- Prioritizzazione delle malattie da sottoporre a sorveglianza
- Elaborazione di un piano di sorveglianza della fauna selvatica
- 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 baseline	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)	1. Creazione di un'anagrafe delle strutture presenti sul territorio che lavorano a vario titolo con la fauna selvatica 2. Prioritizzazione della malattie da sottoporre a sorveglianza	Elaborazione e adozione del piano di sorveglianza e relative procedure	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	Stesura del programma di formazione	Svolgimento della formazione 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	10.6	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 e predisposizione 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	50%	75%	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	Regione



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, perche 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.*

### **Intersectorialità:**

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 intersectoriale 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	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.	CELIACHIA, ALLERGIE E INTOLLERANZE ALIMENTARI  <i>Linee guida ed iniziative per tutelare il consumatore, assicurando una produzione sicura di alimenti, confezionati e non, idonei alla sua patologia.</i>	Obiettivo specifico regionale:  a) LG - Atto formale regionale  b) realizzazione di materiale didattico  c) organizzazione di corsi di formazione per OSA	a) istruttoria e definizione delle linee guida  b) preparazione condivisa di materiale didattico/informativo  c) organizzazione di almeno un corso di formazione per OSA	a) Approvazione LG con atto formale  b) distribuzione nei corsi e presso associazioni di consumatori del materiale didattico  c) organizzazione di almeno un corso di formazione per OSA	c) organizzazione di almeno un corso di formazione per OSA	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 attesa)	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 ufficiale 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 e ristorazione collettiva sul 10% delle imprese alimentari interessate annualmente		% di imprese controllate sul totale da controllare	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	c) preparazione di materiale informativo/ formativo sulla riduzione del consumo di sale e sulla preferenza di quello iodato		N. pacchetti formativi/ informativi per OSA che hanno inserito al loro interno il materiale preparato	N.1	N.2	N.3	ASReM
					-30%	d) campagne informative sul contenuto della L. n. 55/2005 e sulla necessità di riduzione del consumo di sale		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			≤ 24,7%	Indagine multiscopo ISTAT - Regione
					100%	e) sottoscrizione di accordi/protocolli di intesa con associazioni di categoria		N. accordi/ protocolli sottoscritti			Almeno 1	Regione



<b>MACRO 10: PROGRAMMA REGIONALE "XII" – (DCA N. 24/2015)</b> <b>PREVENZIONE DEL RANDAGISMO</b>
--

**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 igienici-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 eventuale 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, richettsiosi, ehrlichiosi, echinococchi, filariosi).



### **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 diffusive. 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 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	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	150	160	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	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