



Regione Molise

GIUNTA REGIONALE

Mod. D
atto che non
comporta
impegno di spesa

Seduta del 15 LUG. 2013

Deliberazione n. 337

OGGETTO:

Accordo Stato, Regioni e Province autonome di Trento e Bolzano per la proroga del Piano Nazionale Prevenzione 2010-2012. Rep Atti n. 53/CSR del 7 febbraio 2013. Provvedimenti.

LA GIUNTA REGIONALE

riunitasi il giorno 15 LUG. 2013 nella sede dell'Ente con la presenza dei Sigg.:

- 1) di LAURA FRATTURA Paolo
- 2) PETRAROIA Michele
- 3) FACCIOLLA Vittorino
- 4) NAGNI Pierpaolo
- 5) SCARABEO Massimiliano

Presidente
Vice Presidente
Assessore
“
“

Pres.	Ass.
X	
X	
X	
X	
X	

SEGRETARIO: **MOGAVERO Mariolga**

HA DECISO

quanto di seguito riportato sull'argomento di cui all'oggetto (facciate interne) sulla proposta inoltrata da:

- | | |
|-------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> | Presidente Paolo di LAURA FRATTURA |
| <input checked="" type="checkbox"/> | Servizio PREVENZIONE, VETERINARIA E SICUREZZA ALIMENTARE |
| <input type="checkbox"/> | DIREZIONE GENERALE PER LA SALUTE |
| <input type="checkbox"/> | Direttore Antonio FRANCONI |

LA GIUNTA REGIONALE

VISTO il documento istruttorio concernente l'argomento in oggetto;

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

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

b) dei pareri del Direttore Generale per la Salute;

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

VISTO il regolamento interno di questa Giunta;

UNANIME DELIBERA

- 1) di fare proprio il documento istruttorio e la conseguente proposta, corredati dei pareri di cui all'art. 13 del Regolamento interno della Giunta che si allegano alla presente deliberazione quale parte integrante e sostanziale, rinviando alle motivazioni in essi contenute;
- 2) di recepire l'Accordo Stato - Regioni del 7 febbraio 2013 per la proroga del Piano Nazionale della Prevenzione 2010-2012 - Rep. Atti n. 53/CSR;
- 3) di approvare, per l'effetto, la proroga, all'anno 2013, del Piano regionale della Prevenzione della Regione Molise per il triennio 2010-2012, approvato con D.G.R. 30-12-2010, n. 1101 con la rimodulazione, per ciascun intervento implementato, di indicatori e valori attesi al 31-12-2013 come declinata nel richiamato documento istruttorio.



ALLEGATI ATTI

[Handwritten signature]

DOCUMENTO ISTRUTTORIO

Oggetto: *Accordo Stato, Regioni e Province autonome di Trento e Bolzano per la proroga del Piano Nazionale Prevenzione 2010-2012. Rep Atti n. 53/CSR del 7 febbraio 2013. Provvedimenti.*

VISTA la legge regionale 8 Aprile 1997, n. 7 e successive modifiche e integrazioni;

VISTA la deliberazione della Giunta Regionale n. 256 del 19 marzo 2007;

VISTA la deliberazione della Giunta Regionale n. 328 del 21 aprile 2011 e successive collegate;

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

CONSIDERATO:

- che con l'Intesa 29 aprile 2010 – Rep Atti n. 63/CSR, il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano hanno approvato il Piano nazionale della prevenzione – come sub Allegato 1 dell'Intesa di cui è parte integrante;
- che il Piano Nazionale della Prevenzione è parte integrante del Piano Sanitario Nazionale;
- che le Regioni si sono impegnate ad adottare, entro il 30 settembre 2010, il Piano regionale di prevenzione per la realizzazione degli interventi previsti dal P.N.P. 2010-2012;
- che il Piano regionale deve prevedere:
 - a) la continuità delle attività del Piano nazionale della prevenzione 2005- 2007 e successive proroghe, in termini di completamento degli obiettivi non ancora raggiunti e di consolidamento/estensione di quelli raggiunti;
 - b) lo sviluppo di ciascuna delle macroaree individuate dal Piano nazionale della prevenzione ed, all'interno di esse, di un congruo numero di linee di intervento con il coinvolgimento di una quota significativa del target potenziale, fatta salva l'inclusione dell'intervento medesimo nei LEA o in altri atti di pianificazione nazionale o regionale;



c) la messa a regime delle attività di sorveglianza previste dal Piano nazionale della prevenzione 2010 - 2012, in quanto strumento essenziale di conoscenza ad uso del monitoraggio, della valutazione e della riprogrammazione del Piano.

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

1) la medicina predittiva, che si rivolge agli individui sani, ricercando la fragilità o il difetto che conferisce loro una certa predisposizione a sviluppare una malattia;

2) i programmi di prevenzione collettiva che mirano ad affrontare rischi diffusi nella popolazione generale, sia con l'introduzione di politiche favorevoli alla salute, sia con programmi di promozione della salute o di sanità pubblica (come programmi di sorveglianza e controllo delle malattie infettive), sia con interventi rivolti agli ambienti di vita e di lavoro (come controlli nel settore alimentare, delle acque potabili, prevenzione degli infortuni e delle malattie professionali, ecc);

3) i programmi di prevenzione rivolti a gruppi di popolazione a rischio e finalizzati a impedire l'insorgenza di malattie o a diagnosticare precocemente altre malattie, o ancora a introdurre nella pratica clinica la valutazione del rischio individuale e interventi successivi di *counselling* o di diagnosi precoce e trattamento clinico;

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

CONSIDERATO:

- che il documento operativo per l'attuazione delle «linee di supporto centrali» al Piano nazionale della prevenzione 2010-2012, elaborato sulla base dell'Allegato 2 dell'Intesa 29 aprile 2010, è approvato dal Ministro della Salute sentite le Regioni;
- che per ogni linea di supporto centrale, il documento operativo esplicita: rationale, livello di responsabilità, attori coinvolti, obiettivo dell'azione, metodologia, indicatori per il monitoraggio dell'attuazione dell'azione, cronoprogramma e budget;



- che le Regioni sono tenute a trasmettere annualmente alla Direzione operativa del Centro nazionale per la prevenzione e il controllo delle malattie (CCM) idonea documentazione sulle attività svolte, per consentire alla medesima Direzione – con il supporto del Centro nazionale di epidemiologia, sorveglianza e promozione della salute (CNESPS) dell'Istituto Superiore di Sanità - di certificare l'avvenuto raggiungimento degli obiettivi previsti dai Piani regionali anche ai fini di cui all'articolo dell'Intesa 23 marzo 2005;
- che solo in seguito a valutazione positiva degli stati di avanzamento raggiunti, le Regioni accedono alle somme vincolate al raggiungimento degli obiettivi di piano di cui all'art. 1, comma 4 dell'Intesa;
- che i criteri generali per la valutazione e la certificazione dei Piani regionali sono indicati nell'Allegato 3 dell'Intesa 29 aprile 2010;
- che, ai sensi dell'art. 1 comma 4 dell'Intesa 29 aprile 2010 le Regioni e Province autonome hanno confermato per gli anni 2010 / 2012, per la completa attuazione del Piano nazionale della prevenzione, come previsto dall'articolo 4 dell'Intesa del 23 marzo 2005, la destinazione di 200 milioni di euro, oltre alle risorse previste dagli accordi per la realizzazione degli obiettivi del Piano sanitario nazionale, ai sensi dell'art. 1, comma 34 della L. 27 dicembre 1996. n. 662 , e successive integrazioni. Tali somme sono finalizzate a sostenere il raggiungimento degli obiettivi del Piano nazionale della prevenzione 2010-2012, lo sviluppo dei sistemi di sorveglianza e l'armonizzazione delle attività di prevenzione negli ambiti territoriali;

VISTO l'art. 15 (Piano nazionale della prevenzione), dell'Intesa Stato-Regioni sul Patto per la Salute 2010-2012 del 3 dicembre 2009 – Rep. n. 243/CSR;

RICHIAMATI l'articolo 4 comma 1 lettera e) e art. 12 dell'Intesa Stato – Regioni 23 marzo 2005 – Rep. Atti n. 2271/CSR;

VISTA la L. 6 agosto 2008, n. 133 che converte, con modificazioni, il D.L. 25 giugno 2008, n. 112 e che fissa i livelli di finanziamento del S.S.N. per il triennio 2009/2011;

RICHIAMATO il comma 1-quater dell'art. 79 del D.L.25 giugno 2008, n. 112, inserito dalla legge di conversione 6 agosto 2008, n. 133, che ha sostituito l'originario comma 1, con gli attuali commi 1, 1-bis, 1-ter, 1-quater, 1-quinquies, 1-sexies e 1-septies che ha novellato ed integrato l'articolo 1, comma 34-bis, della legge 23 dicembre 1996, n. 662 nei termini di cui appresso: *«Per il perseguimento degli obiettivi di carattere prioritario e di rilievo nazionale indicati nel Piano sanitario nazionale le regioni elaborano specifici progetti sulla scorta di linee guida proposte dal Ministro del lavoro, della salute e delle politiche sociali ed approvate con Accordo in sede di Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e*



le province autonome di Trento e di Bolzano. La Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, su proposta del Ministro della sanità, individua i progetti ammessi a finanziamento utilizzando le quote a tal fine vincolate del Fondo sanitario nazionale ai sensi del comma 34. La predetta modalità di ammissione al finanziamento è valida per le linee progettuali attuative del Piano sanitario nazionale fino all'anno 2008. A decorrere dall'anno 2009, il Comitato interministeriale per la programmazione economica (CIPE), su proposta del Ministro del lavoro, della salute e delle politiche sociali, d'intesa con la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, provvede a ripartire tra le regioni le medesime quote vincolate all'atto dell'adozione della propria delibera di ripartizione delle somme spettanti alle regioni a titolo di finanziamento della quota indistinta di Fondo sanitario nazionale di parte corrente. Al fine di agevolare le regioni nell'attuazione dei progetti di cui al comma 34, il Ministero dell'economia e delle finanze provvede ad erogare, a titolo di acconto, il 70 per cento dell'importo complessivo annuo spettante a ciascuna regione, mentre l'erogazione del restante 30 per cento è subordinata all'approvazione da parte della Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, su proposta del Ministro del lavoro, della salute e delle politiche sociali, dei progetti presentati dalle regioni, comprensivi di una relazione illustrativa dei risultati raggiunti nell'anno precedente. Le mancate presentazione ed approvazione dei progetti comportano, nell'anno di riferimento, la mancata erogazione della quota residua del 30 per cento ed il recupero, anche a carico delle somme a qualsiasi titolo spettanti nell'anno successivo, dell'anticipazione del 70 per cento già erogata»;

CONSIDERATO che, ai sensi dell'art. 1 comma 6 dell'Intesa 29 aprile 2010, il coordinamento dell'attuazione del Piano nazionale della prevenzione - è affidato al Ministero della Salute, Direzione generale della prevenzione sanitaria mentre il Coordinatore operativo di ciascun Piano regionale è individuato - con atto formale della Regione - entro trenta giorni dalla stipula della suddetta Intesa ;

VISTA l'Intesa tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano recante modifiche all'intesa 29 aprile 2010 concernente il Piano nazionale per la prevenzione per gli anni 2010-2012 – Rep. Atti n. 166/CSR sancita il 7 ottobre 2010 con cui si stabilisce, tra l'altro, che il termine del 30 settembre 2010 di cui all'art. 1, comma 2, dell'Intesa Stato-Regioni dei 29 aprile 2010 (Rep . atti 63/CSR dl 29 aprile 2010) è sostituito dal termine del 31.12.2010;

CONSIDERATO, pertanto che il termine del 31.12.2010, così come individuato dall'Intesa Stato-Regioni del 7 ottobre 2010, come termine ultimo per l'adozione, da parte delle Regioni dei propri Piani di prevenzioni attuativi del PNP 2010-2012;



VISTA la D.G.R. 30 dicembre 2010, n. 1101 approvativa del Piano regionale della Prevenzione per il triennio 2010-2012;

RILEVATO che la predisposizione, organizzazione ed esecuzione del Piano Regionale della Prevenzione per il triennio 2010-2012 implica l'azione sinergica di Regione-Direzione Generale per la Salute, Azienda Sanitaria regionale e *stakeholders* opportunamente individuati in relazione agli obiettivi di prevenzione perseguiti;

CONSIDERATO che la suddetta D.G.R. 30.12.2010, n. 1101 è stata inoltrata al Ministero della Salute nei termini stabiliti dalla citata intesa 29 aprile 2010 e che il Ministero ha avviato le attività valutative per le finalità di cui all'art. 79 D.L.112/2008 smi;

VISTA l'Intesa tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano concernente il "Documento per la valutazione dei Piani regionali della prevenzione 2010 - 2012" - Rep. Atti n. 29/CSR del 10.02.2011.

VISTO il D.M. Salute 4 agosto 2011 «Adozione del documento esecutivo per l'attuazione delle linee di supporto centrali al Piano nazionale della prevenzione 2010-2012» pubblicato in GU n. 254 del 31-10-2011;

VISTA l'Intesa, tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano sul documento recante «Piano Nazionale Prevenzione Vaccinale 2012-2014» - Rep. Atti n. 54/CSR del 22 febbraio 2012;

VISTO il Decreto del Presidente della Regione Molise - Commissario ad Acta per l'attuazione del Piano di rientro dai disavanzi del Settore sanitario n. 22 del 31 maggio 2012 con il quale si è provveduto al recepimento, tra l'altro, delle seguenti Intese:

- l'Intesa tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano concernente il "Documento tecnico di indirizzo per ridurre il carico di malattia del cancro - Anni 2011-2013" Rep. Atti n. 21/CSR del 10.02.2011;
- l'Intesa tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano sul documento recante "Piano nazionale per l'eliminazione del morbillo e della rosolia congenita (PNEMoRc) 2010-2015" - Rep. Atti n. 66/CSR del 23.03.2011;



- l'Intesa tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano concernente "Documento di consenso sulle politiche di offerta e le modalità di esecuzione del test per HIV in Italia" - Rep. Atti n. 134/CSR del 27.07.2011;

VISTO l'Accordo 22 novembre 2012 tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano sulla proposta del Ministero della Salute di linee guida per l'utilizzo da parte delle Regioni e Province autonome delle risorse vincolate, ai sensi dell'articolo 1, commi 34 e 34bis, della legge 23 dicembre 1996, n. 662, per la realizzazione degli obiettivi di carattere prioritario e di rilievo nazionale per l'ANNO 2012; - Rep. Atti n. 227/CSR del 22 novembre 2012;

VISTA l'Intesa ai sensi dell'art. 1 comma 34 bis della legge 23 dicembre 1996, n. 662, sulla proposta del Ministro della Salute di deliberazione del CIPE relativa all'assegnazione alle Regioni delle risorse vincolate ai sensi dell'art. 1 comma 34 L. n. 662/96 alla realizzazione degli obiettivi di Piano Sanitario Nazionale per l'ANNO 2012; - Rep. Atti n. 228/CSR del 22 novembre 2012;

VISTO l'Accordo Stato – Regioni Rep. Atti n. 53/CSR del 7 febbraio 2013 relativo alla proroga del Piano Nazionale della Prevenzione con cui si conviene quanto segue:

1. di estendere la vigenza del Piano nazionale della prevenzione 2010 -2012, di cui all'intesa Stato – Regioni del 29 aprile 2010 al 31 dicembre 2013;
2. di confermare il vincolo della certificazione ai fini dell'accesso al finanziamento previsto dagli Obiettivi di piano;
3. di confermare il sistema di valutazione dei Piani regionali di prevenzione (PRP) di cui all'Intesa Stato – Regioni 10 febbraio 2011 per l'annualità 2013;
4. di procedere alla riprogrammazione dei propri Piani regionali di Prevenzione per l'anno 2013 nei termini di seguito indicati:
 - a. aggiornamento del quadro strategico in relazione a nuove proposte progettuali;
 - b. inclusione di nuovi progetti redatti tenendo conto dell'Intesa Stato - Regioni 10 febbraio 2011;
 - c. eventuale eliminazione di uno o più progetti;



- d. mantenimento tal quale dei progetti del PRP 2010-2012, ma con indicazione del valore atteso degli obiettivi al 31 dicembre 2013;
 - e. rimodulazione della struttura (essenzialmente: obiettivi specifici, risultati attesi, target) dei progetti del PRP 2010-2012;
 - f. esplicitazione degli indicatori di *output* (prodotti o prestazioni) o di processo o di *proxy* di *outcome*, coerenti con l'obiettivo che si intende raggiungere;
 - g. estensione (in termini di ambito territoriale e target coinvolto) dei progetti "pilota" o di quelli che prevedono una copertura non rappresentativa della Regione;
 - h. orientamento, in maniera più incisiva, nei confronti delle tematiche dell'equità e delle disuguaglianze;
5. di avviare i lavori per l'elaborazione del nuovo Piano Nazionale della Prevenzione per il quinquennio 2014 – 2018.

EVIDENZIATO che il conseguimento della certificazione del Piano regionale della Prevenzione ai sensi del combinato disposto degli artt. 4 comma 1 lettera e) e 12 dell'Intesa Stato – Regioni 23 marzo 2005 costituisce, per la Regione Molise, assolvimento dello specifico L.E.A. di cui alla lettera u) del relativo Questionario;

VISTE le note responsabili scientifici delle singole azioni costituenti il Piano della Prevenzione della Regione Molise per il triennio 2010-2012, approvato con D.G.R. 30.12.2010, n. 1101, trasmesse via e-mail e cumulativamente registrate con prot. Assessorato Politiche per la salute n. 8732/2013 con cui, i suddetti, nella spiegata qualità, provvedono alla rimodulazione dei singoli interventi con contestuale specificazione di indicatori e valori attesi al 31.12.2013, in armonia con le indicazioni di cui all'Accordo Stato – Regioni Rep. Atti n. 53/CSR del 7 febbraio 2013 relativo alla proroga del Piano Nazionale della Prevenzione;

VISTA la nota del Responsabile scientifico del programma «Vaccinazioni», prot. Assessorato Politiche per la salute n. 9206/2013 e successiva integrazione, con cui si declinano, con riferimento alla prevenzione vaccinale, le indicazioni operative per l'anno 2013, conformemente al Piano Nazionale di Prevenzione Vaccinale 2012-2014, approvato con Intesa Stato-Regioni del 22 febbraio 2012;

VISTA la nota della Regione Molise – Direzione Generale per la Salute prot. n. 4478 del 25-03-2013 con la quale, la Regione, a riscontro della nota Ministero Salute DGPRE 0002715-P-01/02/2013, ha provveduto a documentare lo stato di avanzamento, alla data del 31-12-2012,



nella realizzazione degli interventi ricompresi nel Piano Regionale della Prevenzione della Regione Molise 2010-2012, ai fini dell'avvio dell'iter formale di certificazione ai sensi dell'art. 1.5. Intesa 29 aprile 2010 (Rep. Atti n. 63/CSR) e nei termini di cui alla successiva Intesa Stato-Regioni 10 febbraio 2011 (Rep. Atti n. 29/CSR);

CONSIDERATO che, alla luce delle suddette note Regione Molise – Assessorato Politiche per la Salute - prot. n. 4478/13, n. 8732/2013, n. 9206/2013, lo stato dell'arte del Piano regionale della prevenzione al 13-12-2012, nonché il valore degli indicatori attesi al 31-12-2013 è definibile come segue:

1) MACROAREA "MEDICINA PREDITTIVA"

cod. 1.1.1. - **PROGETTO CUORE – APPLICAZIONE DELLA CARTA DEL RISCHIO CARDIOVASCOLARE**

Obiettivo generale

Corretta identificazione di individui ad alto rischio cardiovascolare e implementazione di azioni che possano modificare lo stile di vita

Obiettivi specifici

Valutazione del rischio globale assoluto sulla popolazione 35-69 anni mediante implementazione del programma Cuore.exe

Azioni principali

Raccolta schede dai MMG

Applicazione della carta del rischio per la classificazione dei soggetti 35-69 anni senza precedenti eventi cardiovascolari in base al punteggio individuale

Collaborazione con Istituto Superiore di Sanità

Target

Soggetti 35-69 anni, che non abbiano avuto in precedenza un evento cardiovascolare (da escludere donne in gravidanza)

Stato dell'arte al 31 dicembre 2012

Il progetto è in diretta continuazione di quello già previsto e svolto nell'ambito del precedente PRP. Nel corso del 2011 e 2012, i MMG, aderenti già nei precedenti anni, hanno continuato a somministrare il questionario. Per poter aumentare il numero di MMG, si è provveduto ad un incontro il 19.11.2011, insieme ai referenti di un altro progetto che ha in comune la prevenzione di accidenti vascolari (ictus).

In tale occasione si è provveduto a relazionare sul progetto in questione a chiedere un'adesione formale ai MMG presenti. Hanno partecipato 125 medici: i MMG in Molise sono 269; hanno dato l'assenso in 94 (35%).

Le schede inviate vanno validate e controllate.

Si sono immesse nel cuore.exe n. 5010 schede.

L'obiettivo è di arrivare ad inserirne per il 2013 n. 8000 schede validate.

Inoltre si effettuerà un incontro ECM insieme all'Istituto Superiore di Sanità rivolto ai medici MG.



Indicatori	Valore osservato al 31.12.2012	Valore atteso al 31.12. 2013	fonte di verifica
numero schede validate inviate dai MMG	5010	8000	dati ISS
corso regionale di formazione per MMg - in collaborazione con Istituto Superiore di Sanità	0	1	dati regionali

cod. 1.1.2. - **PREVENZIONE DELLE MALATTIE DELL'APPARATO URO-GENTALE MASCHILE: VARICOCELE**

Obiettivo generale

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.

Obiettivi specifici

Allargare a tutti i ragazzi molisani frequentanti la terza media (13-14 anni) lo screening per la ricerca delle malformazioni dell'apparato genitale esterno maschile (varicocele in particolare) già effettuato su parte della popolazione scolastica di alcuni Comuni della provincia di Campobasso.

Azioni principali

Realizzazione screening.

Target

Studenti maschi della scuola secondaria di primo grado della Regione Molise.

Stato dell'arte al 31 dicembre 2012

Sono state visitate 23 scuole in provincia di Isernia e 22 scuole in provincia di Campobasso.

Contattati 866 alunni

Visitati 623 alunni.

Trovati positivi 122.

Confermati con ecocolordoppler 89 ragazzi



Indicatori	Valore osservato al 31.12.2012	Valore atteso al 31.12. 2013	Fonte di verifica
% scuole coinvolte	100%	100%	Attestato dell'Assessorato alla sanità e dell'Ufficio scolastico regionale
N. report semestrali	2	2	Attestato dell'Assessorato alla sanità con invio all'ISS

E' prevista la prosecuzione delle attività di screening per la ricerca delle malformazioni dell'apparato genitale esterno maschile anche per l'anno 2013, in armonia con la tempistica del calendario scolastico regionale con conferma di indicatori, valori e fonti di verifica.

cod. 1.1.3. - AUMENTO DELLA TRANSLUCENZA FETALE COME MARKER PER L'IDENTIFICAZIONE DEI CASI A RISCHIO DI ANEUPLOIDIE FETALI NELLA POPOLAZIONE DEL MOLISE

Obiettivo generale

Individuazione delle gravidanze a rischio (anche in donne di età inferiore a 35 anni) per SD e altre aneuploidie per avviarle agli esami invasivi di conferma (amniocentesi e villocentesi). Elaborazioni dei dati da questionari consegnati alle donne gravide.

Obiettivi specifici / Azioni principali

Screening per la translucenza fetale sulle donne < 35 anni. Diffusione di un opuscolo informativo. Distribuzione di un questionario sull'eventuale presenza di aneuploidie in precedenti gravidanze o in ambito familiare, finalizzato alla creazione di un data base di informazioni da incrociare con la banca dati già esistente sulle malattie rare

Target

Donne gravide con età inferiore a 35 anni (in Molise si registrano circa 2600 parti l'anno di cui 30-40% da gestanti con età uguale o superiore a 35 anni: si stimano circa 1500 gravide che potrebbero partorire neonati con alterazioni genetiche e cromosomiche)

Stato dell'arte al 31 dicembre 2012

Il numero di donne gravide rientranti nello spettro "target" è stato pari a 1212 unità.

La popolazione raggiunta e screenata è pari a 443 unità.

Per evitare la dispersione del questionario si è provveduto, in occasione dell'acquisizione del consenso informato, a somministrare interviste dirette a cura del personale sanitario che ha effettuato l'ecografia alle gravide.

L'attività di screening è stata svolta prevalentemente nel medio e basso Molise (asse Campobasso-Termini Imerese); inadeguato l'apporto di operatori della provincia di Isernia.



Criticità e correttivi

Persiste la difficoltà di collaborazione da parte delle strutture della provincia di Isernia.

Non tutte le gravide infra 35enni cui è stato proposto lo screening hanno accettato di sottoporvisi.

E' necessario, pertanto, procedere ad una rimodulazione dei valori, in considerazione della circostanza che i valori indicati come attesi sono "spuri" in quanto calcolati sul numero verosimile di parti per anno e sul presupposto che la totalità delle gravide molisane infra 35enni aderisca al programma di screening ovvero si rivolga a professionisti competenti nel settore ecografico, dipendenti dell'Asrem e aderenti al presente intervento, dato sicuramente non realistico di cui non si è tenuto debitamente conto in sede di progettazione dell'intervento.

Indicatori	Valore osservato al 31.12.2012	Valore atteso al 31.12.2013	Fonte di verifica
% donne molisane gravide al di sotto dei 35 anni screenate	36.5%	40%	Dati flussi regionali
% donne screenate che riconsegnano il questionario	50%	50%	Dati flussi regionali

2) MACROAREA "PREVENZIONE UNIVERSALE"

cod. 2.1.1. - L'EDUCAZIONE E L'INFORMAZIONE NELLA PREVENZIONE DEGLI INCIDENTI STRADALI

Obiettivo generale

Riduzione della mortalità e disabilità conseguenti ad incidenti stradali, connessi in particolare alla guida sotto l'effetto di sostanze o al mancato utilizzo dei dispositivi di protezione individuale, nei giovani di età 15-30 anni.

Obiettivi specifici

Far acquisire/aumentare nei facilitatori competenze utili per pianificare e realizzare interventi informativo/educativi in contesti aggregativi/del divertimento e in contesti educativi/formativi.

Far acquisire nei giovani 15-30 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).

Monitorare gli accessi al Pronto Soccorso per infortunistica stradale (ULTERIORE OBIETTIVO PER IL 2013).

Azioni principali

Individuazione e formazione degli operatori sanitari che si costituiscono come gruppi locali tematici.

Creazione e mantenimento di collaborazioni con enti del territorio coinvolti e interessati al tema degli incidenti stradali.

Individuazione e formazione dei facilitatori dell'azione preventiva a cura degli operatori sanitari formati.

Pianificazione e attivazione di interventi di prevenzione degli incidenti stradali nei contesti del divertimento e nei contesti educativo-formativi a cura degli operatori sanitari e dei facilitatori dell'azione preventiva individuati localmente.

Valutazione della formazione e degli interventi.

Target

Target primario: Giovani 15-30 anni residenti in Molise.

Target secondario: facilitatori dell'azione preventiva.

Stato dell'arte al 31 dicembre 2012



Nel corso del primo quadrimestre 2012 oltre agli incontri con i vari *stakeholders* ampio spazio è stato dato alla rimodulazione delle attività progettuali per dare alle stesse un'impronta educativo-formativa ad ampio respiro e più confacente al superamento delle difficoltà inizialmente riscontrate.

Ci si è quindi concentrati sulla rimodulazione della comunicazione. Per una maggiore adesione e coinvolgimento dei facilitatori, particolare attenzione è stata data soprattutto alla elaborazione dell'opuscolo informativo-educativo da divulgare nelle scuole di 2 grado di tutta la regione (che avevano manifestato interesse al progetto), nonché presso le scuole guida e centri di divertimento che avrebbero aderito all'iniziativa.

Per una maggiore tracciabilità del progetto, in oltre, si è proceduto anche alla elaborazione di questionari "conoscitivi" da somministrare prima e dopo gli eventi formativi, nonché come base di un'indagine campionaria sulla consapevolezza dei giovani in tema di sicurezza stradale.

Nel corso del 2 e 3 quadrimestre sono stati tenuti 5 incontri di formazione a cui hanno partecipato diverse figure sia dipendenti ASReM sia uno dei principali gestori di discoteche del comune di Campobasso due istruttori/gestori di scuola guida delle province di Campobasso ed Isernia.

Nel mese di settembre è stato concordato con la Direzione Generale dell'Ufficio Scolastico Regionale del Molise un bando di Concorso regionale per le scuole secondarie di I e II grado "Io non ci casco e... tu?" anno scolastico 2012-13, è stata formalizzata la commissione giudicatrice dei lavori e sono stati tenuti 3 corsi di formazione a cui hanno aderito 78 insegnanti delle scuole di 2 grado della provincia di Campobasso ed Isernia.

Il 27 maggio 2013 in occasione di un incontro allargato a tutte le scuole partecipanti al concorso, si è proceduto alla premiazione di 6 lavori.

Attivazione percorsi di formazione.

Si è proceduto alla elaborazione:

- opuscolo informativo (base per gli incontri di formazione)
- questionari pre e post formazione ai giovani ed adulti a giugno 2012
- CD-ROM con tutto il materiale didattico utilizzato ed ampia bibliografia sul tema degli incidenti stradali.

OBIETTIVI 2013 dell'azione codice. 2.1.1. - L'educazione e l'informazione nella prevenzione degli incidenti stradali

Consolidare e ampliare i risultati raggiunti nel corso del 2012. Monitorare gli accessi al PS per infortunistica stradale.

Per l'anno 2013 si provvederà all'implementazione ed integrazione di un modulo sugli incidenti stradali nel progetto nazionale CCM "SINIACA".

Indicatori	Valore osservato al 31.12.2012	Valore atteso al 31/12/2013	Fonte di verifica
Attivazione percorsi di formazione per operatori sanitari	100% (2 corsi di formazione per operatori sanitari)	n. 1 Convegno aziendale organizzato dall'ASReM sulla problematica degli incidenti stradali	Sistema accreditamento formazione ECM nazionale/regionale
Individuazione e reclutamento facilitatori dei contesti educativi/formativi e del divertimento	80%	100% Almeno 20 facilitatori dei contesti educativi/formativi e del divertimento Oltre agli insegnanti delle scuole di II grado, verrà promosso il coinvolgimento anche dei gestori di locali ludico-ricreativi e alle scuole guida che scarsa adesione hanno dato nel corso dell'anno 2012	Registri o fogli di iscrizione ai corsi
N° corsi di formazione attivati per i facilitatori	100% (2 corsi di formazione per facilitatori)	3° corso di formazione per facilitatori	Piani locali di formazione, reportistica
Realizzazione da parte dei facilitatori formati di interventi nei contesti educativi/formativi e del divertimento	4 interventi	Ulteriori 4 interventi e reportistica finale	Schede di monitoraggio
Aggiornamento della banca dati/anagrafe degli incidenti stradali mediante implementazione ed integrazione di un modulo sugli incidenti stradale nel progetto nazionale SINIACA	Indicatore non previsto nel triennio 2010-2012. Si intende valutare il fenomeno degli incidenti stradali anche attraverso gli accessi al PS	SI Coinvolgimento di almeno 2 delle 3 UO-Pronto Soccorso operanti nella ASReM	Reportistica



cod. 2.2.1. - PREVENZIONE DEGLI INFORTUNI E DELLE PATOLOGIE LAVORO-CORRELATE NEL COMPARTO DELLE COSTRUZIONI

Obiettivo generale

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

Obiettivi specifici / Azioni principali

Vigilanza e controllo dei cantieri edili, secondo i criteri quantitativi del Piano Nazionale Edilizia e privilegiando i cantieri che già dall'esterno mostrano gravi e diffuse carenze di sicurezza per i rischi di caduta dall'alto e seppellimento.

Sorveglianza sanitaria delle patologie lavoro-correlate da parte dei medici competenti (D.lgvo 81/88 e s.m.i), compreso il controllo della congruità dei protocolli di sorveglianza ai rischi normati e valutati.

Informazione e assistenza alle imprese attraverso contatti con i Coordinatori per la sicurezza e i datori di lavoro.

Formazione dei lavoratori, RLS e tecnici di cantieri.

Target

Imprese (datori di lavoro, coordinatori per la sicurezza, medici competenti, lavoratori e tecnici di cantiere).

Stato dell'arte al 31 dicembre 2012

Il progetto sostanzialmente ha sofferto una soluzione di continuità nel 2012 per motivi legati sostanzialmente ad una sopravvenuta indisponibilità del personale preposto alle attività.

Nel corso nel 2013, pertanto, si provvederà al raggiungimento degli obiettivi già declinati per la data del 31.12.2012 perché la linea progettuale possa raggiungere gli esiti originariamente previsti.

Pertanto, gli obiettivi sia quello generale che gli obiettivi specifici restano confermati.

Anche gli indicatori restano confermati con la sola esclusione dell'indicatore «percentuale cantieri positivi su cantieri ispezionati» perché meramente aleatorio, non ragionevolmente misurabile a priori, e in definitiva inutile ai fini del raggiungimento degli obiettivi del progetto.

Il piano di azione consiste essenzialmente nella esecuzione di attività ispettive su cantieri attivi, rilevabili a vista su tutto il territorio regionale.

Il piano di azione include anche l'esecuzione delle attività formative per i datori di lavoro, coordinatori etc. oltre che dei lavoratori e tecnici di cantiere, direttamente sui cantieri attraverso le modalità e gli strumenti già individuati e consolidati in occasione del precedente Piano regionale di prevenzione.

Inoltre gli operatori partecipanti al progetto non operano su quantitativi prestabiliti di cantieri, né questi ultimi devono avere una dislocazione territoriale preventivamente stabilita e da rispettare; in questo modo non si corre il rischio di lasciare fuori dall'intervento preventivo territori con numero di cantieri maggiore rispetto ad altri (vedi ad esempio la cosiddetta "zona del cratere" interessata dalla ricostruzione post-terremoto del 2002, dove la concentrazione numerica di cantieri è particolarmente elevata rispetto ad altri territori).

La criticità verificatasi nel passato e consistente nella defezione, in corso d'opera, di quota parte degli operatori impegnati nel progetto, è stata affrontata e risolta mediante introduzione di uno strumento di "audit" costituito da un report mensile dell'attività che ogni operatore deve effettuare ed inoltrare al referente del progetto: in questo modo gli operatori inadempienti (zero cantieri in un mese) vengono automaticamente estromessi dal progetto e sostituiti con altri operatori.

Indicatori	Valore atteso al 31.12.2012	Valore osservato al 31.12.2012	Valore osservato al 31/12/2013	Fonte di verifica
Riduzione del tasso di gravità: percentuale infortuni permanenti e mortali sul totale degli	8,5%	Non Rilevato	8,5%	Flussi informativi INAIL



infortuni indennizzati nel comparto costruzioni				
% cantieri ispezionati su cantieri previsti	100% (263 cantieri)	Non Rilevato	100% (263 cantieri)	Numeratore: scheda riepilogativa attività di vigilanza. Denominatore: dati Regionali PN edilizia 2008-2010
% cantieri positivi su cantieri ispezionati		Non Rilevato	INDICATORE SOPPRESSO	INDICATORE SOPPRESSO (*)
% cantieri controllati per sorveglianza sanitaria su cantieri ispezionati	100%	Non Rilevato	100%	Scheda riepilogativa attività di vigilanza
% interventi formativi per lavoratori effettuati su cantieri ispezionati	100% (263 interventi)	Non Rilevato	100% (263 interventi)	Scheda riepilogativa attività di formazione
% interventi informativi per datori di lavoro su interventi previsti	100% (36 interventi)	Non Rilevato	100% (36 interventi)	Schede riepilogative degli Atti

(*) N.B.: Viene annullato e soppresso l'indicatore «percentuale cantieri positivi su cantieri ispezionati» perché meramente aleatorio, non ragionevolmente misurabile a priori e del tutto superfluo ai fini del raggiungimento degli obiettivi del progetto.

cod. 2.2.2. - INFORMAZIONE E FORMAZIONE SUL LAVORO IN AGRICOLTURA: ASSISTENZA PROCEDURALE E DISCIPLINA IN MERITO DI SICUREZZA SUL LAVORO

Obiettivo generale

Fornire informazioni utili all'imprenditore agricolo rispetto ad alcuni adempimenti di base nei settori della sicurezza sui luoghi di lavoro e in quello dell'assistenza in materia di tutela dagli infortuni sul lavoro, anche in virtù delle nuove disposizioni riportate nel D.lvo 81/2008

Obiettivi specifici

Svolgimento di corsi di formazione per gli operatori agricoli necessari a fornire le dovute informazioni sugli adempimenti previsti nel D.lgvo 81/2008

Azioni principali

Primo livello: informazione sui diritti del cittadino e assistenza agli operatori e ai datori di lavoro sulle normative assistenziali
Secondo livello: formazione continua sul D.lgvo 81/2008 mediante corsi di formazione per operatori e datori di lavoro di 16 ore per RLS e RSPP

Target

Operatori agricoli comunitari e non che conoscono la lingua italiana e sono residenti in Molise

Stato dell'arte al 31.12.2012

Con circa 8 mila addetti (per la precisione 7.704) l'agricoltura regionale, nel corso del 2010, ha occupato circa l' 1% della manodopera agricola nazionale e il 7,4% del totale degli occupati regionali.

La dinamica negativa della occupazione in agricoltura registrata negli anni della crisi economica si è tradotta, in Molise, con riferimento al triennio 2008-2010, nella perdita di 1.266 posti di lavoro; solo nel corso del 2010 la tendenza negativa si è



arrestata con un incremento occupazionale che in regione ha fatto registrare una variazione percentuale del 1,45%, tuttavia inferiore sia alla crescita registrata a livello nazionale (+1,89%), sia a quella registrata nel Mezzogiorno (+1,98%) (Fonte: Unioncamere Molise su dati ISTAT).

La contrazione degli occupati in regione é acuita anche dalla tradizionale bassa redditività delle imprese agricole molisane che, soprattutto nelle aree non irrigue, non garantiscono redditi soddisfacenti a causa delle scarse rese e del sottodimensionamento che caratterizza strutturalmente il settore.

Il ricambio generazionale unito a programmi mirati per la formazione professionale possono contribuire al rilancio del settore e al miglioramento delle performance economiche.

Quanto alla sicurezza in agricoltura, il Rapporto annuale regionale INAIL, anno 2011 evidenzia, per il Molise, una chiara tendenza alla diminuzione degli infortuni sul lavoro; 680 eventi denunciati in regione nel 2009; 613 nel 2010 e 552 nel 2011 con una riduzione pari al 18,8% rispetto al 2009. Inoltre, nel 2009 si sono registrati 4 infortuni mortali, mentre nel 2010 sono stati 2; nessuno nel 2011.

Il trend, assolutamente confortante, anche in considerazione del sostanziale mantenimento del livello occupazionale nel triennio 2009-2011 (circa 8.000 addetti), certamente può essere ricondotto anche alla maggiore consapevolezza acquisita dagli operatori agricoli regionali sulla importanza a partecipare a corsi di formazione e aggiornamento professionale, settore nel quale le associazioni di categoria sono particolarmente attive, con innesco di virtuosi meccanismi di formazione "a cascata" ("formati" che diventano a loro volta "formatori").

Nel corso del 2012 sono stati realizzati n. 3 corsi di formazione relativi al D.Lgs. n. 81/2008 e s.m.i., con il coinvolgimento di n. 54 operatori. E' stato espletato anche un corso aggiornamento. Del totale, 14 soggetti sono operai agricoli, mentre la restante parte è composta da datori di lavoro che assumono meno di 10 addetti. Il primo corso ha riguardato la formazione di 14 operatori agricoli assunti presso l'Azienda Agricola Vivaio Mignogna ed è durato 60 ore con formazione aggiuntiva sulle tecniche vivaistiche; il corso si è svolto a partire dal 17/07/2012 fino al 26/07/2012 presso una sede aziendale in C.da Vicenne - Toro. Due corsi si sono svolti presso il Grand Hotel Rinascimento in Via Labanca a Campobasso, con pasto e pernottamento per i non residenti; il primo si è svolto dal 03/10/2012 al 12/10/2012 per un periodo di 32 ore (4 giorni), mentre il secondo dal 21/11/2012 al 28/11/2012 anche questo per un totale di 32 ore. La frequenza assidua al corso (nessuna assenza in entrambi i casi) ha visto la partecipazione di n. 19 imprenditori nel primo corso e n. 21 nel secondo. L'aggiornamento ha coinvolto 30 imprenditori agricoli formati l'anno precedente.

E' fortemente raccomandata una continuità nelle iniziative implementate di concerto con la Direzione Generale per la Salute della Regione Molise alla luce dei continui aggiornamenti e dei nuovi disposti legislativi (vedasi l'Accordo Stato-Regioni e PPAA relativo all'acquisizione del patentino per l'uso dei trattori).

Presso la C.I.A. di Campobasso sono presenti tutti i documenti relativi allo svolgimento dei corsi (registri presenze e questionari svolti) e al più presto si procederà a consegnare alla Regione - Assessorato Politiche Salute copia dei questionari svolti dai discenti e relativa relazione conclusiva.

Indicatori	Fonte di verifica	Valore osservato al 31/12/2012	Valore atteso al 31.12.2013
Realizzazione corso aggiornamento sicurezza	Dati regionali	1	1
N. adesioni corso di aggiornamento	Dati regionali	30	30
Realizzazione corso formativo sicurezza per imprenditori agricoli e non (mai formati)	Dati regionali	2	2
N. adesioni a corso formativo sicurezza	Dati regionali	40	40



cod. 2.3.1. - PREVENZIONE DEGLI EVENTI INFORTUNISTICI IN AMBITO DOMESTICO

Obiettivo generale

Riduzione dei ricoveri e degli accessi ai PS per infortunistica domestica, in particolare nei bambini <4 anni e negli anziani ultrasessantacinquenni.

Obiettivi specifici /Azioni principali

Sorveglianza degli incidenti domestici (progetto nazionale SINIACA);

Attività di educazione sanitaria e comunicazione istituzionale a più livelli e a diversi target (scuole materne, centri sociali e di aggregazione per gli anziani).

Target

Popolazione della regione Molise di ogni età, anche se il segmento di popolazione maggiormente ritenuto di maggiore interesse è quello degli ultrasessantacinquenni e i bambini di età inferiore ad anni quattro.

Stato dell'arte al 31.12.2012

Si è riuscito a coinvolgere tutti i PS della Regione (Campobasso, Isernia, Termoli, Larino, Venafro ed Agnone).

Per poter raggiungere il maggior numero di genitori e bambini, si sono svolti incontri con i referenti dell'area salute degli Istituti Comprensivi della Regione, coinvolgendo l'Ufficio Scolastico Regionale: è stato anche previsto un concorso a premi per i migliori elaborati (disegni, slogans, temi, ecc), riuscendo così a raggiungere il 50% degli Istituti della Regione.

Il comitato scientifico ha inoltre preparato un opuscolo e diversi posters per trasmettere messaggi di prevenzione: sono stati diffusi nei posti di maggiore aggregazione della popolazione (80% dei luoghi prefissati nel progetto).

Indicatori	Valore osservato al 31.12.2012	Valore atteso al 31/12/2013	Fonte di verifica
Implementazione della banca dati/anagrafe degli incidenti domestici, con aumento della copertura e di conseguenza del coinvolgimento dei PS regionali	100% (dati 2012)	100% (dati 2013)	ISS
Corsi di educazione sanitaria rivolti a famiglie e bambini di età <4 anni e ad anziani >65 anni	30	35	Attestazione dell'Assessorato Politiche per la Salute - ASREM
Elaborazione e diffusione di opuscoli negli studi di MMG e PLS, farmacie, ipermercati, luoghi di aggregazione, ecc.	Diffusione presso il 80% dei luoghi indicati	Diffusione presso il 100% dei luoghi indicati	Attestazione dell'Assessorato Politiche per la Salute - ASREM

PREVENZIONE VACCINALE:

La deliberazione di Giunta regionale 30 dicembre 2010, n. 1101 approvativa del Piano regionale della Prevenzione per il triennio 2010-2012, con riferimento agli obiettivi di riduzione o eliminazione del carico delle malattie infettive prevenibili da vaccino ha implementato i seguenti interventi:



cod. 2.4.1. MANTENIMENTO E MIGLIORAMENTO DELLA COPERTURA VACCINALE CONTRO IL MORBILLO NEI BAMBINI E NEGLI ADOLESCENTI E DELLA ROSOLIA NELLE GIOVANI DONNE ANCORA SUSCETTIBILI;

Obiettivo generale

Raggiungere e mantenere l'eliminazione del morbillo interrompendone la trasmissione indigena.
Ridurre e mantenere l'incidenza della rosolia congenita a valori inferiori ad un caso ogni 100.000 nati vivi.

Obiettivi specifici

Raggiungere e mantenere una copertura vaccinale del 95% per la prima dose di MPR entro i 24 mesi di vita in tutti e 4 gli ambiti territoriali dell'ASReM.

Raggiungere una copertura vaccinale del 90% per la seconda dose di MPR entro il compimento dell'11° anno in tutti e 4 gli ambiti territoriale dell'ASReM.

Definire e attuare iniziative vaccinali supplementari rivolte alle popolazioni suscettibili sopra ai 2 anni inclusi gli adolescenti e i soggetti a più rischio (operatori sanitari e scolastici).

Individuare e analizzare per ogni singolo ambito i motivi della mancata o ritardata vaccinazione ed intraprendere azioni correttive al fine del raggiungimento dell'obiettivo.

Definire e attuare iniziative vaccinali supplementari rivolte a donne in età fertie suscettibili alla rosolia.

Definire una linea guida aziendale per le figure mediche interessate (MMG e PLS) per migliorare la tempistica di segnalazione dei casi di morbillo.

Migliorare l'indagine epidemiologica dei casi di morbillo ed eliminazione dei casi di morbillo di seconda generazione successivi al caso indice.

Garantire la diffusione del nuovo PRP tra gli operatori sanitari e tra la popolazione generale.

Azioni principali

Costituzione e formalizzazione di una unità ambito di progetto (UAP) che garantisca, in ciascuno dei 4 Ambiti del Territorio, la realizzazione delle azioni previste.

Kepp-up: offerta attiva e gratuita del vaccino MPR a tutti i nuovi nati.

Catch-up: recupero dei non vaccinati MPR; recupero delle donne suscettibili alla rosolia.

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

Follow up: miglioramento del sistema di notifica a livello regionale, verifica sierologica di ogni caso di morbillo. Registrazione nell'anagrafe vaccinale dei bambini vaccinati per il monitoraggio delle coperture. Formazione-informazione degli operatori sanitari sul counseling vaccinale e la gestione delle emergenze vaccinali. Promozione dell'adesione consapevole alla vaccinazione mediante informazione e comunicazione personalizzata allo specifico target.

Target

Tutti i nuovi nati. Tutti i ragazzi fino ad 11 anni (registrati all'anagrafe vaccinale regionale). Tutta la popolazione suscettibile al morbillo. Tutte le giovani donne suscettibili alla rosolia.

cod. 2.4.2. MIGLIORAMENTO DELLA COPERTURA VACCINALE ANTIPNEUMOCOCCICA NELL'INFANZIA;

Obiettivo generale

Ridurre le infezioni invasive e non invasive da Streptococco Pneumoniae nella popolazione infantile.

Obiettivi specifici

Raggiungere e mantenere una copertura vaccinale dell'80% entro i 24 mesi di vita in tutti e 4 gli ambiti territoriali dell'ASReM.

Individuare e analizzare per ogni singolo ambito i motivi della mancata o ritardata vaccinazione ed intraprendere azioni correttive al fine del raggiungimento dell'obiettivo.

Definire e attuare iniziative vaccinali supplementari rivolte alle popolazioni suscettibili fino al quinto anno di vita.

Definire una linea guida aziendale per le figure mediche interessate (MMG e PLS) per migliorare la tempistica di segnalazione dei casi di meningite da Streptococco Pneumoniae.

Migliorare l'indagine epidemiologica dei casi di meningite da Streptococco Pneumoniae ed eliminazione dei casi di meningite di seconda generazione successivi al caso indice.



Garantire la diffusione del nuovo PRP tra gli operatori sanitari e tra la popolazione generale.

Azioni principali

Costituzione e formalizzazione di una unità ambito di progetto (UAP) che garantisca, in ciascuno dei 4 Ambiti del Territorio, la realizzazione delle azioni previste.

Kepp-up: offerta attiva e gratuita del vaccino coniugato 13 valente a tutti i nuovi nati.

Catch-up: recupero dei non vaccinati e dei suscettibili.

Follow up: miglioramento del sistema di notifica a livello territoriale, tipizzazione sierologica di ogni caso di meningite. Registrazione nell'anagrafe vaccinale dei bambini vaccinati per il monitoraggio delle coperture. Formazione-informazione degli operatori sanitari sul counseling vaccinale e la gestione delle emergenze vaccinali

Target

Tutti i nuovi nati. Tutti i bambini fino al quinto anno di vita suscettibili all'infezione da pneumococco.

cod. 2.4.3. MANTENIMENTO E MIGLIORAMENTO DELLA COPERTURA VACCINALE ANTI HPV NELLE GIOVANI ADOLESCENTI;

Obiettivo generale

Prevenire le infezioni e le lesioni associate allo sviluppo di neoplasie da HPV nel target primario migliorando l'adesione alla vaccinazione HPV nelle giovani adolescenti.

Obiettivi specifici

Raggiungere e mantenere una copertura vaccinale del 95% a tre dosi nelle coorti in cui c'è stata l'offerta attiva della vaccinazione anti HPV.

Individuare e analizzare per ogni singolo ambito i motivi della mancata o ritardata vaccinazione ed intraprendere azioni correttive al fine del raggiungimento dell'obiettivo.

Garantire la diffusione del nuovo PRP tra gli operatori sanitari e tra la popolazione generale.

Azioni principali

Costituzione e formalizzazione di una unità ambito di progetto (UAP) che garantisca, in ciascuno dei 4 Ambiti del Territorio, la realizzazione delle azioni previste.

Kepp-up: offerta attiva e gratuita del vaccino HPV a tutte le bambine al compimento dell'11-esimo anno.

Catch-up: recupero delle non vaccinate

Registrazione nell'anagrafe vaccinale delle coorti vaccinate per il monitoraggio delle coperture. Formazione-informazione degli operatori sanitari sul counseling vaccinale e la gestione delle emergenze vaccinali. Informazione e comunicazione personalizzata allo specifico target con predisposizione di apposito materiale informativo e incontri presso le scuole medie nelle aree dove è richiesta una maggiore attività di catch up.

Target

Ragazze dall'11° anno di vita fino al compimento del 16° anno di vita.

cod. 2.4.4. MIGLIORAMENTO DELLA COPERTURA VACCINALE ANTIMENINGOCOCCICA C NELL' INFANZIA E NEI GIOVANI ADOLESCENTI.

Obiettivo generale

Ridurre le infezioni invasive e non da Neisseria meningitidis nella popolazione infantile e negli adolescenti.

Obiettivi specifici

Raggiungere e mantenere una copertura vaccinale dell'80% entro i 24 mesi di vita, in tutti e 4 gli ambiti territoriali dell'ASReM.

Raggiungere e mantenere una copertura vaccinale del 65% nella coorte degli adolescenti di anni 11.

Individuare e analizzare per ogni singolo ambito i motivi della mancata o ritardata vaccinazione ed intraprendere azioni correttive al fine del raggiungimento dell'obiettivo.

Definire e attuare iniziative vaccinali supplementari rivolte alle popolazioni suscettibili sopra i due anni inclusi gli adolescenti fino all'età pediatrica.



Definire una linea guida aziendale per le figure mediche interessate (MMG e PLS) per migliorare la tempistica di segnalazione dei casi di meningite da *Neisseria meningitidis*.

Migliorare l'indagine epidemiologica dei casi di meningite da *Neisseria meningitidis* ed eliminazione dei casi di seconda generazione successivi al caso indice.

Garantire la diffusione del nuovo PRP tra gli operatori sanitari e tra la popolazione generale.

Azioni principali

Costituzione e formalizzazione di una unità ambito di progetto (UAP) che garantisca, in ciascuno dei 4 Ambiti del Territorio, la realizzazione delle azioni previste.

Kepp-up: offerta attiva e gratuita del vaccino coniugato antimeningococco C a tutti i nuovi nati.

Catch-up: offerta attiva e gratuita del vaccino coniugato antimeningococco C a tutti i bambini nel corso dell'11-esimo anno di vita. Recupero dei non vaccinati e dei suscettibili.

Follow up: miglioramento del sistema di notifica a livello territoriale, tipizzazione sierologica di ogni caso di meningite. Registrazione nell'anagrafe vaccinale dei bambini vaccinati per il monitoraggio delle coperture. Formazione-informazione degli operatori sanitari sul counseling vaccinale e la gestione delle emergenze vaccinali.

Target

Tutti i nuovi nati. Tutti i bambini nel corso dell'11° anno di vita.

OBIETTIVI PER L'ANNO 2013

Il nuovo Piano Nazionale di Prevenzione Vaccinale 2012-2014, approvato con Intesa Stato-Regioni del 22 febbraio 2012, costituisce il documento-guida per la pianificazione di politiche di sanità pubblica rivolte alla riduzione o all'eliminazione del carico delle malattie infettive prevenibili da vaccino.

L'obiettivo principale è quello di armonizzare le strategie vaccinali presenti in Italia per poter superare le eventuali disuguaglianze nella prevenzione di queste patologie e nell'accesso ai servizi da parte di tutti i cittadini, garantendo un'offerta attiva e gratuita delle vaccinazioni prioritarie per la popolazione generale e per i gruppi a rischio.

Nel PNPV 2012-2014 - Introduzione - si dà atto di quanto segue: in Italia, le malattie per le quali sono state condotte vaccinazioni di massa sono pressoché eliminate (Difterite, Poliomielite) o ridotte ad un'incidenza molto bassa (Tetano, Epatite B, *Haemophilus influenzae* tipo b); per altre malattie, tipiche dell'infanzia, si è pervenuti ad una veloce e costante diminuzione dell'incidenza grazie all'aumento delle coperture vaccinali (Pertosse, Morbillo, Rosolia, Parotite). Queste vaccinazioni, insieme alla vaccinazione anti-influenzale per i soggetti considerati a rischio, sono incluse nei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA) ed offerte attivamente in tutto il Paese anche se i livelli di copertura assicurati nelle diverse realtà geografiche sono eterogenei e non tutti gli obiettivi di controllo delle malattie prevenibili sono stati raggiunti.

Negli ultimi anni sono stati registrati vaccini che hanno dimostrato elevata efficacia nel prevenire malattie infettive con un grave decorso clinico (meningiti ed altre infezioni invasive da *Meningococco C* e da *Streptococcus pneumoniae*), o malattie che, pur decorrendo nella maggior parte dei casi senza complicanze, hanno un'elevata incidenza (varicella).

La Legge Cost. n. 3 del 18 ottobre 2001, nel riformare il Titolo V della Costituzione, ha modificato l'assetto dei rapporti istituzionali tra Stato, Regioni ed Enti Locali, nell'ottica della devoluzione di competenze e responsabilità in materia sanitaria.

Per effetto di tale riforma costituzionale, da un lato le Regioni hanno la responsabilità, quasi esclusiva, dell'organizzazione e gestione del servizio sanitario, dall'altro lo Stato ha la responsabilità di stabilire quali sono le prestazioni sanitarie "essenziali" (LEA) che tutte le Regioni devono offrire ai cittadini, ovunque residenti.

Tutto ciò ha determinato una notevole varietà nell'offerta di prestazioni sanitarie, ed in particolare di quelli vaccinali.



Le politiche vaccinali sono caratterizzate da forte eterogeneità territoriale, con la stessa vaccinazione offerta gratuitamente a tutti i nuovi nati in alcune Regioni e solo ad alcuni soggetti a rischio in altre.

Il nuovo PNPV 2012-2014, nell'ottica della armonizzazione delle strategie vaccinali e del superamento di non accettabili disuguaglianze territoriali, impone, tra l'altro, di garantire l'offerta attiva e gratuita delle vaccinazioni prioritarie per la popolazione generale al fine del raggiungimento e del mantenimento dei livelli di copertura necessari a prevenire la diffusione di specifiche malattie infettive; inoltre di garantire l'offerta attiva e gratuita nei gruppi a rischio delle vaccinazioni prioritarie e di sviluppare iniziative per promuovere le vaccinazioni agli operatori sanitari e ai gruppi difficili da raggiungere.

Il Piano di Prevenzione Vaccinale della Regione Molise 2012/2014, pertanto e in armonia con le indicazioni del Piano nazionale, definisce gli obiettivi vaccinali specifici da raggiungere nella popolazione pediatrica, generale e nei gruppi a rischio, obiettivi verificati annualmente nell'ambito di monitoraggio dei L.E.A.

Nel corso del 2013 si rende necessaria una attività di recupero come termini seguito descritti:

ATTIVITA' DI RECUPERO:

1. Recupero della vaccinazione antipneumococcica a partire dalla coorte 2012;
2. Recupero della vaccinazione antimeningococcica a partire dalla coorte 2011;
3. Recupero bambini coorte 2005/2006 per il richiamo DTPa – IPV e 2° dose MPR;
4. Recupero alla vaccinazione anti – HPV ragazze coorte 2000 e 2001;
5. Recupero adolescenti coorte 1997 per richiamo vaccinazione dTpa 5° dose, vaccinazione antimeningococcica e antivaricella.

Per l'anno 2013 è necessario altresì allargare e migliorare l'offerta della vaccinazione delle donne in età fertile suscettibili alla rosolia; pertanto verrà svolta la seguente attività:

- Chiamata attiva delle donne in età fertile dalla coorte 1983 alla coorte 1990 per vaccinare le suscettibili;
- Somministrazione, in occasione della vaccinazione ai nuovi nati coorte 2013, a tutte le mamme di un questionario conoscitivo dello stato immunitario nei confronti della rosolia, al fine di invitarle a sottoporsi, qualora suscettibili, alla vaccinazione anti-rosolia con vaccino trivalente MPR.

Per il raggiungimento di tali obiettivi vaccinali è necessario migliorare l'offerta attiva, coinvolgendo i PLS e i MMG nell'opera di sensibilizzazione degli adempimenti che saranno oggetto di accurato monitoraggio.

- Miglioramento dell'anagrafe vaccinale;
- Accorpamento dei piccoli ambulatori e dell'attività vaccinale negli ambulatori siti nei Poliambulatori e nei Distretti al fine di consentire ai vaccinati sicurezza ed efficacia della prestazione;
- Definizione di Protocolli Operativi per tutti gli ambulatori vaccinali in modo da standardizzare le vaccinazioni e renderle comuni a tutta l'Azienda.

Per le finalità di cui all'Accordo Stato, Regioni e Province autonome di Trento e Bolzano per la proroga del Piano Nazionale Prevenzione 2010-2012. Rep Atti n. 53/CSR del 7 febbraio 2013, si declinano i seguenti obiettivi, come rimodulati ed ampliati:



Tipo di vaccino	Obiettivo di copertura %	Coorte di riferimento	Chiamata attiva
Vaccinazione anti DTPa Poliometite – Epatite B – HIB	≥ 95	2011	x
Vaccinazioni MPR 1 dose	≥ 95	2011	x
Vaccinazione antipneumococcica nuovi nati	≥ 75 per 1° dose	2013	x
Vaccinazione antimeningococcica tipo C	≥ 70	2012	x
Vaccinazione anti DTPa Poliometite	≥ 95	2006	x
Vaccinazioni MPR 2 dosi nei bambini	≥ 95	2006	x
Vaccinazioni dTpa negli adolescenti	≥ 80	1998	x
Vaccinazione MPR 2 dosi negli adolescenti	≥ 80	1998	x
Vaccinazione antimeningococcica tipo c negli adolescenti	≥ 70	1998	x
Vaccinazione antivaricella agli adolescenti suscettibili	≥ 30	1998	x
Vaccinazione anti HPV 3 dosi nelle dodicenni	≥ 70	2001	x
Vaccinazione MPR 2 dosi negli adolescenti	≥ 85	2001	x
Vaccinazione anti HPV prima dose nelle dodicenni	≥ 80	2002	x
Vaccinazione antinfluenzale negli ultra sessantacinquenni	≥ 75	Dal 1948	
Stato immunitario nei confronti della rosolia	≥ 60 lettere	1983 al 1990	x
Questionari da somministrare su stato immunitario per rosolia	≥ 60	Madri dei nati nel 2013	
Donne suscettibili alla rosolia da vaccinare	30%	Madri nati 2013	x

cod. 2.5.1. - PREVENZIONE DELLE INFEZIONI CORRELATE ALL'ASSISTENZA SANITARIA

Obiettivo generale

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

Obiettivi specifici

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

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

Azioni principali

Verifica sulla istituzione e attività delle CIO dei PP.OO.

Monitoraggio degli errori clinici.

Interazione con figure chiave, es. coordinatori infermieristici per quanto concerne specifiche pratiche assistenziali

Monitoraggio delle linee guida eventualmente adottate per: Cateteri Venosi, Sale operatorie, Sterilizzazione, Sanificazione ambientale. Omogeneizzazione delle linee guida su tutte le strutture.

Formazione del personale.

Target

Tutti coloro che prestano assistenza sanitaria e devono rappresentare la base di riferimento per la definizione di protocolli operativi locali che contengano principi standard per il controllo delle ICA e per coloro che hanno responsabilità dirette nell'ambito dei programmi di controllo delle infezioni

Stato dell'arte al 31.12.2012

a) *Linee guida/procedure relative al lavaggio delle mani*: Il personale delle Direzioni Sanitarie facente parte del gruppo di lavoro del progetto 2.5.1. ha compilato, per ogni Unità Operativa di ogni Ospedale Pubblico molisano delle griglie di osservazione mediamente in seguito ad un numero di tre accessi osservazionali per ogni U.O. e quanto rilevato in ogni

Ospedale è stato riportato su un apposito report. Le linee guida, adottate con atto ASReM 1967 del 30/12/2011, sono state attuate dall' 85% delle UU.OO.

b) *Linee guida/procedure relative alle procedure di verifica e rintracciabilità dei preparati sterili, alla verifica del funzionamento delle autoclavi:* nel mese di luglio 2012, per verificare l'adeguamento alle linee guida adottate dalla ASReM con provvedimento 1696 del 30/12/2011, ad ogni Centrale di sterilizzazione degli Ospedali Pubblici molisani, è stato somministrato un questionario relativo alle modalità di sterilizzazione e rintracciabilità dei ferri chirurgici e dei tessuti al momento adottate. Il gruppo di lavoro, per verificare l'effettiva applicazione di quanto dichiarato nei questionari ha effettuato nei mesi di agosto e settembre 2012 verifiche in situ presso le centrali di sterilizzazione. Il 100% delle UU.OO. di sterilizzazione ha attuato le linee guida.

AZIONI, OBIETTIVI E INDICATORI PER L'ANNO 2013

Nell'anno 2013 verranno effettuati controlli per prevenire la contaminazione alimentare nelle ristorazioni degli Ospedali pubblici molisani.

Indicatori	Valore al 31.12.2012	Valore atteso al 31.12. 2013	fonte di verifica
Adozione del manuale dell' HACCP nelle ristorazioni dei 6 ospedali pubblici molisani.	-	SI	Regione-ASREM
Verifica corretta applicazione	-	n. 6 sopralluoghi (uno per ogni Ospedale)	Regione-ASREM
Report finale con suggerimenti al Direttore sanitario ASREM per correttivi in caso di riscontro di difformità	-	SI (entro il 31.12.2013)	Regione-ASREM

cod. 2.6.1. ISTITUZIONE DEL SISTEMA DI SORVEGLIANZA DELLE NUOVE DIAGNOSI DI INFEZIONE DA HIV NELLA REGIONE MOLISE E INTERVENTI DI INFORMAZIONE SULLE MALATTIE SESSUALMENTE TRASMESSE

Obiettivo generale

Monitorare l'infezione da HIV. Educare i giovani e le popolazioni a rischio a comportamenti corretti e ridurre il rischio di contrarre malattie sessualmente trasmesse.

Obiettivi specifici

Sorveglianza dei casi di AIDS e delle nuove diagnosi di infezione da HIV secondo le modalità previste dal DM 31/3/2008.

Predisposizione di materiale informativo da consegnare ai soggetti negativi con informazioni sulle MTS e sui tempi in cui effettuare il test dopo comportamenti a rischio oltre ad indicazioni per la prevenzione dell'HIV e delle altre infezioni a trasmissione sessuale.

Organizzazione corsi formazione rivolti al personale dei laboratori di analisi pubblici e privati relativi ad epidemiologia, clinica e diagnostica della malattia da HIV e agli aspetti psicologici relativi al counseling pre-test HIV.

Campagne informative su HIV e su tutte le patologie a trasmissione sessuale.

Target

Popolazione generale. Studenti e altre categorie a rischio (es. popolazione detenuta).



Stato dell'arte al 31.12.2012

Al dicembre 2012 il sistema di sorveglianza per le nuove infezioni da HIV ha continuato il suo percorso con il rilevamento e la comunicazione dei dati all'ISS mediante una piattaforma informatica predisposta.

Il 100% del territorio regionale è stato coperto per i laboratori pubblici.

E' stata coinvolta anche la Fondazione Giovanni Paolo II che invia i test di conferma presso il Policlinico Gemelli di Roma.

Per quanto attiene gli incontri scolastici, la loro effettuazione è stata rallentata dal maltempo. Le scuole della regione sono state chiuse per un mese i capi d'istituto non hanno ritenuto di sottrarre ulteriori ore alle lezioni.

Sono stati effettuati gli incontri nelle carceri.

AZIONI, OBIETTIVI E INDICATORI PER L'ANNO 2013

Si indicano, per l'anno 2013, le seguenti principali azioni:

- a) Implementazione del sistema di sorveglianza con coinvolgimento delle strutture private che attualmente inviano test di conferma a laboratori extraregionali (Fondazione Giovanni Paolo II e l'IRCCS Neuromed);
- b) Coinvolgimento dei medici di base con incontri per sensibilizzarli ad inviare i pazienti ad effettuare il test nei laboratori nei tempi e nei modi adeguati e consegna di materiale informativo.

Indicatori	Valore al 31.12.2012	Valore atteso al 31.12. 2013	fonte di verifica
Completamento del sistema di sorveglianza regionale con acquisizione dei dati d'interesse anche dagli Enti privati IRCCS Neuromed e Fondazione Giovanni Paolo II e loro invio all'ISS insieme ai dati delle Strutture pubbliche	-	SI	ISS
Incontri con i medici di medicina generale provincia di Campobasso e Isernia per attività di sensibilizzazione	-	3 incontri	Regione-ASREM

cod. 2.6.2. PREVENZIONE DELLE PATOLOGIE DA IMPORTAZIONE NELLE DONNE IMMIGRATE

Obiettivo generale

Monitoraggio del fenomeno migratorio per la prevenzione delle patologie da importazione

Obiettivi specifici / Azioni principali

Monitorare, con Ambulatorio dedicato, alcune malattie infettive da importazione

Effettuare, presso i Consultori Familiari, attività di educazione e informazione sanitaria alla popolazione immigrata (anche con un questionario facoltativo sulle condizioni igieniche dell'ambiente familiare e abitativo), counseling, diagnosi precoce, gestione diagnostica dei quadri clinici e terapia degli stessi

Costruzione di sinergie e collaborazioni con altri specialisti

Offerta ed esecuzione di un tampone vaginale completo e HPV (arruolamento di circa il 60% delle donne immigrate)

Creazione di un database con le principali indicazioni sulla patologie da importazione presenti nella Regione

Target

Donne immigrate presenti nella Regione (circa 2900 donne straniere).

Stato dell'arte al 31.12.2012

La stima di donne immigrate presenti nella regione Molise è di circa 2900: di queste, ogni anno, poco più del 20% (circa 600 donne) si rivolge ai Consultori.

Alle donne immigrate che accedono alle Strutture consultoriali è stato somministrato un questionario, a cui hanno risposto in 364 unità. Dai dati elaborati si rileva che:



l'80% ha una posizione legale regolare, il 15% è irregolare, mentre un 5% non ha dato risposta;

il 50% vive in Italia da almeno 5 anni, mentre solo il 20% da meno di 2 anni;
il 30% è coniugata , il 25% è nubile, mentre sono separate o divorziate meno del 10%

l'80% vive con il marito/convivente o con i/il figlio, mentre il 5% è sola;

il 70% è emigrata col marito e/o con i figli, il 5% da sola;

il 50% ha con sé almeno un figlio, il 20% ha figli nel paese di origine e il 30% non ha figli;

i principali motivi che hanno spinto la donna ad emigrare sono nel 50% economici e nel 30% legati a guerra civile/tribale;

per il 60% delle donne, la vita in Italia è cambiata in peggio, è migliorata solo per il 30%;

un 30% vorrebbe tornare nel paese di origine, ma solo dopo aver guadagnato, mentre in Italia vuole stabilirsi definitivamente il 30%;

il 70% ha nostalgia della famiglia di origine;

per l'80% delle donne, la famiglia ha giudicato positiva o neutra la loro decisione di partire;

il 70% delle donne ha deciso di emigrare per sé o per i figli;

i genitori considerano positiva il voler avere più soldi nel 40%, e quindi vivere all'estero, mentre un altro 40% giudica negativo il fare "certi lavori";

il 55% ha un titolo di studio equivalente alla nostra licenza media; il 30% ha un diploma di scuola superiore; il 5% è laureato; il 10% non ha alcun titolo di studio.

le principali attività lavorative dichiarate (80%) riguardano le pulizie (faccende domestiche, accudire la casa) e l'assistenza agli anziani, mentre il 15% non intende dichiarare il proprio lavoro;
nel proprio paese di origine, il 70% svolgeva lavoro come operaia o era casalinga;

la maggior parte (70%) è scontenta del lavoro attuale e vorrebbe migliorare;

i figli vengono lasciati, durante le ore di lavoro, a scuola o presso familiari/amiche;

il marito/convivente lavora nel 70% dei casi ma sono soprattutto lavori saltuari e nel 80% in nero;

la famiglia datrice di lavoro ha chiesto nell'80% dei casi informazione sulla situazione economica e politica del paese di provenienza;

il proprio datore di lavoro ha chiesto notizie (50%) su precedenti esperienze lavorative e sui dati personali (figli, condizione nubile, sposata ecc).

DATI CONCLUSIVI SCREENING 2012 DONNE IMMIGRATE PRESSO CONSULTORI REGIONE MOLISE

ETÀ

<18	19-30	31-40	41-50	51-60	>61
15	155	80	67	23	10

PAESE DI PROVENIENZA

Europa	85
Asia	55
Africa	100
America	56
Non noto	54



POSITIVITÀ

HBV	28
HIV	1
HCV	2
tampone per HPV	12
VDRL	5

OBIETTIVI, INDICATORI E VALORI PER L'ANNO 2013

Si declinano i seguenti valori per l'anno 2013:

Indicatori	Valore osservato al 31.12.2012	Valore atteso al 31.12.2013	Fonte di verifica
% donne immigrate screenate rispetto al numero totale di afflussi	58	60	REGIONE-Attività consultori
% donne screenate che riconsegnano il questionario per raccolta dati	65	70	REGIONE-Attività consultori

cod. 2.8.1. PROGETTO DI CATEGORIZZAZIONE DEL RISCHIO DELLE ATTIVITÀ ALIMENTARI INCLUSI GLI IMPIANTI ACQUEDOTTISTICI E VERIFICA DELL'APPLICAZIONE DELLE RISPETTIVE PROCEDURE DI AUTOCONTROLLO ATTUATE IN AMBITO REGIONALE

Obiettivo generale

Controllo igienico sanitario nei settori della produzione, trasformazione, commercializzazione, trasporto, deposito, distribuzione e somministrazione di alimenti e bevande, comprese le acque minerali e quelle destinate al consumo umano, ai fini della prevenzione e del controllo delle tossinfezioni alimentari e delle patologie collettive di origine alimentare. Sviluppo di una modalità omogenea a livello regionale di attribuzione di rischio alle attività controllate.

Obiettivi specifici

Miglioramento dell'efficacia del processo di controllo ufficiale da parte dei Servizi dell'ASReM per mezzo della conoscenza dei livelli di rischio delle Aziende produttrici di alimenti e degli impianti idrici.

Azioni principali

Sperimentazione e stesura, nel caso delle acque, della scheda di categorizzazione del rischio.

Svolgimento dell'attività, con sopralluoghi del personale tecnico dei SIAN presso le aziende individuate e gli acquedotti per la raccolta delle informazioni necessarie.

Target

Attività da categorizzare (circa 1400, 1200 ristorazione pubblica, 200 ristorazione collettiva, di cui sono da categorizzare il 60%). Enti gestori di Impianti acquedottistici da categorizzare (circa 140, di cui da categorizzare il 20%).

Stato dell'arte al 31.12.2012

Nel 2012 sono state categorizzate 150 aziende di Ristorazione Pubblica, con un valore complessivo nel biennio di 229 (95% dell'obiettivo finale).

Riguardo alla Ristorazione collettiva, sono state categorizzate 23 aziende, per un totale nel biennio di 64 (80% dell'obiettivo finale).

Relativamente agli Enti Gestori di Acquedotto, nel 2012 sono stati categorizzati 20 Enti, per un totale del biennio di 28 (100%).

L'ambito territoriale di Termoli non ha partecipato al Progetto.



AZIONI, OBIETTIVI E INDICATORI PER L'ANNO 2013

Si indicano, per l'anno 2013, le seguenti principali azioni:

- a) Estendere all'intero ambito regionale le attività di categorizzazione sulla ristorazione pubblica e collettiva e sugli acquedotti, con incremento del numero di quelle categorizzate.
- b) Aumentare del 10% il numero delle attività di ristorazione pubblica e collettiva categorizzata e degli acquedotti, con partecipazione dell'ambito territoriale di Termoli.

Indicatori	Valore osservato al 31.12.2012	Valore atteso al 31/12/2013	Fonte di verifica
N. aziende categorizzate sul totale di aziende di ristorazione pubblica e collettiva	229 (95%) ristorazione pubblica, 64 (80%) ristorazione collettiva	incremento 10% ristorazione pubblica; 10% ristorazione collettiva	REGIONE-A.S.RE.M.
N. enti gestori di acquedotti categorizzati sul totale di enti gestori	28 (100%)	Incremento del 10%	REGIONE-A.S.RE.M.
Coinvolgimento ambito territoriale di Termoli (Basso Molise)	-	SI	REGIONE-A.S.RE.M.

cod. 2.9.1. SISTEMA DI SORVEGLIANZA EPIDEMIOLOGICA DELLA REGIONE MOLISE

Obiettivo generale

Sorveglianza di patologie, determinanti e rischi per la salute nella Regione Molise.

Obiettivi specifici

Attivare un sistema regionale di sorveglianza epidemiologica, con funzione di responsabilità condivisa e di rete tra Regione e territorio.

Azioni principali

Costituzione di una struttura centrale (con funzioni di: indirizzo e coordinamento delle attività; elaborazione e diffusione dei dati; piano di formazione; coordinamento, rilievo ed attestazione dei dati di prevenzione sanitaria) e di 5 strutture periferiche (funzioni di raccolta, selezione e trasmissione dei dati di interesse alla struttura centrale; condivisione con la struttura centrale delle priorità di indagine).

Valorizzazione dei flussi informativi disponibili, unitamente ed in rapporto all'analisi dell'offerta, a servizio della programmazione della prevenzione sanitaria.

Messa a disposizione di dati (sociodemografici, morbi-mortalità, organizzazione dei servizi,...) attraverso report semestrali.

Target

Popolazione della Regione.

Stato dell'arte

Il sistema non é stato avviato.



AZIONI, OBIETTIVI E INDICATORI PER L'ANNO 2013

Nell'anno 2013 si intende dare avvio ad alcune tra le attività originariamente previste perché costituiscano una sorta di "laboratorio nonché piattaforma organizzativa" in vista di una profonda riconsiderazione del sistema di sorveglianza epidemiologica regionale nell'ambito del Piano regionale della prevenzione per il quinquennio 2014-2018, ferma restando la auspicabile istituzionalizzazione dell'Osservatorio Epidemiologico regionale, ancora purtroppo mancante nella Regione Molise.

Più precisamente verranno implementate le Strutture regionali per l'acquisizione ed il trattamento dei dati epidemiologici di interesse afferenti i seguenti ambiti:

- a. Registro regionale dei mesoteliomi asbesto-correlati (non attivo);
- b. Registro nominativo delle cause di morte a valenza regionale (non attivo);
- c. Progetto SINIACA (Incidenti domestici) - dati successivi al 2010;
- d. Anagrafe Incidenti stradali - Integrazione con il sistema Siniaca - dati successivi al 2010;
- e. Registro delle Malattie Infettive (non attivo);
- f. Registro della Malattia da HIV (non attivo);
- g. Registro delle MST (non attivo);
- h. Registro della sanità penitenziaria (non attivo);
- i. Registro sulle dipendenze (non attivo);
- j. Struttura regionale di monitoraggio del Piano della Prevenzione.

Indicatori	Valore osservato al 31.12.2012	Valore atteso al 31/12/2013	Fonte di verifica
n. Strutture regionali attivate su Registri previsti	0	10/10	REGIONE-A.S.RE.M.
n. Report annuali	0	1	REGIONE-A.S.RE.M.

cod. 2.9.2. PROGETTO DI SORVEGLIANZA E COMUNICAZIONE DELLE INFORMAZIONI DERIVANTI DAI SISTEMI DI SORVEGLIANZA SUI RISCHI COMPORTAMENTALI NELLE FASCE DI ETÀ DAI 6 AI 17 ANNI E SOSTEGNO ALLO SVOLGIMENTO DI PROGETTI VALIDATI DI EDUCAZIONE ALLA SALUTE SUI DETERMINANTI DI GUADAGNARE SALUTE

Obiettivo generale

Migliorare la conoscenza dei comportamenti correlati alla salute in età infantile/adolescenziale e promuovere stili di vita sani in sempre più stretta collaborazione con il mondo della scuola ed il coinvolgimento di altri Enti, anche con il sostegno a progetti nazionali validati su alimentazione, attività fisica, in coerenza con il Programma nazionale Guadagnare salute e con particolare attenzione agli eccessi e ai difetti nutrizionali, quali quelli di sodio, iodio, acido folico, calcio, ferro e ai DCA.

Azioni principali

Adesione ai sistemi di sorveglianza nazionale 6-17 anni (Okkio alla salute e HBSC-GYTS) previsti per il periodo.

Sviluppo e diffusione di rapporti regionali sui risultati delle indagini ad oggi condotte.

Diffusione materiale di comunicazione sui risultati delle indagini e sulle azioni utili alla prevenzione di eccessi o difetti nutrizionali.

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



Formazione integrata degli operatori già coinvolti nel sistema di sorveglianza nazionale, estensibile ad operatori di altri servizi al fine di comunicare in maniera efficace i dati delle indagini ai target primari (famiglie, insegnanti, alunni). Incontri fra operatori formati e mondo della scuola.

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

Target

100% alunni (e relative famiglie) delle scuole primarie (per l'indagine Okkio alla salute); 70% operatori sanitari (per l'attività di formazione); 60% scuole (per l'attività di comunicazione).

Stato dell'arte al 31.12.2012

Indagine nutrizionale Okkio alla salute portata correttamente a termine nei tempi previsti; comunicazione dei messaggi di Okkio alla salute effettuata in occasione delle rilevazioni nelle 54 classi campionate.

La formazione ha coinvolto sia gli 80 operatori di sanità pubblica partecipanti alle rilevazioni OKkio alla Salute, sia quelli di HBSC, sia altri che hanno chiesto di essere formati, con 3 Corsi di Formazione svolti per OKkio alla Salute (2 edizioni); HBSC: Comunicare per l'azione (3 edizioni) e Comunicazione per la salute (1 edizione svolta nel 2012, ulteriori previste per il 2013) per un totale di 125 persone formate, di cui 45 hanno partecipato a più corsi, relativi alle diverse tematiche.

I risultati delle indagini HBSC sono stati presentati in occasione di incontri nelle scuole e di 2 manifestazioni pubbliche a Isernia (31-5) e a Campobasso (9-10) relative ai temi di Guadagnare Salute, cui hanno partecipato n. 450 persone circa fra discenti, insegnanti e dirigenti, per un totale di 28 scuole raggiunte.

Una diffusione capillare degli strumenti di comunicazione dell'indagine HBSC: Focus Paper (disponibili da metà novembre 2012) e OPEN-MIND (non ancora disponibile) verrà realizzata nel 2013.

Sono stati svolti, inoltre, ulteriori incontri con i dirigenti e gli insegnanti in 29 plessi di 13 scuole primarie, al fine di ampliare la comunicazione dei messaggi di OKkio alla salute per un totale di n. 74 classi e n. 910 alunni in età 6-11 anni raggiunti.

AZIONI, OBIETTIVI E INDICATORI PER L'ANNO 2013

Si indicano, per l'anno 2013, le seguenti principali azioni:

- Elaborazione dati regionali Okkio alla Salute 2012 e preparazione Rapporto Tecnico Regionale e Report per la scuola. Preparazione e stampa materiali divulgativi sia di OKkio alla Salute, che HBSC (disponibili in formato stampabile dal 2013) e svolgimento incontri di comunicazione dei rispettivi risultati e delle azioni consigliate nelle scuole nell'a.s. 2013-2014 e presso i decisori. Ampliamento del numero di operatori sanitari formati sui temi della Comunicazione per la Salute e sui temi di Guadagnare Salute, con estensione ad altre strutture dell'ASREM.
- Preparazione rapporto tecnico e report per le scuole dell'indagine 2012; 20% delle scuole primarie e secondarie raggiunte per incontri di Comunicazione; 20% degli amministratori locali contattati e sensibilizzati sulle azioni di contrasto ai comportamenti a rischio.

Indicatori	Valore osservato al 31.12.2012	Valore atteso al 31.12.2013	Fonte di verifica
N. indagini di sorveglianza nutrizionale completate rispetto al totale di quelle da svolgere nel periodo	1 (100%)	Nessuna indagine nazionale e regionale prevista per il 2013	N. schede e questionari di ciascuna indagine compilati in ciascuna scuola campionata
N. operatori sanitari formati rispetto a quelli coinvolti	125 (>100%)	Ulteriori 100 operatori sanitari formati (oltre gli 80 iniziali)	Fogli di presenza alle giornate di formazione
N. incontri effettuati con insegnanti, famiglie, alunni per la presentazione dei risultati delle indagini, sul totale delle scuole esistenti	42 (81%)	20% incontri svolti presso scuole primarie e secondarie. 20% amministratori locali contattati (136 Comuni, 2 Province e la Regione)	Fogli di presenza agli incontri con il mondo della scuola



3) MACROAREA "PREVENZIONE NELLA POPOLAZIONE A RISCHIO"

cod. 3.1.1. **PROGRAMMA PER LA RIDUZIONE DELLA MORTALITÀ PER CARCINOMA DELLA CERVICЕ UTERINA E PER LA SOSTENIBILITÀ DEL PROGRAMMA DI PREVENZIONE**

Obiettivo generale

Riduzione della mortalità per carcinoma della cervicе uterina nella popolazione femminile a rischio per età (25-44 anni).

Obiettivi specifici /Azioni principali

Integrazione dell'HPV test con la vaccinazione HPV anche attraverso la creazione di una rete tra i database regionali dei due programmi attivi.

Attività di informazione-comunicazione con il coinvolgimento delle amministrazioni locali. Attivazione di percorsi formativi sulla comunicazione efficace nell'ambito della prevenzione rivolti a tutto il personale coinvolto in attività di I e II livello.

Reingegnerizzazione del programma di screening al fine di impostare gli interventi di prevenzione secondaria non come prestazioni ma come "percorsi" offerti al cittadino all'interno delle varie articolazioni organizzative sul territorio, con l'obiettivo dell'efficacia nella pratica.

Target

Popolazione femminile regionale di età 25-64 anni (circa 83.000 soggetti).

Stato dell'arte al 31.12.2012

Attuazione progetto pilota HPV - test con coinvolgimento di tremila residenti nel Capoluogo di Regione, nell'ambito del Progetto di Ricerca dal titolo "*Sperimentazione di nuovi modelli organizzativi in programmi di screening del cervicocarcinoma, caratterizzati dall'utilizzo del test HPV come primo livello: valutazione di diverse metodologie di proposta dell'uso di dispositivi di self sampling a domicilio per il recupero di non responder e/o per aumento della copertura. Analisi dei costi sostenuti per test utilizzati e per donna recuperata, con determinazione del costo standard*" (Capofila: AUSL Teramo).

Convezione siglata in data 20 luglio 2012 tra Regione Molise e AUSL di Teramo.

Perfezionamento del percorso di integrazione dei MMG ai programmi di prevenzione oncologica con incontri organizzativi e 2 incontri formativi (maggio/dicembre 2012).

Aggiornamento costante dell'anagrafica del database gestionale di popolazione.

CRITICITA' E SOLUZIONI

Con riferimento all'indicatore «tasso di adesione al pap test/HPV test», il dato per il 2012 non ha raggiunto i valori attesi in quanto l'utilizzo del test HPV come test di screening primario non è stato ancora esteso a tutta la popolazione target. Si propone, per l'anno 2013, quanto meno l'avvio del processo di sostituzione del pap-test tradizionale con il test HPV.

Con riferimento all'indicatore «tasso di adesione alla colposcopia», il dato rappresentato per il 2012 è quello delle Strutture pubbliche (ASREM). Va segnalato che una parte di pazienti positive sono migrate verso strutture private dedicate alla Ginecologia oncologica (Fondazione Giovanni Paolo II ex Università Cattolica).

Si propone, per l'anno 2013, il recupero di dato relativo alle colposcopie eseguite presso strutture private.

AZIONI, OBIETTIVI E INDICATORI PER L'ANNO 2013

Si intende avviare il processo di sostituzione del pap-test tradizionale con il test HPV.



Indicatori	Valore osservato al 31/12/2012	Valore atteso al 31.12.2013	Fonte di verifica
Tasso di adesione al pap test/HPV test	33%	40%	GISCI - ONS
Tasso di adesione alla colposcopia	32%	50%	GISCI - ONS
Tasso di adesione alla biopsia	80%	80%	GISCI - ONS
Tasso di adesione al trattamento	90%	90%	GISCI - ONS
Sostituzione pap - test tradizionale con test HPV	—	10%	ASREM

cod. 3.1.2. PROGRAMMA PER LA RIDUZIONE DELLA MORTALITÀ PER CARCINOMA DEL COLON RETTO E PER LA SOSTENIBILITÀ DEL PROGRAMMA DI PREVENZIONE

Obiettivo generale

Riduzione della mortalità per carcinoma del colon retto nella popolazione a rischio per età (50-70 anni)

Obiettivi specifici /Azioni principali

Potenziamento/miglioramento del programma di screening attraverso l'accelerazione delle procedure di invio delle risposte all'utenza e la riduzione del rischio di errore nella informatizzazione dei referti

Miglioramento dell'interscambio con gli organismi regionali gestori di flussi informativi sanitari

Rafforzamento della collaborazione con i MMG

Simultaneo invito alla colonscopia endoscopica come test iniziale alternativo al FOBT

Target

Popolazione regionale di età 50-70 anni (circa 87.000 soggetti)

Stato dell'arte al 31.12.2012

Adeguamento alla normativa nazionale per la sicurezza del trasporto di campioni diagnostici (circolare n. 3 del 08/05/2003).

Sostituzione dell'apparecchio rilevatore del FOBT con strumento di ultima generazione.

Perfezionamento del percorso di integrazione dei MMG ai programmi di prevenzione oncologica con incontri organizzativi e 2 incontri formativi.

Acquisizione dello strumentario idoneo agli incontri tecnico-scientifici (videopriettore, notebook, allestimento sala multimediale).

CRITICITA' E SOLUZIONI

Da marzo ad agosto 2012 non sono stati elaborati i calendari per l'adeguamento regionale alla normativa nazionale per la sicurezza del trasporto di campioni diagnostici (circolare n. 3 del 08/05/2003). Considerato che la maggior parte dei FOBT è stata inviata nell'ultimo trimestre 2012, è verosimile che la risposta agli stessi, sia in termini di adesione al I che al II livello, avverrà nei primi mesi del 2013.

Il rapporto con i MMG rappresenta lo snodo per un aumento considerevole delle percentuali attese. E' necessario pertanto programmare un percorso di integrazione fra lo screening oncologico e i Medici del territorio attraverso incontri organizzativi e formativi su tutto il territorio regionale.

AZIONI, OBIETTIVI E INDICATORI PER L'ANNO 2013



Si intende estendere gli inviti fino al conseguimento, in termini percentuali, della copertura dell'80% del segmento "target".

Con riferimento al tasso di adesione al I livello del programma ci si attende un apprezzabile incremento rispetto ai valori registrati nell'anno 2012 attraverso il coinvolgimento dei MMG, mentre per quanto concerne il II livello ci si attende grossomodo la conferma del dato 2012.

Si intende eseguire almeno 1 incontro formativo con i MMG (o rappresentanti di loro associazioni) per migliorare i tassi di adesione al programma di screening regionale.

Indicatori	Valore osservato al 31/12/2012	Valore atteso al 31.12.2013	Fonte di verifica
Tasso di adesione al I livello del programma	29%	50%	GISCOR - ONS
Tasso di adesione al II livello del programma	53%	50%	GISCOR - ONS
Estensione degli inviti	-	80%	GISCOR - ONS
incontri formativi con MMG	-	1	REGIONE-ASREM

cod. 3.1.3. PROGRAMMA PER LA RIDUZIONE DELLA MORTALITÀ PER CARCINOMA DELLA MAMMELLA E PER LA SOSTENIBILITÀ DEL PROGRAMMA DI PREVENZIONE

Obiettivo generale

Riduzione della mortalità per carcinoma della mammella nella popolazione femminile a rischio per età (45-74 anni).

Obiettivi specifici /Azioni principali

Mantenimento dell'attuale estensione geografica (100% della Regione) ed estensione del programma alle fasce di età 45-49 e 70-74 anni.

Potenziamento del programma attraverso: l'innovazione tecnologica; una migliore sinergia con i MMG; la standardizzazione dei processi da attuarsi attraverso la definizione di protocolli operativi per le diverse fasi dello screening; l'interazione con il Registro Tumori (in via di istituzione).

Target

Popolazione femminile regionale di età 45-74 anni (60.420 soggetti)
39.100 (target 50-69 anni); 12.004 (target 45-49 anni); 9.316 (target 70-74 anni).

Stato dell'arte al 31.12.2012

Adeguamento tecnologico del mammografo mobile.

Perfezionamento del percorso di integrazione dei MMG ai programmi di prevenzione oncologica con incontri organizzativi e 2 incontri formativi.

Aggiornamento in continuo dell'anagrafica del database e controlli di qualità sul sistema di mailing per il proseguimento degli obiettivi di estensione geografica e di popolazione.

CRITICITA' E SOLUZIONI

Nel corso del 2012, purtroppo il mammografo mobile rimasto non operativo per circa 7 mesi a causa di ripetute avarie tecniche e successivo necessario adeguamento tecnologico. In assenza di simili contingenze non favorevoli il tasso di adesione al programma di screening avrebbe verosimilmente superato il valore atteso al 31.12.2012.

La ovvia soluzione é quella di procedere alla ristrutturazione e all'adeguamento tecnologico del mammografo mobile.

AZIONI, OBIETTIVI E INDICATORI PER L'ANNO 2013

Nel confermare l'impianto del programma, si declinano, per l'anno 2013, i seguenti ulteriori indicatori:

1. Ristrutturazione e adeguamento tecnologico mammografo mobile;



2. Completamento piattaforma informatizzata e registrazione on-line casi III e IV livello;
3. Rapporto fra data del test di screening e data invio referto negativo (intervallo fra le due date ≤ 21 gg);
4. Rapporto fra data del test di screening e data dell'approfondimento (intervallo fra le due date ≤ 28 gg).

Indicatori	Valore osservato al 31.12.2012	Valore atteso al 31.12.2013	Fonte di verifica
Estensione del programma alla popolazione target indicata	100%	100%	GISMA - ONS
Mantenimento dell'estensione degli inviti	100%	100%	GISMA - ONS
Tasso di adesione popolazione target	55%	65%	GISMA - ONS
Coinvolgimento formale dei MMG	60%	60%	Regione Molise
Ristrutturazione e adeguamento tecnologico mammografo mobile	-	100%	ASREM
Completamento piattaforma informatizzata e registrazione on-line casi III e IV livello	-	50%	ASREM
Rapporto fra data del test di screening e data invio referto negativo (intervallo fra le due date ≤ 21 gg)	-	60%	ASREM
Rapporto fra data del test di screening e data dell'approfondimento (intervallo fra le due date ≤ 28 gg)	-	65%	ASREM

cod. 3.2.1. PREVENZIONE DELLE RECIDIVE CARDIOVASCOLARI

Obiettivo generale

Riduzione del rischio di recidive in pazienti affetti da una malattia coronarica cronica.

Obiettivi specifici /Azioni principali

Implementare il Registro degli eventi vascolari (eventi coronarici), utilizzando come fonte di informazione, i registri di mortalità, i dati dei PS regionali, le SDO.

Valutazione della possibilità di partecipare al Registro degli eventi cardiovascolari coordinato dall'ISS.

Mantenimento dell'adozione, da parte delle UO Cardiologia-UTIC, del modello unico di foglio di dimissione con integrazione della valutazione del rischio di mortalità a 4 anni espresso in percentuale (valutato attraverso la carta del rischio individuale nel post infarto-GISSI).

Indirizzare i pazienti con accidente cardiovascolare a rivolgersi al Centro regionale di riabilitazione individuato.

Realizzazione del piano formativo regionale per gli operatori sanitari con particolare riguardo a: calcolo del rischio di mortalità cardiovascolare a 4 anni attraverso la carta del rischio cardiovascolare nel post infarto, principali fattori di rischio modificabili, riabilitazione cardiovascolare, terapia farmacologica.

Informazione-educazione dei pazienti e dei loro familiari (materiale informativo, sito web, media).

Target

Pazienti dimessi, familiari, medici cardiologi, MMG.

Stato dell'arte al 31.12.2012

Il Registro Eventi cardiovascolari, che è on line sul sito www.cuoremolise.it dove sono presenti anche informazioni e note di educazione sanitaria ed è in continuo aggiornamento. Tutti i Reparti di Cardiologia del Molise (Isernia, Campobasso e Termoli) hanno inserito i relativi dati d'interesse. Nel cartellino di dimissione dei tre reparti di cardiologia è stato inserito la carta del rischio cardiovascolare. Per quanto riguarda la riabilitazione cardiovascolare, nel corso del 2012, i pazienti hanno effettuato le attività riabilitative presso le stesse UO di Cardiologia, mediante personale sanitario disponibile (il 55% si è rivolto ai centri). Sono stati effettuati due incontri riservati al personale medico ed infermieristico delle UO di Cardiologia del Molise a cui hanno partecipato i 2/3 (66%) del personale.



CRITICITA' PER L'ANNO 2013

La Struttura precedentemente individuata quale Centro unico regionale di riabilitazione cardiovascolare é stata sottoposta a procedura concorsuale per insolvenza con sequestro conservativo giudiziario delle strumentazioni.

Le more per l'individuazione di un nuovo Centro di riferimento per le attività riabilitative determinerà una significativa contrazione del dato percentuale dei pazienti dimessi da avviare a tali attività, dato che credibilmente si ridurrà approssimativamente al 18%, ossia 1/3 del dato 2012, considerando quale *range* temporale utilmente considerabile il solo quadrimestre settembre-dicembre 2013.

AZIONI, OBIETTIVI E INDICATORI PER L'ANNO 2013

Per l'anno 2013 si confermano gli indicatori seppur rimodulati, quanto alla riabilitazione, per le contingenze sopra evidenziate. Sono stati, altresì, programmati due corsi di formazione rivolti rispettivamente a medici cardiologi e a MMG.

Indicatori	Valore osservato al 31.12.2012	Valore atteso al 31.12.2013	Fonte di verifica
Implementazione Registri eventi cardiovascolari con copertura regionale	100%	100%	ISS
Adozione della carta del rischio nel proprio foglio di dimissione da parte delle cardiologie della Regione	100%	100%	Reparti di cardiologia - UTIC
% pazienti dimessi che si rivolgono al centro regionale di riabilitazione cardiovascolare	55%	18%	Centro regionale di riabilitazione cardiovascolare
Corso di formazione per cardiologi	-	1	Ufficio formazione ASREM
Corso di formazione e comunicazione rivolto a MMG	-	1	Ufficio formazione ASREM

cod. 3.3.1. PREVENZIONE DELLA MALATTIA DIABETICA: MIGLIORARE LA DIAGNOSI PRECOCE

Obiettivo generale

Miglioramento della diagnosi precoce di malattia diabetica nella popolazione molisana

Obiettivi specifici / Azioni principali

Individuazione dei soggetti a rischio con questionario da somministrare in occasione di campagne informative sulla popolazione generale, unitamente alla determinazione di peso corporeo, altezza, circonferenza vita, BMI

Determinazione della glicemia con eventuale esecuzione di OGTT per i soggetti ad alto rischio

Informativa per modificare lo stile di vita e ridurre i fattori di rischio di diabete presenti

Follow dei soggetti con fattori di rischio

Target

Popolazione della Regione con fattori di rischio per diabete

Stato dell'arte al 31.12.2012

Determinazione glicemia in soggetti ad alto rischio (familiarità, età > 45 anni, obesità, sedentarietà) reclutati dai MMG;

Esecuzione OGTT in soggetti con iperglicemia non diagnostica;

Informazione individuale su modifiche stile di vita.

Il numero di pazienti con nuova diagnosi di diabete resta sostanzialmente confermato rispetto al 2011, quantunque vi sia stata una sensibile riduzione dei diabetologi in servizio cui non si é potuto ovviare per il blocco del turn-over imposto dal Piano di rientro dal disavanzo della spesa sanitaria regionale.

In ogni caso l'azione deve essere orientata nel senso di una maggiore condivisione dei protocolli di lavoro con i MMG.

AZIONI, OBIETTIVI E INDICATORI PER L'ANNO 2013



Indicatori	Valore osservato al 31/12/2012	Valore atteso al 31.12.2013	Fonte di verifica
N. pazienti con nuova diagnosi di diabete (*)	295	365	Elaborazione dati UO Diabetologia - ASREM
N. pazienti con IFG o IGT	80	100	

(*) la stima della popolazione dei pre-diabetici è pari a 500 nel 2012 e a 650 nel 2013

cod. 3.3.2. PREVENZIONE DELLA MALATTIA DIABETICA: MIGLIORARE LA GESTIONE DEL PAZIENTE CON DIABETE

Obiettivo generale

Miglioramento della gestione della malattia diabetica, garanzia di livelli di cura più adeguati attraverso interventi orientati agli operatori sanitari, ai sistemi di erogazione e ai pazienti.

Obiettivi specifici / Azioni principali

Realizzazione di eventi formativi per una migliore conoscenza degli standard di cura.

Realizzazione di eventi educativi rivolti alla persona con diabete e finalizzati alla autogestione della malattia.

Implementazione di sistemi informativi e banche dati in rete.

Definizione di percorsi dedicati, emergenti da una stratificazione del rischio di insorgenza o aggravamento delle complicanze.

Target

Operatori delle UO di diabetologia, MMG, popolazione diabetica della Regione.

Stato dell'arte al 31.12.2012

Miglioramento rapporto con i MMG per invio dei pazienti al Servizio di Diabetologia.

Percorso preferenziale di accesso alla Diabetologia per le nuove diagnosi.

Spazi strutturati dedicati all'educazione all'autocontrollo.

AZIONI, OBIETTIVI E INDICATORI PER L'ANNO 2013

Indicatori	Valore osservato al 31/12/2012	Valore atteso al 31.12.2013	Fonte di verifica
N. pazienti inseriti nella cc informatizzata (*)	12.815	13.300	Elaborazione dati UO Diabetologia - ASREM
N. pazienti in monitoraggio domiciliare della glicemia (**)	1.500	1.650	

(*) la stima della popolazione target dei diabetici è pari a 500 nel 2012 e a 600 nel 2013 con riferimento alla cartella clinico informatizzata

(**) la stima della popolazione target è pari a 2800 nel 2012 e a 3100 nel 2013 con riferimento al monitoraggio domiciliare



cod. 3.3.3. **PREVENZIONE DELLA MALATTIA DIABETICA: MIGLIORARE L'OFFERTA ASSISTENZIALE AL PAZIENTE CON MALATTIA DIABETICA.**

Obiettivo generale

Miglioramento dell'offerta assistenziale ai pazienti con malattia diabetica.

Obiettivi specifici

Individuazione di una pluralità di offerta assistenziale attraverso la definizione di percorsi assistenziali che ne verifichino l'appropriatezza, con particolare riguardo al regime di ricovero ordinario o Day Hospital, al regime ambulatoriale, semplice o complesso o in Day Service, all'educazione terapeutica dei pazienti.

Azioni principali

Incontri periodici per la definizione di schede di appropriatezza.

Target

Operatori delle UO di diabetologia, MMG, popolazione diabetica della Regione.

Stato dell'arte al 31.12.2012

Incontri strutturati di educazione all'autogestione della malattia diabetica.

CRITICITA'

Con riferimento all'indicatore «n. pazienti seguiti in regime ambulatoriale complesso (PAC)», costantemente riproposto nel triennio 2010-2012, non è stato possibile valutare l'offerta assistenziale dei PAC in quanto la Regione Molise non ha normato tale regime ambulatoriale complesso.

In effetti, le relative scelte sono demandate agli Organi commissariali preposti alla gestione del Piano di rientro dal disavanzo della spesa sanitaria della Regione Molise e agli intendimenti dei Ministeri affiancanti (Ministero Salute e M.E.F.).

Trattasi pertanto di un indicatore sul quale gli operatori sanitari impegnati nella esecuzione del progetto e, quindi, nel raggiungimento degli obiettivi fissati non hanno obiettivamente alcuna possibilità di incidere.

Di conseguenza, tale indicatore, non controllabile, né misurabile non viene riproposto per l'anno 2013.

AZIONI, OBIETTIVI E INDICATORI PER L'ANNO 2013

Indicatori	Valore osservato al 31/12/2012	Valore atteso al 31.12.2013	Fonte di verifica
N. pazienti seguiti in regime ambulatoriale complesso (PAC)	0 (assenza di norme sui PAC)	0 (indicatore non controllabile/misurabile Cancellato per il 2013)	Elaborazione dati UO Diabetologia - ASREM
N. pazienti seguiti in programmi di educazione terapeutica strutturata (ETS)	95	130	

(*) la stima della popolazione target è pari 2800 pz nel 2012 e a 3100 nel 2013 con riferimento ai pazienti seguiti in ETS

cod. 3.4.1. **SORVEGLIANZA DELLA TUBERCOLOSI**

Obiettivo generale

Conoscere il quadro esistente a livello regionale, concordare i requisiti minimi per la costruzione di flussi informativi in grado di fornire informazioni utili per la valutazione dei programmi di controllo, implementare la sorveglianza della tubercolosi.



Obiettivi specifici /Azioni principali

Conoscere le caratteristiche dei laboratori che sul territorio effettuano la diagnostica di Tbc.

Individuare una rete di laboratori di riferimento regionali o sovraregionali per l'isolamento e la conservazione dei ceppi di micobatteri di particolare rilevanza che potrebbero essere centralizzati in un laboratorio di riferimento regionale.

Monitorare gli esiti di trattamento della tbc a livello regionale, coinvolgendo gli ambulatori territoriali che seguono i pazienti dimessi dagli ospedali.

Creare una rete di monitoraggio della tubercolosi.

Target

Popolazione della Regione.

Stato dell'arte al 31.12.2012

Il progetto ha coinvolto l'unica UO di Malattie Infettive del Molise.

Sono stati recensiti i laboratori di microbiologia della Regione Molise:

- a. ospedale A. Cardarelli di Campobasso;
- b. ospedale Vietri di Larino;
- c. ospedale Veneziale di Isernia;
- d. Ospedale S. Timoteo di Termoli;
- e. Ospedale Caracciolo di Agnone.

Sono stati presi in considerazione i seguenti dati:

- esame microscopico
- esame colturale
- antibiogramma
- PCR su materiale

In base alle risposte ricevute si è quindi rilevato (obiettivo 100%):

- tutti i laboratori sono in grado di eseguire l'esame microscopico;
- il laboratorio dell'Ospedale di Campobasso esegue inoltre la PCR
- il laboratorio dell'Ospedale di Larino esegue inoltre l'esame colturale e l'ABG.

Per quanto riguarda il monitoraggio dei Centri di diagnosi e cura regionali per la Tbc, l'unica UO di Malattie Infettive è presente nell'Ospedale, né sono presenti UO di pneumologia. Tutti i casi di sospetta TBC attiva sono trasferiti, diagnosticati e trattati in regime di ricovero presso la citata UO di Malattie Infettive.

I pazienti, una volta dimessi, sono seguiti per 6-12 mesi dai medici del reparto, che si recano anche nel territorio, nei poliambulatori distrettuali.

Solo il 25% dei soggetti non torna a controllo benché venga sollecitato quando possibile il reperimento.

Nel corso del 2011, sono stati diagnosticati n. 11 casi; di questi 6 hanno completato il follow-up a 6 mesi; 3 sono in corso di monitoraggio, mentre di 2 non si hanno dati.

Nel corso del 2012, sono stati diagnosticati n. 10 casi; di questi 6 hanno completato il follow-up a 6 mesi; 2 sono in corso di monitoraggio, mentre di 2 non si hanno dati (obiettivo 100%).

E' stata realizzata una rete come previsto nel progetto: Laboratori, Reparto ospedaliero di Malattie Infettive e Ambulatori distrettuali collaborano e lavorano per poter evitare di perdere contatti con i pazienti.

C'è ancora da implementare l'offerta diagnostica: la carenza di personale e i costi per attrezzare laboratori a norma sono un problema da risolvere.

AZIONI, OBIETTIVI E INDICATORI PER L'ANNO 2013

Nell'anno 2013, oltre alle attività già implementate, è prevista la elaborazione di specifiche linee-guida per potenziare prevenzione e profilassi della TBC in specifici segmenti della popolazione con maggiore fattori di rischio, ossia immigrati e detenuti.

Inoltre è previsto lo svolgimento di un corso di formazione tematico rivolto a MMG.



Indicatori	Valore osservato al 31.12.2012	Valore atteso al 31.12.2013	Fonte di verifica
Rilievo dati laboratoristici	100%	100%	REGIONE - ASREM UO MALATTIE INFETTIVE
Monitoraggio centri di diagnosi e cura regionali per la TBC	100%	100%	
Linee-guida specifiche per profilassi e prevenzione per immigrati e detenuti	non previsto	2 (immigrati - detenuti)	
Corso di formazione rivolto a MMG	non previsto	1	

cod. 3.7.1. PREVENZIONE DELLA DEPRESSIONE POST-PARTUM

Obiettivo generale

Attivazione di un percorso di sensibilizzazione e di prevenzione della depressione post partum rivolto alle donne in gravidanza e nel post partum

Obiettivi specifici

Aumento della diagnosi precoce della depressione post partum

Attivazione della rete di sostegno psico sociale (Gruppi di auto mutuo aiuto)

Azioni principali

Sensibilizzazione degli operatori preposti alla tutela della maternità verso i bisogni emotivi delle neomamme.

Costruzione di una rete di supporto sociosanitario

Reclutamento e screening (PPDI e EPDS) delle donne gravide alla 28-esima settimana. Raccolta dati

Attività di counseling specialistico. Attivazione del gruppo di auto mutuo aiuto

Riproposizione dell'attività di screening al secondo mese di vita del bambino e, come follow up, al nono mese

Inserimento della valutazione del rischio post partum nella carta dei servizi ASREM

Target

Gravide alla 28-esima settimana

Stato dell'arte al 31.12.2012

Quattro consultori su sette e due punti nascita su tre hanno aderito al progetto al 31.12.2012.

Sono state contattate 500 gravide. Hanno aderito 430.

Su 430 gravide screenate al test, 52 hanno superato il cut off previsto (valore superiore al 10% atteso).

Alla totalità delle gravide che hanno superato il cut-off è stato consigliato il consulto specialistico; 38 di esse hanno dichiarato la propria disponibilità ad un consulto specialistico e vi sono state indirizzate; 16 gravide vi si sono effettivamente sottoposte.

Quelle prese in carico dallo staff del presente intervento progettuale, gravide e/o puerpere, presso il Consultorio Familiare di Campobasso, sono state 12 pari al 23% delle screenate che hanno superato il cut off.

Sono stati avviati due gruppi esperenziali pari al 10% delle attività gruppali di Consultorio.

Alla luce dell'Accordo Stato-Regioni del 7 febbraio 2013, è auspicabile, anche in considerazione dei targets raggiunti, la prosecuzione delle attività implementate anche perché analoghe attività di sostegno psicologico a gravide e/o puerpere non trovano, nelle presenti contingenze socio-economiche regionali, valida alternativa in omologhi interventi di operatori privati.

CRITICITA' PER IL 2013.

Con riferimento alle attività dell'azione: 3.7.1. - *Prevenzione della depressione post-partum* - l'attività verrà proseguita presso i Consultori di Campobasso e Boiano con coinvolgimento del Punto nascita presso il P.O. Cardarelli di Campobasso. La contrazione delle Strutture coinvolte è indotta da problemi organizzativi aziendali non rapidamente superabili con riferimento agli ambiti di Isernia e Termoli.

In ogni caso l'ambito territoriale Campobasso-Boiano è estremamente significativo perché rappresentativo di oltre la metà del territorio regionale quanto a nascite registrate. Più precisamente nell'anno 2012, nella Regione Molise vi sono state 2088 nascite di cui 1100 presso l'Ospedale Cardarelli di Campobasso.



AZIONI, OBIETTIVI E INDICATORI PER L'ANNO 2013

Indicatori	Valore osservato al 31.12.2012	Valore atteso al 31.12.2013	Fonte di verifica
n. strutture da coinvolgere	6	3	REGIONE - ASREM
% gravide contattate su gravide aderenti (*)	86%	90%	
% gravide risultate positive su gravide screenate	12%	15%	
% gravide valutate su gravide inviate dallo specialista	42%	50%	
% gravide prese in carico su gravide valutate	23%	25%	
% gruppi auto mutuo aiuto attivati su gruppi presenti	10%	10%	

(*) La stima delle gravide che si intende contattare oscilla tra 550 e 770 unità ossia tra 50% e 70% delle gravide dell'ambito di riferimento

cod. 3.8.1. **PREVENZIONE PRIMARIA DELL'ICTUS NELLA POPOLAZIONE MOLISANA A RISCHIO**

Obiettivo generale

Riduzione casi di ictus.

Obiettivi specifici

Osservare una riduzione degli ictus nella popolazione a rischio attraverso: una corretta e capillare comunicazione istituzionale rivolta alla popolazione anziana a rischio e ai giovani; lo screening dei soggetti a rischio di età 65-80 anni mediante la raccolta dati dei MMG; la creazione di una rete con i MMG e strutture dedicate sul territorio per il follow up dei pazienti.

Azioni principali

Campagna di informazione sull'ictus come emergenza medica rivolta a tutta la popolazione, in particolare ai soggetti anziani e ritenuti a maggior rischio, in collaborazione con MMG e guardia medica, mediante incontri anche con i centri ricreativi della terza età, le associazioni dei pazienti diabetici, e la divulgazione di opuscoli informativi.

Realizzazione di un protocollo regionale per l'emergenza ictus nella fase di preospedalizzazione.

Elaborazione di un protocollo finalizzato a: selezione, tra la popolazione 65-80 anni, dei soggetti più a rischio con la collaborazione dei MMG; creazione di una rete informatica per la raccolta delle informazioni cliniche relative ai soggetti inseriti nel programma di prevenzione; organizzazione di un percorso diagnostico (visite mediche, indagini ematochimiche e strumentali) cui sottoporre la popolazione selezionata per il progetto di prevenzione primaria dell'ictus.

Applicazione del protocollo di prevenzione primaria alla popolazione già selezionata mediante ambulatori dedicati organizzati sul territorio in collaborazione con i MMG. Predisposizione di un programma di prevenzione primaria per ciascun soggetto in relazione alla comorbidità di cui è affetto.

Raccolta e analisi epidemiologica dei dati ottenuti sulla popolazione studiata.

Trattamento farmacologico e follow up clinico mediante visite di controllo periodiche in ambulatori dedicati alle patologie cerebrovascolari.

Raccolta ed analisi dei dati ottenuti, mediante la rete informatica con i MMG.

Target

Popolazione generale. Soggetti di età 65-80 anni.

Stato dell'arte al 31.12.2012

Il progetto vede coinvolta l'U.O.C. di Neurologia – Stroke Unit dell'Ospedale di Isernia con gli operatori i quali, oltre che attendere alle attività di reparto ed ambulatoriali, si sono dedicati anche alla prevenzione primaria dell'ictus nella popolazione molisana a rischio.

In merito agli indicatori sono stati raggiunti gli obiettivi di seguito indicati:

tramite gli USP di Campobasso e Isernia sono stati completati gli incontri con gli studenti delle scuole superiori di II grado di entrambe le provincie, fornendo informazioni sull'ictus e sulla prevenzione primaria. Gli studenti hanno elaborato le informazioni ricevute trasmettendole ai loro coetanei. Agli studenti della provincia di Isernia sono stati somministrati dei questionari divenuti oggetto di elaborazione statistica e di discussione da parte degli stessi studenti. Inoltre sono stati tenuti incontri frontali con il personale docente. Sono stati organizzati incontri presso il centro per anziani di Isernia ai fini



di stimolare il confronto e la discussione sui temi della prevenzione dell'ictus, consegnando anche gli opuscoli informativi sull'ictus. Ciò ha consentito di raggiungere il valore atteso di 80 incontri complessivi al 31.12.2012.

Gli opuscoli informativi sull'ictus sono stati consegnati a tutti i MMG della provincia di Isernia in occasione di un incontro per la consegna delle schede per la selezione dei pazienti. Inoltre sono stati distribuiti opuscoli informativi sull'ictus durante gli incontri con gli studenti e presso il centro anziani. Il notevole risalto sulla stampa e sulle reti televisive regionali circa gli eventi formativi svolti, ha contribuito alla divulgazione dell'informazione sulla prevenzione primaria dell'ictus nella popolazione generale. Tutte queste attività hanno permesso di coprire il 75% dei luoghi indicati.

Al progetto ha aderito circa il 50% dei MMG tra la provincia di Campobasso ed Isernia (su un totale di 269 MMG), si è raggiunto pertanto il valore atteso di 50%.

La popolazione target (età 65-80 anni senza precedenti cerebrovascolari) è stata stimata in 40.000 soggetti (su un totale di 47.000). Lo screening della popolazione a rischio si sta svolgendo mediante l'elaborazione delle schede che vengono consegnate dai MMG.

Al 31.12.2012 si è raggiunta una percentuale di screening del 50%, grazie alla collaborazione con i MMG, i quali sono stati sollecitati e sensibilizzati sulla necessità di compilare e consegnare le schede nei tempi concordati.

I MMG possono collegarsi con la UOC di Neurofisiopatologia via e-mail oppure via telefonica potendo così dialogare con lo specialista neurologo in real-time, per prenotazioni e/o chiarimenti clinici.

Ciò ha consentito di comunicare con il 50% dei MMG..

Quasi tutti i pazienti dimessi dalla Stroke Unit di Isernia nell'anno 2012 sono seguiti in follow-up (95%).

AZIONI, OBIETTIVI E INDICATORI PER L'ANNO 2013

Nell'anno 2013:

- a) si cercherà di potenziare la diffusione degli opuscoli informativi presso MMG, PLS, farmacie, ipermercati, centri di aggregazione;
- b) si cercherà di raggiungere il valore del 100% quanto all'indicatore relativo ai pazienti seguiti per follow-up post ricovero ospedaliero;
- c) quanto agli altri indicatori si cercherà quanto meno di confermare le performance conseguite nell'anno 2012

Indicatori	Valore osservato al 31.12.2012	Valore atteso al 31.12.2013	Fonte di verifica
Incontri (scuole superiori, centri anziani, centri di aggregazione, ecc.)	80%	80%	REGIONE - ASREM
Elaborazione e diffusione opuscoli presso MMG, PLS, farmacie, ipermercati, centri di aggregazione	75%	80%	
Coinvolgimento MMG nella raccolta dati	50%	50%	
Screening della popolazione a rischio (65-80 anni)	50%	50%	
Creazione rete informatizzata con MMG	50%	50%	
Pazienti seguiti in collaborazione con follow up post dimissione ospedaliera	95%	100%	

cod. 3.9.1. PREVENZIONE DELLA IPOVISIONE E CECITÀ NEI SOGGETTI NATI PRETERMINE

Obiettivo generale

Diagnosi precoce di Retinopathy of Prematurity (ROP) effettuata in corso di ricovero in Terapia intensiva neonatale (TIN) e follow up al fine di ridurre i casi di cecità, trattare adeguatamente i bambini affetti da ipovisione in modo da consentire loro il futuro inserimento nel mondo relazionale-sociale e lavorativo.

Obiettivi specifici

Avvio al trattamento chirurgico tempestivo delle forme gravi di ROP, nel tentativo di evitare l'ulteriore evoluzione della malattia verso un distacco di retina e quindi verso la cecità.



Potenziale recupero totale della capacità visiva dei bambini affetti da ipovisione dovuta a ROP, screenati alla nascita e con diagnosi certa in corso di follow up programmato fino a 12 mesi di vita.

Azioni principali

Diagnosi precoce di ROP effettuata in corso di ricovero in TIN con screening tra la quarta e la sesta settimana di vita e follow up (ogni 2 settimane fino a completamento della vascolarizzazione della retina) fino a un anno.

Target

Neonati prematuri di peso (≤ 1500 gr) o comunque di età gestazionale ≤ 33 settimane afferenti al Centro Regionale di TIN di Campobasso.

Tutti i nati tra la 33-esima e la 36-esima settimana che presentano fattori di rischio aggiuntivi

Stato dell'arte al 31.12.2012

Durante l'anno 2012, come da protocollo del progetto, sono stati sottoposti a visita oculistica 60 neonati pretermine e 8 neonati a termine o di età gestazionale uguale o maggiore di 33 settimane.

Sono state eseguite in totale n. 256 visite oculistiche, di cui 208 a neonati pretermine e 48 a neonati a termine o di età gestazionale uguale o maggiore di 33 settimane.

Di tutti i bambini screenati nessuno è stato inviato da altri centri di riferimento; nessuno è risultato affetto da ROP o avviato ad altro centro extraregionale.

I neonati screenati sono tutti *inborn*.

Tra i nati a termine o con E.G. tra 33 e 36 settimane (totale: n. 8 nati): 5 sono stati sottoposti a visita oculistica per sospetta infezione da CMV, 1 per sospetta infezione da rosolia; 2 sono stati sottoposti a controllo oculistico per asfissia; tutti esenti da retinopatia.

La percentuale delle visite sia ai «neonati pretermine», che ai «neonati a termine che hanno presentato fattori di rischio aggiuntivi» è del 95%, pienamente sovrapponibile alla percentuale del valore atteso al 31-12-2012.

AZIONI, OBIETTIVI E INDICATORI PER L'ANNO 2013

Durante i primi mesi del 2013, lo screening della ROP è proseguito senza particolari problemi, rispettando gli obiettivi generali già declinati, ossia di diagnosi precoce di ROP in corso di ricovero in TIN e follow-up, al fine di ridurre i casi di bambini affetti da ipovisione, per consentire loro un migliore inserimento nel mondo relazionale-sociale e lavorativo; altrettanto dicasi per gli obiettivi specifici, come l'avvio al trattamento chirurgico tempestivo delle forme gravi. Si può quindi ritenere che, in assenza di particolari criticità, per l'anno 2013 gli indicatori potranno essere verosimilmente sovrapponibili a quelli dell'anno 2012, con un valore stimato intorno al 95%.

Indicatori	Valore osservato al 31.12.2012	Valore atteso al 31.12.2013	Fonte di verifica
% prime visite a 29° - 44° settimane di età post-concezionale dei neonati di EG<33 settimane	95%	95%	REGIONE-ASREM
% prime visite a tutti i nati tra la 33° e la 36° settimana, che presentino fattori di rischio aggiuntivi	95%	95%	

cod. 3.10.1. PREVENZIONE DELLA IPOACUSIA PROFONDA PERMANENTE INFANTILE

Obiettivo generale

Ridurre i casi di sordità, trattare adeguatamente i bambini affetti da sordità profonda

Obiettivi specifici

Screening nazionale neonatale per la diagnosi precoce della ipoacusia infantile e il potenziale recupero totale della capacità uditiva dei bambini affetti da ipoacusia già evidenziabile alla nascita

Azioni principali



Screening neonatale nei tre punti nascita della Regione

Target

Popolazione dei nati della Regione Molise (circa 2400 l'anno).

Nell'anno 2012 in Molise vi sono state n. 2088 nascite:

Punto Nascita Campobasso: n. 1.100;

Punto Nascita Isernia: n. 418;

Punto Nascita Termoli: n. 570.

Sottoposti a screening neonatale: n. 2048.

Stato dell'arte al 31.12.2012

I deficit uditivi congeniti costituiscono una delle maggiori anomalie presenti alla nascita che, se non diagnosticati, possono compromettere gravemente i processi di sviluppo cognitivo, la comprensione ed il linguaggio. Una perdita uditiva bilaterale significativa è presente in 1-2 su 1000 neonati; nella popolazione delle terapie intensive neonatali in 2-4 su 100. Attualmente l'età media di riscontro di tali anomalie è intorno ai 14-18 mesi di vita, età considerata troppo avanzata perché gli interventi riabilitativi siano realmente efficaci. E' stato peraltro ampiamente dimostrato che i bambini che ricevono un tempestivo trattamento riabilitativo hanno un potenziale di sviluppo delle capacità linguistiche sovrapponibile a quello dei normoudenti. Lo screening uditivo neonatale è basato su due metodiche: registrazione delle emissioni otoacustiche (TEOAE) e potenziali evocati uditivi del tronco (ABR).

Obiettivi dello studio sono:

- a) Identificazione e trattamento tempestivo dei deficit uditivi congeniti e acquisiti in epoca perinatale e neonatale;
- b) Creazione di una banca dati.

Lo screening universale regionale riguarda tutti i neonati molisani.

I punti nascita interessati sono tre: un centro di II Livello (Campobasso); due centri di I livello (Isernia e Termoli).

Dal 1° gennaio al 31 dicembre 2012 sono stati testati mediante otoemissioni della funzionalità cocleare (TEOAE) in totale 2.048 neonati: 1.090 presso il punto nascita di Campobasso, 407 presso quello di Isernia e 551 presso il presidio ospedaliero di Termoli.

Ponendo in relazione questi dati con il numero dei nati presso i tre punti nascita regionali risulta che la percentuale di copertura dello screening è risultata essere circa del 98%. In tutti e tre i punti nascita la copertura dello screening è risultata essere > 95%.

Dei 2048 screening eseguiti 255 sono risultati patologici al primo controllo (refer bilaterale o refer dx o sx), pari al 12,4 % del totale.

Dei 255 neonati 218 sono risultati normali (Pass bilaterale) al secondo controllo; 25 non sono tornati a controllo; 12 sono risultati essere refer effettivi anche al secondo e terzo controllo. La percentuale di refer effettivi è risultata essere quindi dello 0,58% sul totale dei neonati screenati e del 4,7 % dei neonati risultati patologici al primo controllo.

Dei 12 neonati risultati refer effettivi, 6 hanno eseguito i potenziali evocati uditivi del tronco (ABR) con esito di normalità, 3 non sono tornati a controllo, 2 sono risultati effettivamente portatori di sordità o ipoacusia mono o bilaterale, un altro paziente è stato inviato presso il Reparto di Otorinolaringoiatria dell'Ospedale Cardarelli di Campobasso per la prosecuzione del percorso diagnostico.

Infine i potenziali uditivi evocati (ABR), oltre che sui neonati refer effettivi, sono stati eseguiti anche su altri 14 neonati con importanti fattori di rischio (prematurità, basso peso alla nascita) risultando sempre non patologici.

AZIONI, OBIETTIVI E INDICATORI PER L'ANNO 2013

Si confermano, per il 2013, gli indicatori e i valori raggiunti nell'anno 2012.

Obiettivo specifico è mantenere elevato lo standard di qualità raggiunto sia in termini di diagnosi precoce di ipoacusia che di percentuale di popolazione screenata.

Indicatori	Valore osservato al 31.12.2012	Valore atteso al 31.12.2013	Fonte di verifica
% bambini con sospetto di sordità profonda posto entro il primo mese di vita	98% (*)	98%	REGIONE-ASREM
% diagnosi di sordità profonda posta entro 3 mesi di vita	95%	95%	



% identificazione dei casi patologici, con avvio di questi soggetti ad un programma di terapia protesico-logopedica sufficientemente precoce (entro il 4° mese di vita)	95%	95%	
---	-----	-----	--

(*) n. 2.048 screening/2.088 nati (Anno 2012)

4) MACROAREA "PREVENZIONE DELLE COMPLICANZE E RECIDIVE DI MALATTIA"

cod. 4.2.1. **PREVENZIONE E SORVEGLIANZA DELLA DISABILITÀ E DELLA NON AUTOSUFFICIENZA**

Obiettivo generale

Elaborare e sperimentare un modello di indagine sulla qualità della vita, sulla salute e sulla percezione dei servizi nella terza età, ripetibile nel tempo e sostenibile, ad uso di ASL, Servizi sociali e Regione.

Obiettivi specifici

Effettuare la sorveglianza di popolazione distinguendo e seguendo nel tempo 4 sottogruppi di ultrasessantacinquenni (in buona salute e a basso rischio di malattia; in buona salute ma a rischio di malattia e fragilità; con segni di fragilità; con disabilità) al fine di identificare priorità di intervento e target specifici di interventi diversi, e quindi di orientare adeguatamente la programmazione sociosanitaria

Azioni principali

Sorveglianza nei 4 gruppi identificati (anziani risorsa, anziani a rischio di fragilità, anziani fragili, anziani non autosufficienti o disabili), identificazione delle priorità di intervento

Target

Persone >= 65 anni non istituzionalizzate residenti nella Regione

Stato dell'arte al 31.12.2012

L'attività di sensibilizzazione si è concretizzata nel coinvolgimento dei MMG, dei direttori dei Distretti mediante invio di lettere informative e/o mail e con incontri nei più comuni luoghi di aggregazione per anziani.

Si procede con cadenza regolare alla somministrazione dei questionari e l'inserimento dei dati è stato realizzato utilizzando una base dati predisposta con il software Epi-Info versione 3.5.1.

L'analisi dei dati, prevalentemente di tipo descrittivo, è stata condotta con lo scopo di sperimentare un sistema di sorveglianza fortemente orientato all'azione e descrivere i fenomeni connessi alla salute e alla qualità della vita degli ultra 64enni. Sono stati così costruiti grafici e tabelle di frequenza e sono stati ricavati indici e prevalenze calcolando gli intervalli di confidenza al 95%.

E' in corso la redazione del rapporto finale al 31 dicembre 2012 del quale si procederà alla comunicazione e diffusione dei dati non appena sarà completato il lavoro.

AZIONI, OBIETTIVI E INDICATORI PER L'ANNO 2013. CRITICITA'.

Quanto all'analisi dei dati e alla comunicazione dei risultati si registra ogni anno un disallineamento tra il termine per la conclusione delle attività, stabilita al 31 dicembre, e la evidente necessità di prorogare ai primi mesi dell'anno successivo le attività di studio e organizzazione dei dati acquisiti in chiusura dell'anno precedente.

Comunque si cercherà, per l'anno 2013, di migliorare la performance dei valori relativi agli indicatori «analisi dei dati» e «comunicazione dei risultati» conseguiti nel 2012.

Indicatori	Valore osservato al 31.12.2012	Valore atteso al 31/12/2013	Fonte di verifica
Attività di sensibilizzazione e comunicazione iniziale	100%	100%	REGIONE-ASREM
Campionamento e formazione locale dei coordinatori e degli intervistatori (*)	100%	100%	
Attivazione sistema di sorveglianza con inizio realizzazione	100%	100%	



interviste (**)			
Inserimento dati e creazione base dati regionale	100%	100%	
Analisi dei dati e redazione report	50%	80%	
Comunicazione e diffusione dei risultati	30%	50%	

(*) gli intervistatori formati sono stati 7

(**) Le interviste da realizzare al 31/12/2013 sono almeno 250

cod. 4.2.2. PROMOZIONE DELL'ATTIVITÀ FISICA PER INVECCHIARE IN SALUTE

Obiettivo generale

Ridurre i livelli di sedentarietà nella popolazione degli ultrasessantacinquenni, promuovendo e facilitando l'attività motoria con interventi intersettoriali e multidisciplinari sostenibili e basati su evidenza scientifica e attraverso la diffusione sul territorio regionale delle migliori pratiche esistenti

Obiettivi specifici

Incidere sugli stili di vita degli anziani (affrontando il tema della qualità dell'ambiente urbano, della sicurezza stradale e dei benefici per la salute derivanti da uno stile di vita fisicamente attivo), promuovere un cambiamento di atteggiamenti e comportamenti

Azioni principali

Attuazione di una indagine di prevalenza finalizzata allo studio degli stili di vita negli anziani, con particolare riferimento a sedentarietà e attività fisica

Elaborazione di un Piano regionale di promozione dell'attività fisica attraverso il quale fornire supporto alle migliori pratiche implementabili a livello locale, sostenibili e basate su prove di efficacia

Implementazione delle azioni previste dal Piano

Campagna di comunicazione regionale

Target

Persone >= 65 residenti nella Regione

Stato dell'arte al 31.12.2012

Sono state svolte le seguenti attività:

- Predisposizione di un questionario semplice e sintetico in virtù del *target*, somministrato agli ultrasessantacinquenni;
- Censimento dei Centri sociali per anziani delle provincie di Isernia e Campobasso;
- Elaborazione di un opuscolo informativo;
- Elaborazione di un manifesto;
- Formazione degli operatori sanitari tramite lezione frontale, distribuzione di materiale cartaceo e on-line per l'acquisizione delle conoscenze sui benefici dell'attività fisica;
- Campagna informativa sull'importanza dell'attività fisica per la salute con incontri nei centri di aggregazione degli anziani presenti nel territorio: sale riunioni parrocchie, centri sociali per anziani con coinvolgimento anche di associazioni già presenti nel territorio: AUSER e FAND (associazione diabetici).

Gli incontri, tesi a stimolare l'attività fisica quotidiana, si sono svolti grazie ad un *team itinerante* nei centri sociali e in alcune palestre di entrambe le provincie di Isernia e di Campobasso, costituito da un dirigente medico e da due infermiere precedentemente formati, e da un insegnante di scienze motorie il quale consiglia l'attività motoria più idonea per quella fascia d'età, che ha un minor impatto osteo- articolare, quale l'aerobica ed effettua una dimostrazione di alcuni semplici esercizi di ginnastica dolce, in particolare di Tai-chi.

Si é inoltre provveduto a quanto segue:

- Somministrazione del questionario;
- Indagine di prevalenza tramite la somministrazione del questionario, tesa a conoscere il livello di sedentarietà e la condizione di fragilità;
- Distribuzione di opuscoli informativi "Casa Sicura e più in Salute con il.....Movimento"



- j) Affissione di manifesti nei centri sociali, parrocchie, sedi di Associazioni per anziani, farmacie, ambulatori dei Distretti Sanitari, sale di attesa CUP, uffici postali, studi dei Medici di Medicina Generale;
- k) Pubblicizzazione dell'iniziativa regionale tramite gli organi di informazione (TV, quotidiani, giornalini di quartiere);
- l) Formazione dei docenti rappresentativi del 60% di tutte le scuole I e II grado della Regione Molise, ambiti di Isernia, Campobasso e Termoli, in particolare dei referenti Area salute, tramite lezione frontale, proiezione di video, distribuzione di opuscoli e cd, in collaborazione con l'Ufficio Scolastico Regionale.

Al 30 settembre 2012 sono stati coinvolti n. 30 centri di aggregazione di anziani, in entrambe le provincie di Campobasso e di Isernia con educazione al movimento della popolazione molisana *over* 65 nei trenta centri visitati. I questionari sono stati somministrati prevalentemente tramite interviste in presenza «faccia a faccia» (400); solo una percentuale minore per telefono (100).

E' ancora in corso l'elaborazione dei dati, che saranno inviati con relazione dettagliata sull'attività svolta all'Assessorato Regionale Politiche per la Salute.

Gli interventi della campagna regionale vengono realizzati in coerenza e in sinergia con il progetto "Prevenzione degli incidenti domestici negli anziani", anch'esso rientrante nel Piano Regionale di Prevenzione della Regione Molise 2010 – 2012; ne consegue che tutte le suddette iniziative mirano, integrandosi, tanto a promuovere l'attività fisica negli anziani quanto alla riduzione dei rischi da trauma domestico.

AZIONI, OBIETTIVI E INDICATORI PER L'ANNO 2013

Per il 2013 si aggiorna il valore atteso degli indicatori nel modo seguente:

Indicatori	Valore osservato al 31.12.2012	Valore atteso al 31.12.2013	Fonte di verifica
N. centri di aggregazione anziani coinvolti sul totale dei centri censiti	30/30	30/30	REGIONE-ASREM
N. questionari somministrati ad anziani dopo campagna informativa /totale ultrasessantacinquenni	500/70189	750/70189	

RITENUTO, pertanto, di dover prorogare per l'anno 2013 i progetti così come già approvati con DGR 1101/2010 con riconferma del quadro strategico generale e le analisi di contesto ed epidemiologiche contenute nelle singole linee progettuali nei limiti delle necessità di rimodulazione degli indicatori di risultato e dei valori attesi alla data del 31 dicembre 2013, conformemente alle suddette indicazioni declinate dai responsabili scientifici di ciascun progetto;

TUTTO CIÒ PREMESSO, SI PROPONE ALLA GIUNTA REGIONALE:

- di recepire l'Accordo Stato – Regioni del 7 febbraio 2013 per la proroga del Piano Nazionale della Prevenzione 2010-2012 - Rep. Atti n. 53/CSR;
- di approvare, per l'effetto, la proroga, all'anno 2013, del Piano regionale della Prevenzione della Regione Molise per il triennio 2010-2012, approvato con D.G.R. 30-12-2010, n. 1101 con la seguente rimodulazione di indicatori e valori attesi al 31-12-2013:



1) MACROAREA "MEDICINA PREDITTIVA"

cod. 1.1.1. - PROGETTO CUORE – APPLICAZIONE DELLA CARTA DEL RISCHIO CARDIOVASCOLARE

Indicatori	Valore osservato al 31.12.2012	Valore atteso al 31.12. 2013	Fonte di verifica
numero schede validate inviate dai MMG	5010	8000	dati ISS
corso regionale di formazione per MMg - in collaborazione con Istituto Superiore di Sanità	0	1	dati regionali

cod. 1.1.2. - PREVENZIONE DELLE MALATTIE DELL'APPARATO URO-GENITALE MASCHILE: VARICOCELE

Indicatori	Valore osservato al 31.12.2012	Valore atteso al 31.12. 2013	Fonte di verifica
% scuole coinvolte	100%	100%	REGIONE - ASREM UFFICIO SCOLASTICO REGIONALE
N. report semestrali	2	2	

cod. 1.1.3. - AUMENTO DELLA TRANSLUCENZA FETALE COME MARKER PER L'IDENTIFICAZIONE DEI CASI A RISCHIO DI ANEUPLOIDIE FETALI NELLA POPOLAZIONE DEL MOLISE

Indicatori	Valore osservato al 31.12.2012	Valore atteso al 31.12.2013	Fonte di verifica
% donne molisane gravide al di sotto dei 35 anni screenate	36.5%	40%	REGIONE - ASREM
% donne screenate che riconsegnano il questionario	50%	50%	

2) MACROAREA "PREVENZIONE UNIVERSALE"

cod. 2.1.1. - L'EDUCAZIONE E L'INFORMAZIONE NELLA PREVENZIONE DEGLI INCIDENTI STRADALI

Indicatori	Valore osservato al 31.12.2012	Valore atteso al 31/12/2013	Fonte di verifica
Attivazione percorsi di formazione per operatori sanitari	100% (2 corsi di formazione per operatori sanitari)	n. 1 Convegno aziendale organizzato dall'ASReM sulla problematica degli incidenti stradali	Sistema accreditamento formazione ECM nazionale/regionale
Individuazione e reclutamento facilitatori dei contesti educativi/formativi e del divertimento	80%	100% Almeno 20 facilitatori dei contesti educativi/formativi e del divertimento Oltre agli insegnanti delle scuole di II grado, verrà promosso il coinvolgimento anche dei gestori di locali ludico-ricreativi e alle scuole guida che scarsa adesione hanno dato nel corso dell'anno 2012	Registri o fogli di iscrizione ai corsi
N° corsi di formazione attivati per i facilitatori	100% (2 corsi di formazione per facilitatori)	3° corso di formazione per facilitatori	Piani locali di formazione, reportistica
Realizzazione da parte dei facilitatori formati di interventi nei contesti educativi/formativi e del divertimento	4 interventi	Ulteriori 4 interventi e reportistica finale	Schede di monitoraggio
Aggiornamento della banca dati/anagrafe degli incidenti stradali mediante implementazione ed integrazione di un modulo sugli incidenti stradali nel progetto nazionale INIACA	Indicatore non previsto nel triennio 2010-2012. Si intende valutare il fenomeno degli incidenti	SI Coinvolgimento di almeno 2 delle 3 UO-Pronto Soccorso	Reportistica



	stradali anche attraverso gli accessi al PS	operanti nella ASReM	
--	---	----------------------	--

cod. 2.2.1. - PREVENZIONE DEGLI INFORTUNI E DELLE PATOLOGIE LAVORO-CORRELATE NEL COMPARTO DELLE COSTRUZIONI

Indicatori	Valore atteso al 31.12.2012	Valore osservato al 31.12.2012	Valore osservato al 31/12/2013	Fonte di verifica
Riduzione del tasso di gravità: percentuale infortuni permanenti e mortali sul totale degli infortuni indennizzati nel comparto costruzioni	8,5%	Non Rilevato	8,5%	Flussi informativi INAIL
% cantieri ispezionati su cantieri previsti	100% (263 cantieri)	Non Rilevato	100% (263 cantieri)	Numeratore: scheda riepilogativa attività di vigilanza. Denominatore: dati Regionali PN edilizia 2008-2010
% cantieri positivi su cantieri ispezionati		Non Rilevato	INDICATORE SOPPRESSO	INDICATORE SOPPRESSO (*)
% cantieri controllati per sorveglianza sanitaria su cantieri ispezionati	100%	Non Rilevato	100%	Scheda riepilogativa attività di vigilanza
% interventi formativi per lavoratori effettuati su cantieri ispezionati	100% (263 interventi)	Non Rilevato	100% (263 interventi)	Scheda riepilogativa attività di formazione
% interventi informativi per datori di lavoro su interventi previsti	100% (36 interventi)	Non Rilevato	100% (36 interventi)	Schede riepilogative degli Atti

cod. 2.2.2. - INFORMAZIONE E FORMAZIONE SUL LAVORO IN AGRICOLTURA: ASSISTENZA PROCEDURALE E DISCIPLINA IN MERITO DI SICUREZZA SUL LAVORO

Indicatori	Valore osservato al 31/12/2012	Valore atteso al 31.12.2013	Fonte di verifica
Realizzazione corso aggiornamento sicurezza	1	1	Dati regionali
N. adesioni corso di aggiornamento	30	30	Dati regionali
Realizzazione corso formativo sicurezza per imprenditori agricoli e non (mai formati)	2	2	Dati regionali
N. adesioni a corso formativo sicurezza	40	40	Dati regionali

cod. 2.3.1. - PREVENZIONE DEGLI EVENTI INFORTUNISTICI IN AMBITO DOMESTICO

Indicatori	Valore osservato al 31.12.2012	Valore atteso al 31/12/2013	Fonte di verifica
Implementazione della banca dati/anagrafe degli incidenti domestici, con aumento della copertura e di conseguenza del coinvolgimento dei PS regionali	100% (dati 2012)	100% (dati 2013)	ISS
Corsi di educazione sanitaria rivolti a famiglie e bambini di età <4 anni e ad anziani >65 anni	30	35	REGIONE - ASREM
Elaborazione e diffusione di opuscoli negli studi di MMG e PLS, farmacie, ipermercati, luoghi di aggregazione, ecc.	Diffusione presso il 80% dei luoghi indicati	Diffusione presso il 100% dei luoghi indicati	

cod. 2.4 (2.4.1. - 2.4.2. - 2.4.3. - 2.4.4.) PREVENZIONE VACCINALE



Tipo di vaccino	Obiettivo di copertura %	Coorte di riferimento	Chiamata attiva
Vaccinazione anti DTPa Poliometite – Epatite B – HIB	≥ 95	2011	x
Vaccinazioni MPR 1 dose	≥ 95	2011	x
Vaccinazione antipneumococcica nuovi nati	≥ 75 per 1° dose	2013	x
Vaccinazione antimeningococcica tipo C	≥ 70	2012	x
Vaccinazione anti DTPa Poliometite	≥ 95	2006	x
Vaccinazioni MPR 2 dosi nei bambini	≥ 95	2006	x
Vaccinazioni dTpa negli adolescenti	≥ 80	1998	x
Vaccinazione MPR 2 dosi negli adolescenti	≥ 80	1998	x
Vaccinazione antimeningococcica tipo c negli adolescenti	≥ 70	1998	x
Vaccinazione antivaricella agli adolescenti suscettibili	≥ 30	1998	x
Vaccinazione anti HPV 3 dosi nelle dodicenni	≥ 70	2001	x
Vaccinazione MPR 2 dosi negli adolescenti	≥ 85	2001	x
Vaccinazione anti HPV prima dose nelle dodicenni	≥ 80	2002	x
Vaccinazione antinfluenzale negli ultra sessantacinquenni	≥ 75	Dal 1948	
Stato immunitario nei confronti della rosolia	≥ 60 lettere	1983 al 1990	x
Questionari da somministrare su stato immunitario per rosolia	≥ 60	Madri dei nati nel 2013	
Donne suscettibili alla rosolia da vaccinare	30%	Madri nati 2013	x

cod. 2.5.1. - PREVENZIONE DELLE INFEZIONI CORRELATE ALL'ASSISTENZA SANITARIA

Indicatori	Valore osservato al 31.12.2012	Valore atteso al 31.12.2013	Fonte di verifica
Adozione del manuale dell' HACCP nelle ristorazioni dei 6 ospedali pubblici molisani.	-	SI	Regione-ASREM
Verifica corretta applicazione	-	n. 6 sopralluoghi (uno per ogni Ospedale)	Regione-ASREM
Report finale con suggerimenti al Direttore sanitario ASREM per correttivi in caso di riscontro di difformità	-	SI (entro il 31.12.2013)	Regione-ASREM

cod. 2.6.1. - ISTITUZIONE DEL SISTEMA DI SORVEGLIANZA DELLE NUOVE DIAGNOSI DI INFEZIONE DA HIV NELLA REGIONE MOLISE E INTERVENTI DI INFORMAZIONE SULLE MALATTIE SESSUALMENTE TRASMESSE

Indicatori	Valore osservato al 31.12.2012	Valore atteso al 31.12.2013	Fonte di verifica
Completamento del sistema di sorveglianza regionale con acquisizione dei dati d'interesse anche dagli Enti privati IRCCS Neuromed e Fondazione Giovanni Paolo II e loro invio all'ISS insieme ai dati delle Strutture pubbliche	-	SI	ISS
Incontri con i medici di medicina generale provincia di Campobasso e Isernia per attività di sensibilizzazione	-	3 incontri	Regione-ASREM

cod. 2.6.2. - PREVENZIONE DELLE PATOLOGIE DA IMPORTAZIONE NELLE DONNE IMMIGRATE

Indicatori	Valore osservato al 31.12.2012	Valore atteso al 31.12.2013	Fonte di verifica
% donne immigrate screenate rispetto al numero totale di afflussi	58	60	REGIONE-Attività consultori
% donne screenate che riconsegnano il questionario per raccolta dati	65	70	REGIONE-Attività consultori

cod. 2.8.1. - **PROGETTO DI CATEGORIZZAZIONE DEL RISCHIO DELLE ATTIVITÀ ALIMENTARI INCLUSI GLI IMPIANTI ACQUEDOTTISTICI E VERIFICA DELL'APPLICAZIONE DELLE RISPETTIVE PROCEDURE DI AUTOCONTROLLO ATTUATE IN AMBITO REGIONALE**

Indicatori	Valore osservato al 31.12.2012	Valore atteso al 31/12/2013	Fonte di verifica
N. aziende categorizzate sul totale di aziende di ristorazione pubblica e collettiva	229 (95%) ristorazione pubblica, 64 (80%) ristorazione collettiva	incremento 10% ristorazione pubblica; 10% ristorazione collettiva	REGIONE-A.S.RE.M.
N. enti gestori di acquedotti categorizzati sul totale di enti gestori	28 (100%)	Incremento del 10%	REGIONE-A.S.RE.M.
Coinvolgimento ambito territoriale di Termoli (Basso Molise)	-	SI	REGIONE-A.S.RE.M.

cod. 2.9.1. - **SISTEMA DI SORVEGLIANZA EPIDEMIOLOGICA DELLA REGIONE MOLISE**

Indicatori	Valore osservato al 31.12.2012	Valore atteso al 31/12/2013	Fonte di verifica
n. Strutture regionali attivate su Registri previsti	0	10/10	REGIONE-A.S.RE.M.
n. Report annuali	0	1	REGIONE-A.S.RE.M.

cod. 2.9.2. - **PROGETTO DI SORVEGLIANZA E COMUNICAZIONE DELLE INFORMAZIONI DERIVANTI DAI SISTEMI DI SORVEGLIANZA SUI RISCHI COMPORTAMENTALI NELLE FASCE DI ETÀ DAI 6 AI 17 ANNI E SOSTEGNO ALLO SVOLGIMENTO DI PROGETTI VALIDATI DI EDUCAZIONE ALLA SALUTE SUI DETERMINANTI DI GUADAGNARE SALUTE**

Indicatori	Valore osservato al 31.12.2012	Valore atteso al 31.12.2013	Fonte di verifica
N. indagini di sorveglianza nutrizionale completate rispetto al totale di quelle da svolgere nel periodo	1 (100%)	Nessuna indagine nazionale e regionale prevista per il 2013	N. schede e questionari di ciascuna indagine compilati in ciascuna scuola campionata
N. operatori sanitari formati rispetto a quelli coinvolti	125 (>100%)	Ulteriori 100 operatori sanitari formati (oltre gli 80 iniziali)	Fogli di presenza alle giornate di formazione
N. incontri effettuati con insegnanti, famiglie, alunni per la presentazione dei risultati delle indagini, sul totale delle scuole esistenti	42 (81%)	20% incontri svolti presso scuole primarie e secondarie. 20% amministratori locali contattati (136 Comuni, 2 Province e la Regione)	Fogli di presenza agli incontri con il mondo della scuola

3) MACROAREA "PREVENZIONE NELLA POPOLAZIONE A RISCHIO"

cod. 3.1.1. - **PROGRAMMA PER LA RIDUZIONE DELLA MORTALITÀ PER CARCINOMA DELLA CERVICE UTERINA E PER LA SOSTENIBILITÀ DEL PROGRAMMA DI PREVENZIONE**

Indicatori	Valore osservato al 31/12/2012	Valore atteso al 31.12.2013	Fonte di verifica
Tasso di adesione al pap test/HPV test	33%	40%	GISCI - ONS



Tasso di adesione alla colposcopia	32%	50%	GISCI - ONS
Tasso di adesione alla biopsia	80%	80%	GISCI - ONS
Tasso di adesione al trattamento	90%	90%	GISCI - ONS
Sostituzione pap - test tradizionale con test HPV	—	10%	ASREM

cod. 3.1.2. - PROGRAMMA PER LA RIDUZIONE DELLA MORTALITÀ PER CARCINOMA DEL COLON RETTO E PER LA SOSTENIBILITÀ DEL PROGRAMMA DI PREVENZIONE

Indicatori	Valore osservato al 31/12/2012	Valore atteso al 31.12.2013	Fonte di verifica
Tasso di adesione al I livello del programma	29%	50%	GISCOR - ONS
Tasso di adesione al II livello del programma	53%	50%	GISCOR - ONS
Estensione degli inviti	-	80%	GISCOR - ONS
incontri formativi con MMG	-	1	REGIONE-ASREM

cod. 3.1.3. - PROGRAMMA PER LA RIDUZIONE DELLA MORTALITÀ PER CARCINOMA DELLA MAMMELLA E PER LA SOSTENIBILITÀ DEL PROGRAMMA DI PREVENZIONE

Indicatori	Valore osservato al 31.12.2012	Valore atteso al 31.12.2013	Fonte di verifica
Estensione del programma alla popolazione target indicata	100%	100%	GISMA - ONS
Mantenimento dell'estensione degli inviti	100%	100%	GISMA - ONS
Tasso di adesione popolazione target	55%	65%	GISMA - ONS
Coinvolgimento formale dei MMG	60%	60%	Regione Molise
Ristrutturazione e adeguamento tecnologico mammografo mobile	-	100%	ASREM
Completamento piattaforma informatizzata e registrazione on-line casi III e IV livello	-	50%	ASREM
Rapporto fra data del test di screening e data invio referto negativo (intervallo fra le due date ≤ 21 gg)	-	60%	ASREM
Rapporto fra data del test di screening e data dell'approfondimento (intervallo fra le due date ≤ 28 gg)	-	65%	ASREM

cod. 3.2.1. - PREVENZIONE DELLE RECIDIVE CARDIOVASCOLARI

Indicatori	Valore osservato al 31.12.2012	Valore atteso al 31.12.2013	Fonte di verifica
Implementazione Registri eventi cardiovascolari con copertura regionale	100%	100%	ISS
Adozione della carta del rischio nel proprio foglio di dimissione da parte delle cardiologie della Regione	100%	100%	Reparti di cardiologia - UTIC
% pazienti dimessi che si rivolgono al centro regionale di riabilitazione cardiovascolare	55%	18%	Centro regionale di riabilitazione cardiovascolare
Corso di formazione per cardiologi	-	1	Ufficio formazione ASREM

Corso di formazione e comunicazione rivolto a MMG	-	1	Ufficio formazione ASREM
---	---	---	--------------------------

cod. 3.3.1. - PREVENZIONE DELLA MALATTIA DIABETICA: MIGLIORARE LA DIAGNOSI PRECOCE

Indicatori	Valore osservato al 31/12/2012	Valore atteso al 31.12.2013	Fonte di verifica
N. pazienti con nuova diagnosi di diabete (*)	295	365	Elaborazione dati UO Diabetologia - ASREM
N. pazienti con IFG o IGT	80	100	

cod. 3.3.2. - PREVENZIONE DELLA MALATTIA DIABETICA: MIGLIORARE LA GESTIONE DEL PAZIENTE CON DIABETE

Indicatori	Valore osservato al 31/12/2012	Valore atteso al 31.12.2013	Fonte di verifica
N. pazienti inseriti nella cc informatizzata (*)	12.815	13.300	Elaborazione dati UO Diabetologia - ASREM
N. pazienti in monitoraggio domiciliare della glicemia (**)	1.500	1.650	

cod. 3.3.3. - PREVENZIONE DELLA MALATTIA DIABETICA: MIGLIORARE L'OFFERTA ASSISTENZIALE AL PAZIENTE CON MALATTIA DIABETICA.

Indicatori	Valore osservato al 31/12/2012	Valore atteso al 31.12.2013	Fonte di verifica
N. pazienti seguiti in regime ambulatoriale complesso (PAC)	0	INDICATORE SOPPRESSO	Elaborazione dati UO Diabetologia - ASREM
N. pazienti seguiti in programmi di educazione terapeutica strutturata (ETS)	95	130	

cod. 3.4.1. - SORVEGLIANZA DELLA TUBERCOLOSI

Indicatori	Valore osservato al 31.12.2012	Valore atteso al 31.12.2013	Fonte di verifica
Rilievo dati laboratoristici	100%	100%	REGIONE - ASREM UO MALATTIE INFETTIVE
Monitoraggio centri di diagnosi e cura regionali per la TBC	100%	100%	
Linee-guida specifiche per profilassi e prevenzione per immigrati e detenuti	non previsto	2 (immigrati - detenuti)	
Corso di formazione rivolto a MMG	non previsto	1	

cod. 3.7.1. - PREVENZIONE DELLA DEPRESSIONE POST-PARTUM

Indicatori	Valore osservato al 31.12.2012	Valore atteso al 31.12.2013	Fonte di verifica
n. strutture da coinvolgere	6	3	REGIONE - ASREM
% gravide contattate su gravide aderenti (*)	86%	90%	
% gravide risultate positive su gravide screenate	12%	15%	

% gravide valutate su gravide inviate dallo specialista	42%	50%	
% gravide prese in carico su gravide valutate	23%	25%	
% gruppi auto mutuo aiuto attivati su gruppi presenti	10%	10%	

cod. 3.8.1. - PREVENZIONE PRIMARIA DELL'ICTUS NELLA POPOLAZIONE MOLISANA A RISCHIO

Indicatori	Valore osservato al 31.12.2012	Valore atteso al 31.12.2013	Fonte di verifica
Incontri (scuole superiori, centri anziani, centri di aggregazione, ecc.)	80%	80%	REGIONE - ASREM
Elaborazione e diffusione opuscoli presso MMG, PLS, farmacie, ipermercati, centri di aggregazione	75%	80%	
Coinvolgimento MMG nella raccolta dati	50%	50%	
Screening della popolazione a rischio (65-80 anni)	50%	50%	
Creazione rete informatizzata con MMG	50%	50%	
Pazienti seguiti in collaborazione con follow up post dimissione ospedaliera	95%	100%	

cod. 3.9.1. - PREVENZIONE DELLA IPOVISIONE E CECITÀ NEI SOGGETTI NATI PRETERMINE

Indicatori	Valore osservato al 31.12.2012	Valore atteso al 31.12.2013	Fonte di verifica
% prime visite a 29° - 44° settimane di età post-concezionale dei neonati di EG<33 settimane	95%	95%	REGIONE-ASREM
% prime visite a tutti i nati tra la 33° e la 36° settimana, che presentino fattori di rischio aggiuntivi	95%	95%	

cod. 3.10.1. - PREVENZIONE DELLA IPOACUSIA PROFONDA PERMANENTE INFANTILE

Indicatori	Valore osservato al 31.12.2012	Valore atteso al 31.12.2013	Fonte di verifica
% bambini con sospetto di sordità profonda posto entro il primo mese di vita	98% (*)	98%	REGIONE-ASREM
% diagnosi di sordità profonda posta entro 3 mesi di vita	95%	95%	
% identificazione dei casi patologici, con avvio di questi soggetti ad un programma di terapia protesico-logopedica sufficientemente precoce (entro il 4° mese di vita)	95%	95%	

4) MACROAREA "PREVENZIONE DELLE COMPLICANZE E RECIDIVE DI MALATTIA"

cod. 4.2.1. - PREVENZIONE E SORVEGLIANZA DELLA DISABILITÀ E DELLA NON AUTOSUFFICIENZA

Indicatori	Valore osservato al 31.12.2012	Valore atteso al 31/12/2013	Fonte di verifica
Attività di sensibilizzazione e comunicazione iniziale	100%	100%	REGIONE-ASREM
Campionamento e formazione locale dei coordinatori e degli intervistatori (*)	100%	100%	
Attivazione sistema di sorveglianza con inizio realizzazione interviste (**)	100%	100%	
Inserimento dati e creazione base dati regionale	100%	100%	
Analisi dei dati e redazione report	50%	80%	
Comunicazione e diffusione dei risultati	30%	50%	



cod. 4.2.2. - PROMOZIONE DELL'ATTIVITÀ FISICA PER INVECCHIARE IN SALUTE

Indicatori	Valore osservato al 31.12.2012	Valore atteso al 31.12.2013	Fonte di verifica
N. centri di aggregazione anziani coinvolti sul totale dei centri censiti	30/30	30/30	REGIONE-ASREM
N. questionari somministrati ad anziani dopo campagna informativa /totale ultrasessantacinquenni	500/70189	750/70189	

- di trasmettere il presente deliberato giuntale dalla Direzione Generale dell'ASREM;
- di trasmettere il presente deliberato giuntale al Ministero della Salute.

Atto da pubblicare:

Integralmente BURM	X
Solo oggetto WEB (A tutela di dati sensibili)	

Campobasso, li **15 luglio 2013**

L'Istruttore
(**ERMANNIO PAOLITTO**)



Il Direttore del Servizio
(**Mauro DI MUZIO**)






ALLEGATO ALLA DELIBERA
n. 337 del 15 LUG 2013

PARERE IN ORDINE ALLA LEGITTIMITÀ E ALLA REGOLARITÀ TECNICO-AMMINISTRATIVA

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

Campobasso, li 15 luglio 2013

Il Direttore del Servizio

(Mauro DIMUZIO)



ALLEGATO ALLA DELIBERA
n. 337 del 15 LUG 2013

**VISTO DI COERENZA CON GLI OBIETTIVI DELLA DIREZIONE GENERALE PER
LA SALUTE**

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

PROPONE

Al **Presidente di LAURA FRATTURA** l'invio all'esame della Giunta Regionale per le successive determinazioni.

Campobasso, li _____

Il Direttore Generale
(dr. Antonio FRANCIONI)

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

IL SEGRETARIO
F.to Mogavero

IL PRESIDENTE
F.to Paolo di LAURA FRATTURA

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

Campobasso, li 17 luglio 2013



IL DIRETTORE REGGENTE
Mariolga MOGAVERO

Mariolga Mogavero

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

Visto: IL PRESIDENTE

IL SEGRETARIO

Campobasso, li _____