



# Regione Molise

**PIANO NAZIONALE PER LA PREVENZIONE 2014-2018  
(Intesa 13 novembre 2014 Rep. 156/CSR)**

**LINEE PROGRAMMATICHE REGIONALI**

# Indice

## Capitolo 1

Il Piano Nazionale della Prevenzione 2014-2018	<i>pag.</i>	2
L'Intesa Stato-Regioni 13 novembre 2014		2
La programmazione regionale:		
L'esperienza dei precedenti Piani regionali della prevenzione		3
Le criticità del PRP 2010-2013		6
I tratti salienti del P.N.P. 2014-2018		13

## Capitolo 2

Analisi di contesto		
Lo stato di salute del Molise	<i>pag.</i>	16
Il contesto territoriale del Molise		16
Indicatori demografici		19
Analisi della mortalità in Molise		23
Mortalità evitabile		31

## Capitolo 3

I Programmi del Piano regionale di prevenzione

<b>I.</b>	<b>Programma «Screening oncologici»</b>	
	- <i>screening della mammella</i>	<i>pag.</i> 39
	- <i>screening del colon retto</i>	42
	- <i>screening della cervice uterina</i>	44
<b>II.</b>	<b>Programma «La prevenzione delle malattie croniche non trasmissibili e le azioni in favore dei malati cronici»</b>	46
<b>III.</b>	<b>Programma «Screening audiologico ed oftalmologico neonatale »</b>	50
<b>IV.</b>	<b>Programma «Scuola, salute e benessere»</b>	52
<b>V.</b>	<b>Programma «Prevenzione delle dipendenze»</b>	54
<b>VI.</b>	<b>Programma «Prevenzione degli incidenti stradali»</b>	55
<b>VII.</b>	<b>Programma «Prevenzione degli incidenti domestici»</b>	57
<b>VIII.</b>	<b>Programma «Infortuni sul lavoro e malattie professionali»</b>	59
<b>IX.</b>	<b>Programma «Salute e Ambiente»</b>	62
<b>X.</b>	<b>Programma «Prevenzione e sorveglianza delle malattie infettive»</b>	65
<b>X.</b>	<b>Programma «Sicurezza alimentare e Sanità pubblica veterinaria»</b>	68
<b>X.</b>	<b>Programma «Prevenzione del randagismo»</b>	72

## Capitolo 1

### Il Piano Nazionale della Prevenzione 2014-2018

#### *L'Intesa Stato-Regioni 13 novembre 2014*

Con Intesa Stato-Regioni del 13 novembre 2014 (Rep. Atti. n. 156/CSR) é stato approvato il Piano Nazionale della Prevenzione 2014-2018.

Le Regioni sono tenute a recepire il suddetto Piano, con proprio atto deliberativo, disponendo:

- di applicare, nella elaborazione del proprio Piano regionale, la visione, i principi, le priorità e la struttura del PNP 2014-2018, di cui all'Allegato A dell'Intesa;
- la preliminare individuazione dei programmi regionali, il più possibile integrati e trasversali rispetto ad obiettivi ed azioni, con i quali si intende dare attuazione a tutti i macro obiettivi e a tutti gli obiettivi centrali;
- la definizione degli elementi - contesto, profilo di salute, trend dei fenomeni, continuità con quanto conseguito nel precedente Piano regionale della prevenzione (PRP) - funzionali ai programmi regionali individuati.

Sulla base di tali indicazioni, le Regioni si sono impegnate ad adottare, entro il 31 maggio 2015, il Piano Regionale di Prevenzione per la realizzazione del PNP 2014-2018 attraverso specifici programmi.

Le Regioni e Province autonome hanno stabilito di confermare per gli anni 2014 - 2018, per la completa attuazione del Piano Nazionale della Prevenzione, come previsto dall'articolo 3 dell'Intesa del 3 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'articolo 1, comma 34, della legge 7 dicembre 1996, n. 662, e successive integrazioni. Tali somme sono finalizzate a sostenere il raggiungimento degli obiettivi del Piano Nazionale della Prevenzione 2014 - 2018, lo sviluppo dei sistemi di sorveglianza e l'armonizzazione delle attività di prevenzione negli ambiti territoriali.

L'art. 17 dell'Intesa sul nuovo "Patto per la Salute" per gli anni 2014-2016 (Rep. Atti n. 82/CSR del 10 luglio 2014), oltre ad aver precorso i sopra riferiti impegni finanziari, stabilisce che il 5 per mille della quota vincolata per il PNP di cui ai previsti Accordi per la realizzazione degli obiettivi di Piano Sanitario Nazionale venga destinata ad una linea progettuale per lo svolgimento di attività di supporto al PNP da parte di network regionali dell'Osservatorio Nazionale Screening, Evidence-based prevention, Associazione italiana registri tumori.

Il Patto per la Salute 2014-2016 obbliga le Regioni a mettere in atto ogni utile intervento per promuovere la salute in tutte le politiche ed attuare la promozione della salute attraverso politiche integrate ed intersettoriali a sostegno del diritto di ciascun cittadino a realizzare il proprio progetto di vita in un disegno armonico di sviluppo del proprio territorio e della propria comunità.

E' confermato l'impianto in base al quale le Regioni sono tenute a trasmettere annualmente alla Direzione operativa del Centro Nazionale per la Prevenzione e il Controllo delle Malattie idonea documentazione sulle attività svolte, per consentire alla medesima Direzione di certificare l'avvenuto raggiungimento degli obiettivi previsti dai Piani regionali anche ai fini di cui all'articolo 12 dell'Intesa 23 marzo 2005. A seguito di valutazione positiva degli stati di avanzamento raggiunti, le Regioni accedono alle somme vincolate al raggiungimento degli obiettivi di Piano sanitario nazionale.

I criteri per la valutazione e la certificazione dei Piani Regionali medesimi sono individuati con apposito Accordo Stato Regioni entro il 31 gennaio 2015.

Il coordinamento dell'attuazione del Piano Nazionale della Prevenzione 2014 - 2018 è affidato al Ministero della salute, Direzione generale della prevenzione, che assicura il necessario raccordo operativo con le Direzioni generali e della sanità animale e dei farmaci veterinari e per l'igiene e la sicurezza degli alimenti e la nutrizione.

Ciascuna Regione é tenuta, ai sensi dell'art. 1 comma 7 dell'Intesa, ad individuare - con proprio atto formale - il Coordinatore operativo del Piano regionale della prevenzione.

### ***La programmazione regionale.***

#### ***L'esperienza dei precedenti Piani regionali della prevenzione.***

La Regione Molise, in esecuzione degli impegni assunti in seno alla Intesa 23 marzo 2005, ha approvato, con DGR 3 agosto 2005, n. 1107, il proprio Piano della Prevenzione per il triennio 2005-2007 relativamente ai seguenti ambiti d'intervento: *cardiovascolare; screening tumore della mammella – cervice uterina – colon-retto; diabete; vaccini.*

Con successiva DGR 19 giugno 2006, n. 826 la Regione ha provveduto ad approvare, in conformità alla nota del Ministero della Salute, DGPREV/IX/24081//P/I. 8.a.a., del 19.10.2005, i progetti relativi ai seguenti ulteriori ambiti operativi: *Obesità; Prevenzione delle recidive di accidenti cardiovascolari; Incidenti stradali; Incidenti domestici; Infortuni sul lavoro.*

Il Piano regionale della prevenzione 2005-2007 é proseguito nel successivo biennio 2008-2009, conformemente alle indicazioni ministeriali e quelle contenute nel Piano Sanitario Regionale per il triennio 2008-2010 come approvato con delibera di Consiglio Regionale 9 luglio 2008.

Con DGR 30 dicembre 2010, n. 1101 la Regione Molise, in recepimento l'Intesa Stato-Regioni e Province autonome del 29 aprile 2010, approvava il proprio piano regionale della prevenzione per il triennio 2010-2012.

L'Intesa 29 aprile 2010 aveva approvato il PNP 2010-2012 affidando ai piani regionali la concreta attuazione degli interventi ivi contemplati.

Il PNP 2010-2012 definiva quattro 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.

L'Intesa 29 aprile 2010 stabiliva che ciascun Piano regionale prevedesse:

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

Il Piano della prevenzione della Regione Molise, in armonia con le indicazioni metodologiche del PNP, si articolava nei seguenti due nuclei tematici:

A) QUADRO STRATEGICO descrittivo del contesto di riferimento regionale sul piano istituzionale, normativo, economico, organizzativo, demografico ed epidemiologico, al fine di individuare specifiche linee di intervento "mirate";

B) PIANO OPERATIVO costituito dalle concrete linee di intervento programmate e definite in termini di obiettivi da raggiungere, azioni, risultati e relativi indicatori e "target" (segmento di popolazione molisana/ residente in regione "beneficiaria").

Il Piano operativo regionale «2010-2012» declinava i seguenti interventi:

### **1. Area Medicina Predittiva**

PROGETTO CUORE – APPLICAZIONE DELLA CARTA DEL RISCHIO CARDIOVASCOLARE

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

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

### **2. Area Prevenzione Universale**

INCIDENTI STRADALI: L'EDUCAZIONE E L'INFORMAZIONE NELLA PREVENZIONE DEGLI INCIDENTI STRADALI

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

INFORMAZIONE E FORMAZIONE SUL LAVORO IN AGRICOLTURA: ASSISTENZA PROCEDURALE E DISCIPLINA IN MERITO DI SICUREZZA SUL LAVORO

PREVENZIONE DEGLI EVENTI INFORTUNISTICI IN AMBITO DOMESTICO

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

MIGLIORAMENTO DELLA COPERTURA VACCINALE ANTIPNEUMOCOCCICA NELL'INFANZIA.

MANTENIMENTO E MIGLIORAMENTO DELLA COPERTURA VACCINALE ANTI HPV NELLE GIOVANI ADOLESCENTI

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

PREVENZIONE DELLE INFEZIONI CORRELATE ALL'ASSISTENZA SANITARIA

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

PREVENZIONE DELLE PATOLOGIE DA IMPORTAZIONE NELLE DONNE IMMIGRATE

CATEGORIZZAZIONE DEL RISCHIO E VERIFICA DELLE PROCEDURE DI AUTOCONTROLLO DELLE ATTIVITÀ DI RISTORAZIONE PUBBLICA E COLLETTIVA

CATEGORIZZAZIONE DEL RISCHIO E VERIFICA DELLE PROCEDURE DI CONTROLLO INTERNO DEGLI IMPIANTI ACQUEDOTTISTICI

SISTEMA DI SORVEGLIANZA EPIDEMIOLOGICA DELLA REGIONE MOLISE

ADESIONE AI SISTEMI DI SORVEGLIANZA NAZIONALI OKKIO ALLA SALUTE E HBSC-GYTS:

### ***3. Area Prevenzione della popolazione a rischio***

PROGRAMMA PER LA RIDUZIONE DELLA MORTALITÀ PER CARCINOMA DELLA CERVICIA UTERINA E PER LA SOSTENIBILITÀ DEL PROGRAMMA DI PREVENZIONE

PROGRAMMA PER LA RIDUZIONE DELLA MORTALITÀ PER CARCINOMA DEL COLON – RETTO E PER LA SOSTENIBILITÀ DEL PROGRAMMA DI PREVENZIONE

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

PREVENZIONE DELLE RECIDIVE CARDIOVASCOLARI

PREVENZIONE DELLA MALATTIA DIABETICA: MIGLIORARE LA DIAGNOSI PRECOCE

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

PREVENZIONE DELLA MALATTIA DIABETICA: MIGLIORARE L'OFFERTA ASSISTENZIALE

SORVEGLIANZA DELLA TUBERCOLOSI

PREVENZIONE DELLA DEPRESSIONE POST PARTUM

PREVENZIONE PRIMARIA DELL'ICTUS NELLA POPOLAZIONE MOLISANA A RISCHIO

PREVENZIONE DELLA IPOVISIONE E CECITÀ NEI SOGGETTI NATI PRETERMINE

PREVENZIONE DELL'IPOCUSIA PROFONDA PERMANENTE INFANTILE

#### **4. Area prevenzione delle complicanze e delle recidive di malattia**

PREVENZIONE E SORVEGLIANZA DELLA DISABILITA' E DELLA NON AUTOSUFFICIENZA

PROMOZIONE DELL'ATTIVITÀ FISICA PER INVECCHIARE IN SALUTE.

Con DGR 15 luglio 2013, n. 337 il Molise ha recepito l' Accordo 7 febbraio 2013 tra Stato, Regioni e Province autonome di Trento e Bolzano per la proroga all'anno 2013 del Piano Nazionale Prevenzione 2010-2012.

In tale occasione, nel confermare l'impianto complessivo del Piano, si é provveduto alla rimodulazione, per ciascun intervento implementato, di indicatori e valori attesi al 31-12-2013 come declinata nel documento istruttorio del suddetto deliberato giuntale.

#### ***Le criticità del PRP 2010-2013.***

L'esperienza del triennio 2010 -2013 ha evidenziato delle criticità, alcune di natura generale, altre proprie di specifici interventi implementati.

In linea generale é stato necessario avviare specifiche attività di sensibilizzazione dei Medici di Medicina generale e Pediatri di libera scelta con riferimento a quei programmi che ne prevedevano il coinvolgimento attivo (prevenzione malattie cardiovascolari, vaccinazioni, screening oncologici, diabete, ictus) con esiti non sempre omogenei: in prospettiva il problema dell'adesione dei MMG e PLS ai programmi regionali di prevenzione sanitaria potrebbe essere risolto attraverso la sottoscrizione ai accordi nazionali ovvero regionali che ne rendano obbligatoria la collaborazione.

Alcuni programmi non sono stati implementati in taluni ambiti territoriali della regione ovvero hanno registrato *performances* inferiori alle aspettative per insufficienza degli operatori sanitari coinvolti: il problema talora é da ascrivere alla progressiva riduzione del personale dell'A.S.Re.M. nelle varie Unità Operative interessate, sovente per pensionamento del personale dipendente e mancata contestuale assunzione di nuovo personale, per i ben noti vincoli imposti dal "Piano di rientro dal disavanzo della spesa sanitaria regionale" che, tra l'altro, hanno prevedono specificatamente il blocco del turn-over.

Il suddetto problema é stato osservato, per esempio, con riferimento allo screening prenatale per la traslucenza fetale (Area "Medicina Predittiva") offerto alle donne con età inferiore ad anni 35 per l'individuazione delle gravidanze a rischio per SD ed altre aneuploidie ai fini dell'eventuale avvio agli esami invasivi di conferma (amniocentesi e villocentesi); l'attività di screening é stata svolta prevalentemente nel medio e basso Molise (asse Campobasso-Teroli) mentre del tutto modesto é stato l'apporto degli operatori della nella provincia di Isernia.

Altrettanto dicasi per il progetto relativo alla prevenzione della "Depressione post-partum" ricadente nell'Area della prevenzione della popolazione a rischio; l'attività, nell'anno 2013 , si é concentrata esclusivamente presso il Punto nascita di Campobasso e presso i Consultori di Campobasso e Boiano, quantunque questo ambito territoriale appaia comunque significativo perché rappresentativo di circa la metà nel numero di nascite registrate in quell'anno nel territorio regionale.

Per converso può ritenersi positiva l'esperienza legata all'offerta dello screening andrologico del varicocele diretto agli studenti maschi della scuola secondaria di I grado della regione Molise; tale

screening ha costituito una peculiarità del piano molisano della prevenzione in quanto non risultano iniziative simili in altre regioni; tale azione, programmata nell'ambito degli interventi afferenti la "Medicina Predittiva", ha avuto come obiettivo generale la individuazione precoce di anomalie a livello dell'apparato genitale maschile esterno, in grado di influenzare negativamente la sfera sessuale ovvero determinare una riduzione della fertilità nell'età adulta, al fine di indirizzare i casi positivi alla terapia chirurgica risolutiva. Tale screening è stato offerto in tutto il territorio Regionale e tutti i plessi scolastici di interesse delle due province sono stati raggiunti.

Con riferimento all'Area della "Prevenzione Universale" è necessario osservare che l'assenza, in Regione, di un "Osservatorio Epidemiologico strutturato" e la raccolta di dati ed informazioni sullo stato di salute della popolazione, spesso frammentaria e disomogenea, rende estremamente problematica la definizione di un quadro epidemiologico fondato su informazioni complete e basate su prove di evidenza.

L'analisi del contesto demografico, sul quale ci si soffermerà più ampiamente in seguito, tuttavia comprova inconfutabilmente che la Regione, pur avendo forti analogie con il dato nazionale, mostra una tendenza ad un maggiore invecchiamento, con un peso in aumento della popolazione anziana che, soprattutto nel prossimo decennio, sarà rappresentata da soggetti di età superiore ai settantacinque anni, cioè da quella fascia d'età che già oggi risulta oggetto di interventi di maggior impegno, sia di tipo sanitario che socio-sanitario e assistenziale.

Per ovviare all'assenza di un Osservatorio Epidemiologico regionale, la D.G.R n. 1101/2010 relativa al PRP 2010-2012 aveva previsto l'attivazione di un sistema di sorveglianza epidemiologica tra Regione e territorio, con funzione di responsabilità condivisa e di rete, anche con il coinvolgimento dei MMG, al fine di valorizzare i flussi informativi disponibili, unitamente ed in rapporto all'analisi dell'offerta, a servizio della programmazione della prevenzione sanitaria.

Per una serie di circostanze, non ultima una certa instabilità del quadro politico-amministrativo regionale nel periodo di vigenza del piano 2010-2012, soltanto nell'anno 2013 è stato possibile registrare risultati concreti seppur parziali rispetto agli intendimenti originari: più in particolare nel corso del 2013 sono state avviate una serie di iniziative che certamente costituiranno una sorta di "laboratorio nonché piattaforma organizzativa" in vista di una profonda riconsiderazione del sistema di sorveglianza epidemiologica regionale, ferma restando la auspicabile l'istituzionalizzazione dell'Osservatorio Epidemiologico regionale, ancora purtroppo mancante nella Regione Molise.

Più precisamente sono state attivate le Strutture regionali per l'acquisizione ed il trattamento dei dati epidemiologici di interesse afferenti i seguenti ambiti: 1) Registro regionale dei mesoteliomi asbesto-correlati (DGR n. 571/13); 2) Registro nominativo delle cause di morte a valenza regionale (DGR n. 297/12); 3) Progetto SINIACA (Incidenti domestici) - dati successivi al 2010 (Accordo con ISS conv. n. 3M61/15 - prot. Ass.Politiche salute n. 14854 del 21-11-2013); 4) Anagrafe Incidenti stradali - Integrazione con il sistema Siniaca - dati successivi al 2010; 5) Registro delle Malattie Infettive presso UOC Malattie Infettive Asrem; 6) Registro della Malattia da HIV presso UOC Malattie Infettive Asrem; 7) Registro delle MST presso UOC Malattie Infettive Asrem; 8) Registro sulle dipendenze - SIND.

Inoltre è stata avviata l'attività del Registro Tumori di Popolazione della regione Molise: la costruzione del Registro prevede il coinvolgimento della Direzione Generale della Salute della Regione Molise che ha costituito un network con tutti i protagonisti della Sanità regionale: ASREM, Università, Fondazione Giovanni Paolo II, IRCCS Neuromed, Enti territoriali, Medici di Medicina Generale, Ordini professionali e Associazioni di volontariato per una gestione consapevole e condivisa delle problematiche oncologiche regionali.

Scopo del Registro è di consentire il confronto tra i dati epidemiologici riguardanti i tumori nelle diverse aree geografiche della Regione, di sorvegliare e valutare la patologia oncologica in termini di mortalità, incidenza e sopravvivenza, di studiarne l'andamento temporale e orientare la politica sanitaria regionale nella scelta della strategia più appropriata per la prevenzione ed il contrasto delle neoplasie. L'avvio delle attività del Registro Tumori di Popolazione della Regione Molise é stato affidato al tutoraggio dell'Associazione Italiana Registri Tumori (AIR.TUM.) che ne curerà l'accreditamento.

Infine é stata garantita l'adesione della Regione ai sistemi di sorveglianza nazionali «OKKIO ALLA SALUTE» e E HBSC-GYTS i cui esiti verranno descritti successivamente.

Quanto al Programma Vaccinazioni (Area Prevenzione Universale) la profilassi vaccinale del Piano per il triennio 2010–2012 é stata organizzata nei seguenti quattro interventi:

1. mantenimento e miglioramento della copertura vaccinale contro il morbillo nei bambini e negli adolescenti e della rosolia nelle giovani donne ancora suscettibili; popolazione target: tutti i nuovi nati; tutti i ragazzi fino ai 11 anni (registrati nell'anagrafe vaccinale Regionale); tutta la popolazione suscettibile al morbillo; tutte le giovani donne suscettibili alla rosolia.
2. miglioramento della copertura vaccinale antipneumococcica nell'infanzia; popolazione target: tutti i nuovi nati; tutti i bambini fino al quinto anno di vita suscettibile all'infezione da pneumococco;
3. mantenimento e miglioramento della copertura vaccinale anti-HPV nelle giovani adolescenti; popolazione target: le ragazze dall'11° anno di vita fino al compimento del 16° anno di vita;
4. miglioramento della copertura vaccinale antimeningococcica C nell'infanzia e nei giovani adolescenti; popolazione target: tutti i nuovi nati; tutti i bambini nel corso dell'11 anno di vita.

E' di estrema urgenza il definitivo superamento di alcune debolezze operative dell'Anagrafe vaccinale informatizzata (A.V.I.) della regione Molise che si riverberano negativamente sul piano della rapidità e completezza nella gestione dei dati di interesse; in alcuni distretti la rilevazione dei dati vaccinali è realizzata ancora attraverso la consultazione dei registri cartacei con evidente allungamento dei tempi tecnici; inoltre, gli operatori vaccinali hanno riferito che il software presenta alcuni bug con riferimento a certe operazioni di back-up e sintesi dei dati. Altra criticità dell'A.V.I. concerne le "coorti di riferimento": le stesse sono individuate sulla base dei soggetti che si recano alla ASREM per operare la scelta del PLS e non da quelli (residenti/domiciliati) a cui sono effettivamente praticate le vaccinazioni; il conseguente disallineamento dei dati influisce negativamente sul calcolo dei valori percentuali quando si quantificano i tassi di copertura vaccinali.

Quanto all'attività di profilassi in senso stretto, l'apposito Gruppo di Lavoro per le vaccinazioni della Regione Molise, al fine di migliorare gli obiettivi di copertura, ha di recente stabilito di attivare strategie regionali per una migliore offerta attiva dei vaccini raccomandati e per il recupero di quei soggetti che devono completare i cicli vaccinali iniziati. In relazione all'obiettivo di migliorare la copertura vaccinale contro il morbillo nei bambini e negli adolescenti e della rosolia nelle giovani donne ancora suscettibili é auspicabile l'accorpamento degli ambulatori vaccinali dei piccoli paesi ai Centri vaccinali nelle sedi centrali dei Distretti e l'utilizzo, come strategia di recupero, della chiamata attiva o addirittura la chiamata telefonica ai genitori inadempienti o che hanno dimenticato l'appuntamento per le scadenze delle vaccinazioni; quanto al miglioramento della copertura vaccinale antipneumococcica nell'infanzia é stato condiviso l'impegno della chiamata attiva e delle varie

strategie di sensibilizzazione dei genitori; quanto al mantenimento e miglioramento della copertura vaccinale anti HPV nelle giovani adolescenti é stato implementato il recupero delle adolescenti ritardatarie con la chiamata attiva, in tutti i centri vaccinali; tuttavia non in tutti i centri vaccinali sono stati rispettati gli impegni per il recupero.

Infine quanto al miglioramento della copertura vaccinale antimeningococcica C nell'infanzia e nei giovani adolescenti si osserva che da diversi anni nella Regione Molise la vaccinazione antimeningococcica C viene offerta attivamente e gratuitamente a tutti i nuovi nati e viene offerta gratuitamente a tutti gli adolescenti precedentemente non vaccinati; purtroppo ve evidenziata, per gli anni 2012 e 2013 la mancata implementazione dell'attività di recupero con la chiamata attiva in tutti gli ambulatori preposti alla profilassi vaccinale, soprattutto quelli ubicati nei Centri minori; tale criticità é superabile con l'accorpamento delle attività di profilassi nei Centri vaccinali maggiori.

Gli screening oncologici sono stati inseriti nella Macroarea riferita alla «Prevenzione della popolazione rischio»; la Regione Molise ha implementato un programma per la riduzione della mortalità per carcinoma della cervice uterina, della mammella e del colon retto e per la sostenibilità del programma di prevenzione.

Lo screening per la prevenzione del carcinoma della cervice uterina ha riguardato la popolazione femminile molisana rientrante nel segmento 25-44 anni; nel 2013 é stato avviato il processo di sostituzione del pap-test tradizionale con l'HPV test come test di screening primario; il Molise, nel luglio 2012, ha aderito ad un progetto di ricerca multiregionale, coordinato dall'AUSL di Teramo, avente ad oggetto, appunto, la sperimentazione di nuovi modelli organizzativi in programmi di screening del cervicocarcinoma, caratterizzati dall'utilizzo del test HPV come primo livello: obiettivo del progetto era la valutazione di diverse metodologie di proposta dell'uso di dispositivi di *self sampling* a domicilio per il recupero di non responder e per aumento della copertura. La generalizzazione dell'HPV test quale esame di screening di primo livello consentirà di superare la criticità dei pap-test falsi positivi; in effetti nei casi di pap test con ASCUS le pazienti sono state invitate ad eseguire un HPV test che spesso è risultato negativo.

Lo screening per la prevenzione del carcinoma del colon retto ha riguardato la popolazione molisana rientrante nel segmento 50-70 anni (circa 87.000 soggetti); il tasso di adesione al primo livello del programma ha riguardato circa il 50% della popolazione target; la percentuale di adesione al secondo livello del programma, osservata al 31 dicembre 2013, si é abbassata drasticamente al 18% della popolazione interessata quantunque gli inviti siano stati estesi a circa il 70% della stessa.

La popolazione rurale é poco rispondente agli inviti; per converso si registra una buona adesione degli interessati residenti nei Centri più popolosi della Regione.

Il rapporto con i MMG rappresenta lo snodo per un aumento considerevole delle percentuali attese; i MMG sono puntualmente informati sull'esito del FOBT dei loro assistiti ma la loro azione, per sollecitarne l'adesione al II livello del programma, é apparsa poco incisiva; é necessario, pertanto, in prospettiva, programmare un percorso di integrazione fra lo screening oncologico e i Medici di Medicina Generale attraverso incontri organizzativi e formativi su tutto il territorio regionale.

Resta, tuttavia, grave la insufficienza di medici endoscopisti dedicati alle attività di screening coloretale; il numero di operatori per l'endoscopia digestiva si é andato progressivamente riducendo per effetto del blocco del turn-over imposto dal Piano regionale per il rientro dal disavanzo della spesa sanitaria.

Lo screening mammografico é stato implementato con l'obiettivo di ridurre la mortalità per carcinoma della mammella nella popolazione femminile a rischio con età compresa nel range 45-74 anni (circa 60.500 donne)

La maggiore criticità rilevata nella gestione del suddetto programma di screening è l'incompletezza dei dati disponibili con particolare riguardo alle prestazioni erogate nell'ambito del III livello di attività (intervento chirurgico), propedeutico alle terapie oncologiche e successivo follow up.

Sebbene nel corso del 2011 sia stata completata la piattaforma informatica per la registrazione dell'intero percorso di screening, a tutt'oggi non risulta possibile estrapolare alcun dato relativo alle attività chirurgiche non essendo stata registrata alcuna informazione concernente le donne che, dopo aver eseguito esami di approfondimento ecografico e/o citologico, sono state inviate all'exeresi; verosimilmente ciò é da ascrivere al mancato superamento dell'erronea concezione dello screening come mero atto di esecuzione del test (nel nostro caso la mammografia) anziché quale articolato percorso di "presa in carico" che prende avvio dalla lettera di invito e si conclude, auspicabilmente, con l'esito della "guarigione" oppure con il decesso della paziente.

In effetti, mentre in passato l'indicatore principe per la valutazione di efficacia dello screening era costituito dal tasso di adesione al programma, attualmente l'indicatore ritenuto più idoneo è la riduzione del tasso di mortalità per neoplasia della mammella, a dieci anni, almeno del 20 – 25%; risulta pertanto evidente che i dati sempre più necessari sono proprio quelli di esito relativi agli indicatori del processo clinico-diagnostico (indicatori di performance) e gli indicatori di impatto, come raccomandato dall'Osservatorio Nazionale Screening.

Appare, pertanto, necessaria la definizione di un percorso diagnostico – terapeutico dello screening regionale stesso e la elaborazione di un relativo protocollo con il coinvolgimento di Oncologi, Chirurghi, Patologi. Tanto consentirebbe la standardizzazione dei processi e la garanzia di flussi informativi completi per ogni fase del percorso.

Il piano regionale 2010-2013 ha previsto, riferimento ai pazienti molisani con diabete, un programma articolato in tre azioni: a) miglioramento della diagnosi precoce; b) miglioramento della gestione del paziente diabetico; c) miglioramento dell'offerta assistenziale.

Quanto alla diagnosi precoce della malattia sono state avviate iniziative sia per la determinazione della glicemia in soggetti ad alto rischio (familiarità, età > 45 anni, obesità, sedentarietà) reclutati dai MMG, sia per la esecuzione OGTT (Oral Glucose Tolerance Test- test da carico orale di glucosio) in soggetti con iperglicemia non diagnostica ed, infine, per l'informazione individuale su modifiche allo stile di vita. Il miglioramento della gestione del paziente diabetico è stata perseguita con l'attivazione di percorsi preferenziali di accesso all'UOC di Diabetologia dell'Asrem per le nuove diagnosi e con l'implementazione di iniziative di informazione ed educazione sanitaria sull'utilizzo dei dispositivi medici ad uso domiciliare e/o personale per la terapia ed il monitoraggio della malattia, con il coinvolgimento anche della Università degli Studi del Molise.

Per il miglioramento dell'offerta assistenziale era previsto che la Regione Molise normasse in tema di «Pacchetto Assistenziale Complesso» (PAC); notoriamente il PAC è rivolto a pazienti che non presentano problemi clinici con carattere d'urgenza ma che necessitano di accertamenti specialistici da effettuare in tempi relativamente brevi per i quali il ricovero di regime ordinario o di DH risulta eccessivo o inappropriato; il PAC permette di affrontare in maniera integrata problemi complessi che richiedono l'esecuzione di più esami strumentali e di laboratorio, semplificando il lavoro del MMG e dello specialista nel percorso diagnostico e terapeutico. La normazione regionale in tema di Pac non

è stata varata per le ben note contingenze legate al cd "Piano di rientro"; in ogni caso bisogna considerare che il diabete è una vera e propria "emergenza sanitaria regionale"; In Molise i diabetici sono circa 23.000; inoltre si stima che altri 8.000 molisani hanno il diabete ignorando di avere la malattia; alla luce di questi dati ed in rapporto alla popolazione residente in Regione, è corretto affermare che con il "problema diabete" convive oltre il 9% della popolazione regionale e la stima, purtroppo e destinata a repentini innalzamenti.

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

Le malattie cardiovascolari costituiscono in Italia la principale causa di morbilità e mortalità: in Molise le malattie del sistema circolatorio costituiscono la prima causa di morte ed i tassi standardizzati di mortalità superano quelli medi italiani. Il Piano 2010-2013 ha individuato, nell'ambito della Macroarea della "Medicina Predittiva" uno specifico intervento denominato «Progetto CUORE – Applicazione della carta del rischio cardiovascolare» avente, quale obiettivo generale, la corretta identificazione di individui ad alto rischio cardiovascolare e l'implementazione di azioni che possano modificare lo stile di vita; popolazione target è quella rappresentata da soggetti di 35-69 anni che non abbiano avuto in precedenza eventi cardiovascolari, con esclusione delle donne in gravidanza. Oltre alla "Carta del Rischio Cardiovascolare" (sistema grafico), alcuni MMG coinvolti nel progetto hanno utilizzato, quale ulteriore strumento operativo, l'algoritmo per il calcolo del "Punteggio individuale" del software "cuore.exe" che raccoglie dati per l'Osservatorio nazionale del Rischio Cardiovascolare implementato dall'Istituto Superiore di Sanità; a novembre 2013 risultavano essere state eseguite 6775 valutazioni del rischio da medici molisani attraverso l'algoritmo di cuore.exe (52% donne; 48% uomini). Nell'ambito della Macroarea della "Prevenzione della Popolazione a Rischio" è stata attivata una specifica progettualità concernente la prevenzione delle recidive cardiovascolari per la riduzione del relativo rischio in pazienti affetti da malattia coronarica cronica: è stato attivato un Registro regionale degli Eventi cardiovascolari (eventi coronarici), utilizzando come fonte di informazione, i registri di mortalità, i dati dei PS regionali, le SDO; detto Registro, che è *on line* ed è consultabile sul sito [www.cuoremolise.it](http://www.cuoremolise.it), contiene statistiche epidemiologiche, informazioni e note di educazione sanitaria ed è in continuo aggiornamento. Tutte le Cardiologie del Molise (Campobasso, Isernia e Termoli) concorrono ad inserirvi dati; nel cartellino di dimissione dei tre reparti di cardiologia è stata inserita la carta del rischio cardiovascolare; è comunque necessaria una maggiore sensibilizzazione dei MMG all'invio di dati all'Osservatorio nazionale del Rischio Cardiovascolare per avere un quadro epidemiologico regionale più completo e l'acquisizione di una maggiore consapevolezza della utilità della prevenzione di lungo periodo.

Le malattie vascolari sono notevolmente aumentate negli ultimi anni e sono tuttora la prima causa di inabilità e di morte nel nostro Paese e nel mondo occidentale; i trend epidemiologici confermano il

dato per gli anni futuri. L'ictus cerebrale, nello specifico, è un evento drammatico, spesso gravemente invalidante, che comporta conseguenze non solo per il malato ma anche per la famiglia, la società, il Sistema Sanitario in termini di peggioramento della qualità della vita e di costi diretti e indiretti, oltre che sociali; l'ictus cerebrale è la terza causa di morte e la prima causa di disabilità permanente in Italia. Poiché tre quarti degli episodi di ictus si manifestano dopo i 65 anni di età, è evidente come la frequenza di questa patologia stia aumentando e aumenterà ancora di più in una regione come il Molise, caratterizzata da un progressivo invecchiamento della popolazione e da una nuova emigrazione, poco apparente ma consistente, che si riscontra soprattutto tra le fasce più giovani. Il Piano operativo 2010-2013 ha incluso una specifica azione per la prevenzione primaria della popolazione molisana a rischio di ictus (specificamente il segmento 65-80 anni) implementata dall'UOC di Neurologia dell'ASREM; nel 2012 è stata altresì avviata dall'IRCCS Neuromed di Pozzilli una ulteriore iniziativa, finanziata nell'ambito della programmazione CCM 2011, e precisamente il progetto "RE.MOL.IC." per la costruzione di una REte MOLisana dell'Ictus Cerebrale; tale progetto ha raccolto attorno all'IRCCS Neuromed, capofila, tutti i soggetti molisani interessati al tema (Università del Molise, Servizio di Emergenza Territoriale 118, ASREM e Direzione Generale per La Salute della Regione Molise), in collaborazione con l'IRCCS Mondino di Pavia e la Direzione Generale della Prevenzione-CCM del Ministero della Sanità. Le due iniziative, pur presentando aspetti comuni, non sono del tutto sovrapponibili, mantenendo ciascuna aspetti di originalità. La programmazione 2014-2018 deve muoversi nell'ottica dell'integrazione delle esperienze maturate che sono molteplici; ci si riferisce allo screening di popolazione, alla definizione dei fattori predisponenti, alle campagne informative sulla malattia e sul riconoscimento dei sintomi iniziali, al ruolo determinante di un rapido intervento del 118, al protocollo per la gestione della fase di preospedalizzazione, all'esperienza della Stroke Unit e ai vantaggi e limiti della terapia trombolitica, alla riabilitazione post-ictus e ai suoi risultati sempre più significativi e, più in generale alla rete con i MMG e alle strutture dedicate sul territorio per il follow up dei pazienti.

### ***I tratti salienti del P.N.P. 2014-2018.***

Il Piano 2014-2018 individua pochi macro obiettivi ad elevata valenza strategica, perseguibili contemporaneamente da tutte le Regioni, attraverso lo sviluppo di piani e programmi calati negli specifici contesti locali che, puntando su un approccio il più possibile intersettoriale e sistematico, permettano di raggiungere i risultati attesi.

La *vision* del nuovo Piano ha le seguenti specificità: a) affermazione del ruolo cruciale della promozione della salute e della prevenzione come fattori di sviluppo della società e di sostenibilità del welfare; b) adozione di un approccio di sanità pubblica che garantisca equità e contrasto alle disuguaglianze; c) centralità di individui e popolazioni; d) interventi di prevenzione, promozione e tutela della salute basati sulle migliori evidenze di efficacia, equi e programmati per ridurre le disuguaglianze; e) sviluppo di competenze per un uso appropriato e responsabile delle risorse disponibili.

I *principi* ispiratori del nuovo Piano 2014-2018 costituiscono un importante elemento di novità rispetto alle passate esperienze: a) le azioni dei piani regionali si dipanano in un quadro strategico di cinque anni ed è prevista la possibilità per le Regioni di procedere ad una «programmazione frazionata» in due periodi; b) il Piano fissa obiettivi comuni prioritari supportati da strategie e azioni *evidence based*, in grado, nel medio e lungo termine, di produrre un impatto sia di salute che di sistema e in grado di essere realizzati attraverso interventi sostenibili e "ordinari"; c) il Piano definisce un numero limitato di macro obiettivi di salute «misurabili» e intende valutare i risultati raggiunti attraverso indicatori di *outcome*, o di *output dei processi sanitari* per i quali sia dimostrabile una relazione tra output e outcome; d) il Piano recepisce gli obiettivi sottoscritti a livello internazionale ed incorpora gli obiettivi già definiti all'interno di Piani nazionali di settore in tema di promozione, prevenzione e tutela della salute; e) è garantita la «trasversalità» degli interventi che va perseguita anche attraverso l'integrazione operativa tra diverse istituzioni, servizi e aree organizzative; f) il Piano riconosce il ruolo fondamentale della "genesì e fruizione della conoscenza" e riconosce la messa a regime di registri e sorveglianze come elementi infrastrutturali indispensabili per il raggiungimento degli obiettivi di salute.

I macro obiettivi sono stati individuati sulla base delle seguenti priorità: 1) Ridurre il carico di malattia; 2) Investire sul benessere dei giovani; 3) Rafforzare e confermare il patrimonio comune di pratiche preventive; 4) Rafforzare e mettere a sistema l'attenzione a gruppi fragili: tale scelta si implementa sia come lotta alle disuguaglianze sia come messa a sistema di interventi per la prevenzione di disabilità; 5) Considerare l'individuo e le popolazioni in rapporto al proprio ambiente: è necessario promuovere un rapporto salubre fra salute e ambiente contribuendo alla riduzione delle malattie, in particolare quelle croniche non trasmissibili.

Ulteriore elemento di assoluta novità è la inclusione nel Piano 2014-2018 degli interventi per garantire la sicurezza alimentare e la sanità veterinaria, con riferimento all'igiene e sicurezza degli alimenti, dei mangimi, la salute e il benessere animale e le attività di promozione della sicurezza alimentare. Il Piano Nazionale Integrato dei controlli (PNI), che gli Stati membri sono obbligati ad elaborare in base al Regolamento CE 853/2004, costituisce lo strumento programmatico fondamentale in materia di sanità pubblica veterinaria e sicurezza alimentare; il Piano Nazionale della Prevenzione rappresenta il luogo in cui alcuni elementi del PNI, previsti dal quadro logico, trovano un rafforzamento: quanto previsto dal PNI viene tradotto e declinato nel territorio regionale attraverso il Piano regionale integrato dei controlli (PRIC) che è lo strumento per l'attuazione locale dei contenuti della programmazione nazionale; il documento del PNP 2014-2018 chiede che a livello regionale sia riprodotta tra PRIC e PRP la relazione esistente tra PNI e PNP.

La «valutazione» del Piano, segnatamente quello regionale, continua a rappresentare una componente essenziale ed indefettibile; la funzione della valutazione rimane duplice perché trattasi di strumento diretto sia alla misurazione dell'impatto che il Piano produce nei processi e negli esiti di salute, sia alla verifica dell'adempimento LEA da parte della Regione.

Il PNP 2014-2018 ripropone e valorizza l'esperienza delle Azioni Centrali (AC) intese quali azioni pertinenti al livello di governo centrale e per il miglioramento del sistema nel senso delineato dal D.M. 4 agosto 2011 che ha definito le "Azioni Centrali Prioritarie" (ACP). Gli obiettivi generali delle AC sono : 1) rafforzare la *governance* di sistema a livello nazionale e a livello regionale; 2) rafforzare ovvero facilitare l'attuazione dei macro obiettivi della pianificazione nazionale.

La struttura del PNP è stata condivisa, sul piano metodologico e strategico, tra il livello centrale (Ministero) e quello regionale e prevede la definizione di Quadri logici centrali (QLc) che implica:

- la definizione di macro obiettivi (MO) prioritari e la esplicitazione del rationale/quadro logico di riferimento;
- l'identificazione dei fattori di rischio/ determinanti relativi ai macro obiettivi prioritari che si intende contrastare e delle relative strategie di contrasto;
- la definizione degli obiettivi centrali che si intende perseguire, garantendo la coesione nazionale e degli indicatori centrali (e relativi standard) per la valutazione del loro raggiungimento.

Al raggiungimento dei macro obiettivi e degli obiettivi centrali concorrono il Ministero con le Azioni Centrali (AC) e le Regioni con i Piani regionali di prevenzione (PRP).

il Quadro Logico Centrale (QLc) é vincolante per le Regioni che, nell'ambito del proprio piano regionale della prevenzione, si impegnano a perseguire tutti i macro obiettivi e tutti gli obiettivi centrali declinandoli nel proprio contesto territoriale.

Gli indicatori centrali includono sia indicatori di *outcome*, o di *early outcome*, sia indicatori di *output dei processi sanitari*.

I PRP declinano il PNP nei propri contesti regionali e locali, attuandone i principi: la struttura dei PRP prevede la definizione dei Quadri Logici regionali (QLr), ovvero la definizione di: obiettivi specifici, programmi, popolazione "target", azioni e indicatori e relativi standard per la valutazione del raggiungimento degli obiettivi.

Gli indicatori regionali includono sia indicatori di *outcome*, o di *early outcome*, sia indicatori di *output dei processi sanitari*.

#### Struttura del PNP e dei PRP

Macro Obiettivo	Fattori di rischio/ Determinanti	Strategie	Obiettivi Centrali	Indicatori centrali	Standard	Obiettivi specifici	Popolazione target	Programmi	Azioni	Indicatori	Standard
MINISTERO e REGIONI (QLc)						REGIONI (QLr)					

I Quadri logici centrale e regionale sono funzionali tanto al processo di pianificazione che a quello di valutazione.

Si indicano, infine, i seguenti dieci (10) macro-obiettivi declinati dal PNP 2014-2018:

1. Ridurre il carico prevenibile ed evitabile di morbosità, mortalità e disabilità delle malattie non trasmissibili ;
2. Prevenire le conseguenze dei disturbi neurosensoriali;
3. Promuovere il benessere mentale nei bambini adolescenti e giovani;
4. Prevenire le dipendenze da sostanze e comportamenti;
5. Prevenire gli incidenti stradali e ridurre la gravità dei loro esiti;
6. Prevenire gli incidenti domestici e i loro esiti;
7. Prevenire gli infortuni e le malattie professionali;
8. Ridurre le esposizioni ambientali potenzialmente dannose per la salute;
9. Ridurre la frequenza di infezioni e malattie infettive prioritarie;
10. Rafforzare le attività di prevenzione in sicurezza alimentare e sanità pubblica veterinaria per alcuni aspetti di attuazione del Piano Nazionale Integrato dei Controlli.

## Capitolo 2

# Analisi di contesto

### *Lo stato di salute del Molise*

Il contesto territoriale del Molise

L'ASReM (Azienda sanitaria regionale del Molise), coincide con il territorio della regione Molise, una delle regioni dell'Italia Centrale esistente dal 1963 come distaccamento dalla regione Abruzzo.

Il territorio è montuoso per il 55,3% e collinare per la restante parte ad eccezione di una piccolissima zona costiera.

Il Molise con una superficie di 4.425 Km<sup>2</sup> è la seconda regione più piccola d'Italia e anche la meno abitata (dopo la Valle d'Aosta).

Confina ad est con il Mare Adriatico e la provincia di Foggia, a ovest con la provincia di Frosinone, a nord con le provincie di Chieti e L'Aquila e a sud con le provincie di Benevento e Caserta.

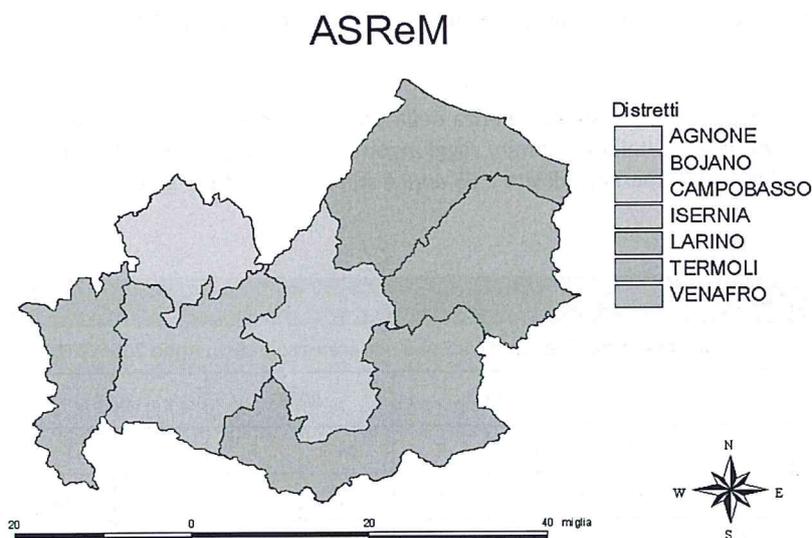


Figura 1 – Distretti Sanitari regionali

L'ASReM ha una popolazione (ISTAT 1/1/2012) di 313.145 abitanti, pari allo 0,5 per cento della popolazione italiana, suddivisa per l'assistenza sanitaria in 7 Distretti Sanitari, per complessivi 136 comuni.

Contesto territoriale			
Distretto	Maschi	Femmine	Totale
AGNONE	6.049	6.341	12.390
ISERNIA	22.366	23.617	45.983
VENAFRO	14.067	14.549	28.616
CAMPOBASSO	39.675	42.716	82.391
BOJANO	20.612	21.524	42.136
TERMOLI	35.362	36.614	71.976
LARINO	14.416	15.237	29.653
<b>TOTALE</b>	<b>152.547</b>	<b>160.598</b>	<b>313.145</b>

Tabella 1 - Bacini di utenza dei Distretti Sanitari regionali

Il distretto di Campobasso - Bojano, con una superficie di 1.498 Km<sup>2</sup>, 51 comuni e una popolazione (al 1 gennaio 2012 fonte dati ISTAT) di 124.527 abitanti, è il Distretto socio sanitario più grande della ASReM.

Seguono il distretto di Termoli – Larino con 101.629 ab. , Isernia – Venafro 74.529 ab. e infine quello di Agnone 12.390 ab.

Nel 2011 migliorano le condizioni di sopravvivenza della popolazione e si registra un ulteriore aumento della speranza di vita alla nascita. In Italia gli uomini raggiungono 79,4 anni (+0,3 rispetto al 2010), le donne 84,5 anni (+0,2). Se consideriamo la speranza di vita a 65 anni è stimata in 18,4 per gli uomini e 21,9 per le donne.

Bacini di utenza dei Distretti Sanitari regionali										
Stima di vita alla nascita per il Molise e per area geografica. Anno 2006-2010										
REGIONI	2006		2007		2008		2009		2010	
	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F
Molise*	78,5	84,4	78,8	84,5	78,7	84,5	79,0	84,6	79,2	84,9
<b>ITALIA</b>	<b>78,4</b>	<b>84,0</b>	<b>78,7</b>	<b>84,0</b>	<b>78,8</b>	<b>84,1</b>	<b>79,0</b>	<b>84,1</b>	<b>79,4</b>	<b>84,5</b>
Nord	78,6	84,3	78,9	84,4	79,0	84,3	79,3	84,5	79,7	84,7
Centro	78,8	84,2	79,1	84,4	79,2	84,3	79,4	84,4	79,6	84,8

\*Il valore della speranza di vita è relativo all'insieme di Abruzzo e Molise

Fonte dati Istat

Tabella 2– Stima di vita alla nascita per il Molise e per area geografica

La popolazione molisana si caratterizza per una elevata speranza di vita alla nascita (79,2 anni per gli uomini e 84,9 anni per le donne; al primo posto c'è la prov. di Bolzano (figura 4); se consideriamo la speranza di vita a 65 anni è stimata in 18,4 per gli uomini e 22,2 per le donne, (stima - anno 2011);

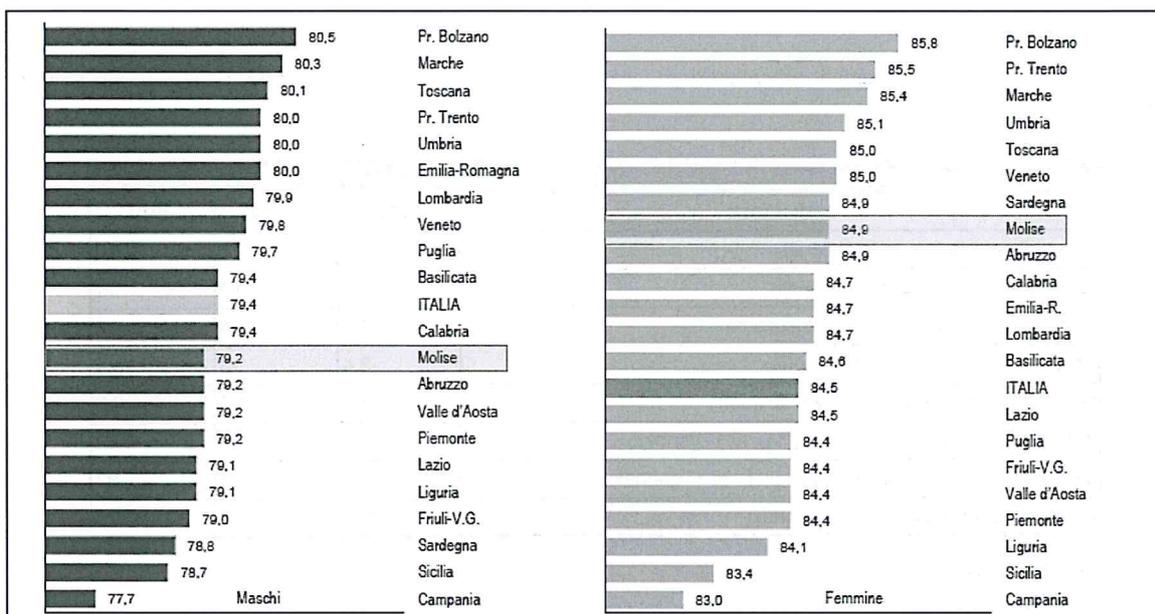


Figura 2– Speranza di vita alla nascita per sesso e regione

La popolazione Molisana sta progressivamente invecchiando con conseguente aumento del carico sociale e sanitario connesso alla disabilità ed alla non autosufficienza.

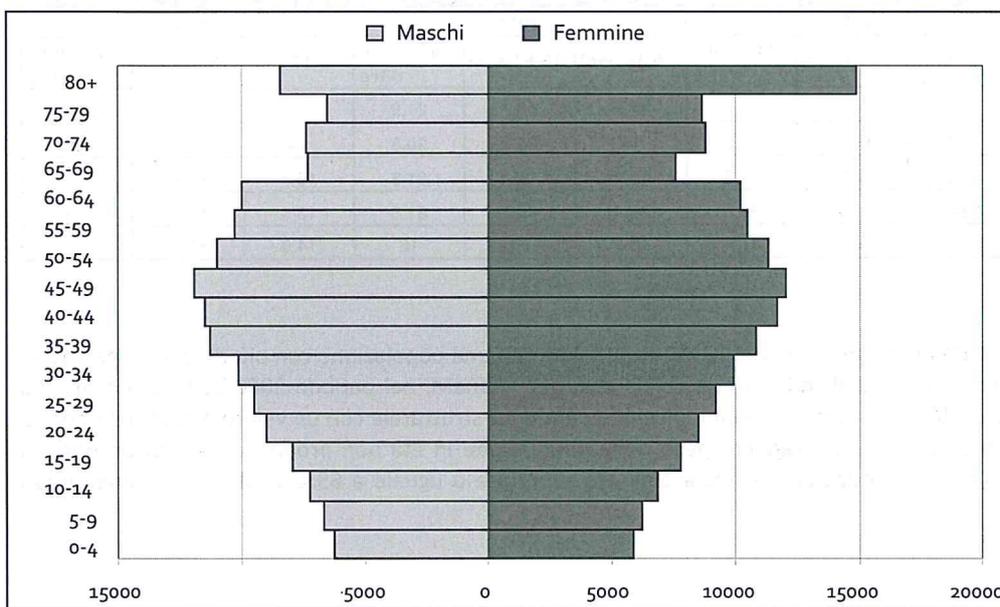


Figura 3 – Piramide dell'età popolazione Molisana al 1/01/2012 (fonte dati ISTAT)

La piramide dell'età mette in relazione la numerosità con gli anni di età per sesso e mostra il tipico aspetto di una popolazione che tende al progressivo invecchiamento, con una base stretta ed un segmento mediano allargato. Nella parte superiore della piramide si evidenzia come il fenomeno dell'invecchiamento sia più marcato per la popolazione femminile rispetto a quella maschile.

## Indicatori demografici

Si riportano di seguito i principali indicatori demografici, calcolati per le due provincie della Regione Molise per gli anni 2009-2010-2011.

Indicatori demografici. Regione Molise, anni 2009-2011			
Indicatore	2009	2010	2011
tasso di natalità (per mille abitanti)	7,4	7,8	7,6
tasso di mortalità (per mille abitanti)	10,8	10,8	11
saldo migratorio totale (per mille abitanti)	1,7	1,6	-3,6
crescita naturale (per mille abitanti)	-3,4	-3	-3,4
tasso di crescita totale (per mille abitanti)	-1,7	-1,4	0,2
indice di dipendenza strutturale (%) - al 1° gennaio	53	53	52
indice di dipendenza degli anziani (%) - al 1° gennaio	33	33	33
indice di vecchiaia (%) - al 1° gennaio	172	174	176

Fonte dati Istat anno 2011: dato stimato

Tabella 3 – Indicatori demografici

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

Struttura per età della popolazione al 1° gennaio 2012 - Anni 2009-2012 (%)									
REGIONI	2010			2011			2012*		
	0-14 anni	15-64 anni	65 anni e oltre	0-14 anni	15-64 anni	65 anni e oltre	0-14 anni	15-64 anni	65 anni e oltre
Molise	12,6	65,5	21,9	12,5	65,7	21,9	12,3	65,6	22,1
<b>ITALIA</b>	<b>14,1</b>	<b>65,7</b>	<b>20,2</b>	<b>14</b>	<b>65,7</b>	<b>20,3</b>	<b>14</b>	<b>65,3</b>	<b>20,6</b>
Nord	13,6	65	21,3	13,7	65	21,3	13,8	64,6	21,7
Centro	13,4	65,2	21,5	13,4	65,1	21,5	13,5	64,8	21,8
Sud	15,2	67	17,8	15,1	67	18	14,9	66,7	18,4

Tabella 4 – Indicatori di struttura della popolazione al 1° gennaio - Anni 2010-2012

Si rileva infatti il 22.1% di anziani, contro il 20.6% nazionale e con una popolazione con più di 75 anni pari 12%. Particolare attenzione va data all'indice di vecchiaia che, per l'ASReM, nel periodo 2000/2012 è passato dal 140 al 179 contro i 125 e 147 nazionale e un indice di dipendenza strutturale con un valore medio nel periodo pari al 53, a testimonianza di un maggiore peso della popolazione in età non produttiva, e con un peso in crescendo soprattutto della popolazione anziana di età superiore o uguale a 65 anni (Indice di dipendenza degli anziani 34).

Indicatori di struttura della popolazione al 1° gennaio - Anni 2010-2012												
REGIONI	2010				2011				2012*			
	Indice di dipendenza strutturale	Indice di dipendenza anziani	Indice di vecchiaia	Età media	Indice di dipendenza strutturale	Indice di dipendenza anziani	Indice di vecchiaia	Età media	Indice di dipendenza strutturale	Indice di dipendenza anziani	Indice di vecchiaia	Età media
Molise	53	33	174	44	52	33	176	45	53	34	179	45
ITALIA	52	31	144	43	52	31	145	43	53	32	147	44
Nord	54	33	157	44	54	33	166	44	55	34	157	45
Centro	53	33	161	44	54	33	160	44	54	34	162	45
Sud	49	27	117	41	49	27	119	42	50	28	123	42

Tabella 5 – Struttura per età della popolazione al 1° gennaio 2012 - Anni 2009-2012 (%)

Nei grafici che seguono sono rappresentati alcuni degli indici strutturali relativi alla popolazione anziana:

- Indice di dipendenza strutturale
- Indice di dipendenza anziani
- Indice di vecchiaia della Regione Molise e delle due province (Campobasso e Isernia)

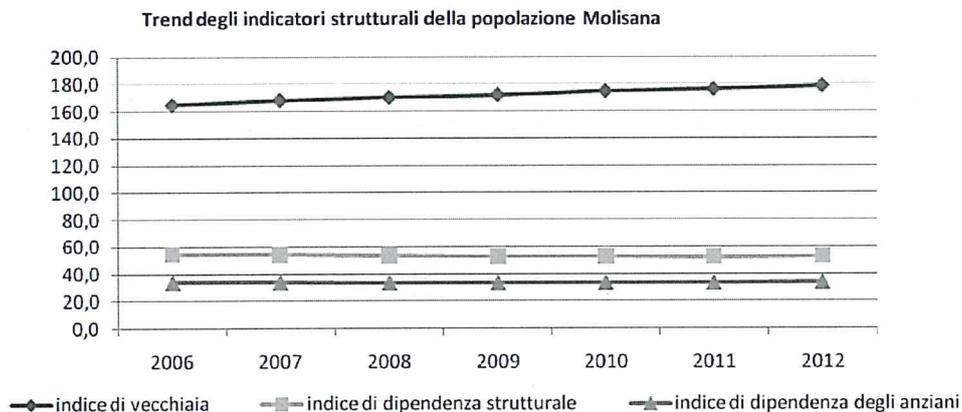


Figura 4 – Trend degli indicatori strutturali della popolazione Molisana

Analizzando i dati separatamente per i sette Distretti, nel dato puntuale del 2012, i valori più sfavorevoli si osservano nel distretto di Agnone, seguito a distanza dal distretto di Bojano e Larino, Isernia e Campobasso che sostanzialmente presentano valori sovrapponibili, mentre il distretto di Termoli presenta i valori più favorevoli.

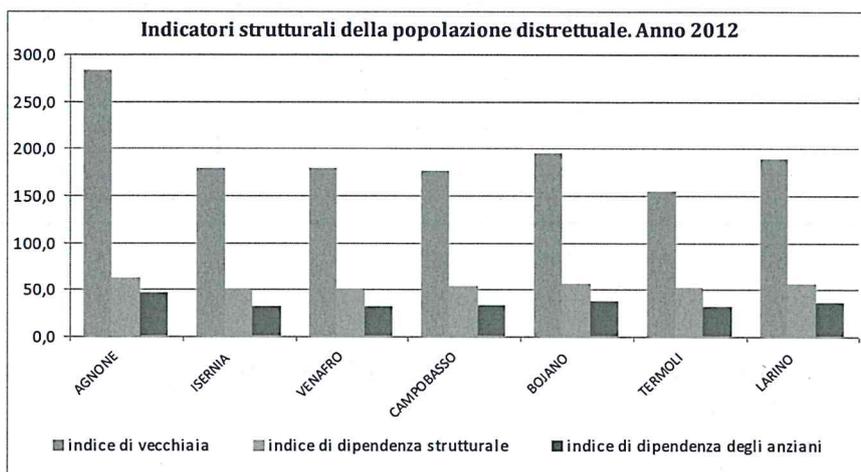


Figura 5 – Indicatori strutturali della popolazione distrettuale

Ancora più interessante è l'analisi della popolazione a livello di circoscrizione comunale, in quanto con essa è possibile mettere in evidenza la disomogeneità nella distribuzione dei valori e le aree particolarmente svantaggiate.

L'analisi dei tre principali indicatori strutturali (vecchiaia, dipendenza strutturale e dipendenza anziani) a livello di circoscrizione comunale, mette infatti in evidenza nei sette distretti ben definite aree con indicatori sfavorevoli rispetto alle altre.

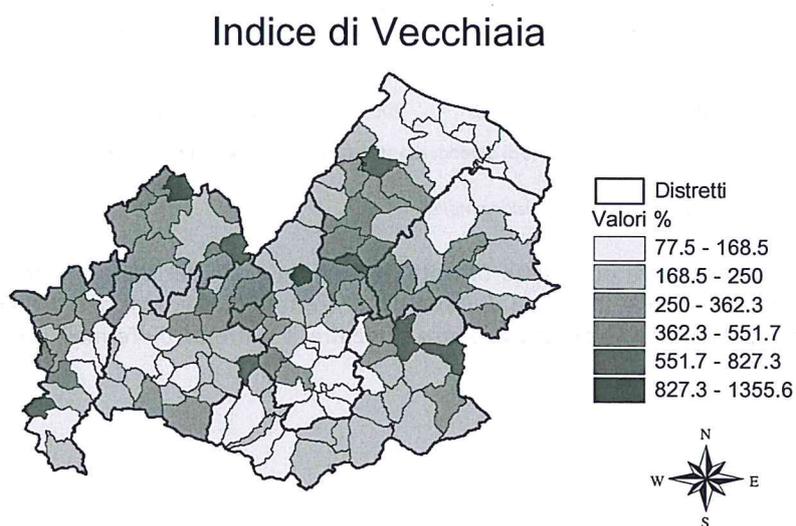


Figura 6 – Indice di vecchiaia

## Carico Sociale

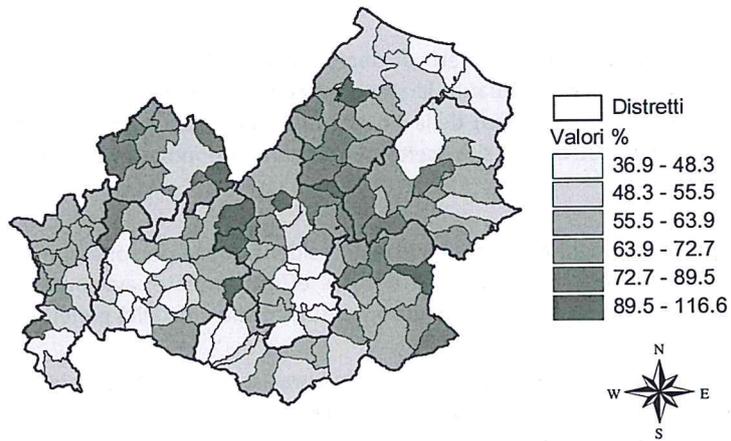


Figura 7 – Carico Sociale

## Carico sociale degli anziani

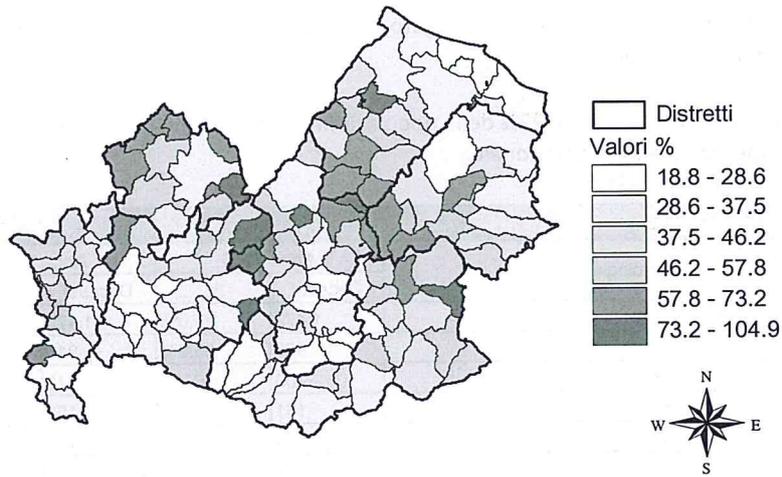


Figura 8 – Carico Sociale degli anziani

## Analisi della Mortalità in Molise

La mortalità, pur rappresentando un indicatore parziale dello stato di salute di una popolazione, ha comunque un ruolo preponderante nell'analisi delle condizioni di salute di una comunità.

Il tasso specifico di mortalità esprime il numero di decessi ogni 100.000 residenti. Il tasso standardizzato esprime il tasso di mortalità calcolato mediante la standardizzazione (tecnica statistica) che annulla l'effetto della diversa composizione (per età e sesso) della popolazione rendendo così confrontabili i dati relativi ai diversi contesti territoriali; nel nostro caso si è scelto di utilizzare la popolazione regionale come riferimento per la standardizzazione.

La tabella che segue riporta, per ogni azienda sanitaria di residenza della persona al momento del decesso, il valore osservato che rappresenta il numero di decessi effettivamente avvenuti nell'anno e il valore percentuale di decessi riferibili a quel determinato gruppo rispetto alla mortalità generale regionale.

Passando all'analisi delle cause di morte si ritiene opportuno precisare che molte malattie di grande diffusione ed impatto sociale (artrosi, diabete, ipertensione, ecc ) presentano bassi o addirittura trascurabili livelli di mortalità; ad ogni modo, dalle basi dati utilizzate, emerge che le principali cause di morte sono le malattie del sistema cardiocircolatorio e i tumori. Negli anni presi in esame complessivamente oltre il 70% dei decessi è riconducibile a queste due tipologie.

La regione Molise, per quanto riguarda le cause di morte più frequenti che interessano la popolazione residente, rispecchia fedelmente quanto accade nel resto d'Italia: le malattie cardiovascolari, i tumori e le patologie dell'apparato respiratorio, rappresentano le tre categorie che raccolgono il maggior numero di decessi.

Il progressivo aumento della loro prevalenza è legato, essenzialmente, all'aumento della sopravvivenza e quindi all'invecchiamento della popolazione.

La popolazione molisana anziana è pari al 22% della popolazione residente con un indice di vecchiaia pari a 176 (anno 2011), indici superiori alla media nazionale.

Mortalità generale per grandi cause di morte-Molise- 2006-2007				
Patologia	Anno 2006		Anno 2007	
	Decessi	%	Decessi	%
Malattie del sistema circolatorio	1.472	45,0%	1.473	45,6%
Tumori totali	838	25,6%	810	25,1%
Malattie del sistema respiratorio	203	6,2%	218	6,8%
Malattie dell'apparato digerente	181	5,5%	183	5,7%
Cause esterne – Traumatismi	179	5,5%	121	3,7%
Diabete mellito	154	4,7%	147	4,6%
Malattie del sistema nervoso e organi di senso	126	3,8%	127	3,9%
Malattie dell'apparato genitourinario	48	1,5%	69	2,1%
Disturbi psichici e comportamentali	41	1,3%	38	1,2%
Malattie infettive e parassitarie	26	0,8%	35	1,1%
Malformazioni congenite	5	0,2%	8	0,2%
<b>Totale</b>	<b>3.273</b>	<b>100,0%</b>	<b>3.229</b>	<b>100,0%</b>

Tabella 6 – Mortalità generale per grandi cause di morte - Molise 2006/2007

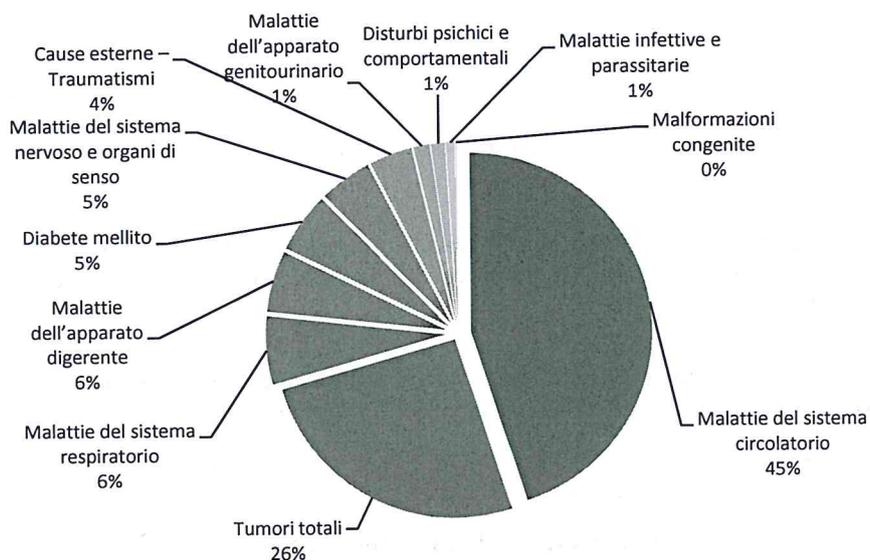
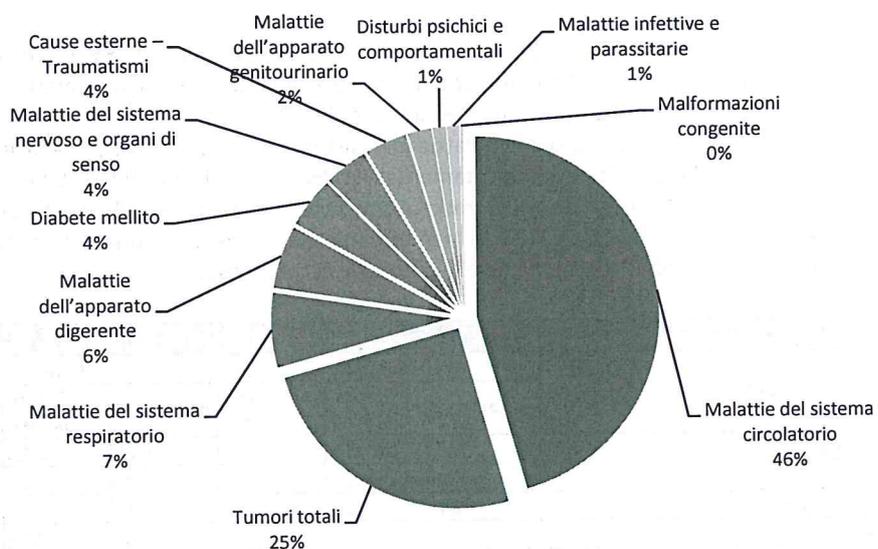


Figura 9 – Mortalità generale per grandi cause di morte in Molise -Anno 2006



FONTE: <http://www.iss.it/site>

Figura 10 – Mortalità generale per grandi cause di morte in Molise - Anno 2007

L'assenza di un Registro di mortalità per causa della Regione Molise non ha permesso di fornire dati estremamente recenti per cui si è fatto ricorso alla banca dati **Ufficio di Statistica** dell'ISS, in collaborazione con il **Settore Informatico** del SIDBAE dell'ISS. Essa fornisce una descrizione della mortalità osservata in Italia nel periodo 2006-2007 (ICD-10). Vengono presentati, in totale e separatamente per uomini e donne, sia il numero assoluto di decessi che la popolazione cui essi si riferiscono ed i corrispondenti tassi di mortalità specifici.

I dati sui decessi sono ottenuti dalla rilevazione ISTAT sulle cause di morte che raccoglie, controlla e codifica le schede di certificazione di morte. I dati relativi alla popolazione derivano da stime effettuate in collaborazione tra l'Ufficio di statistica dell'ISS e l'ISTAT.

- Le tabelle riportano separatamente per uomini, donne e totale, e per ciascuna combinazione selezionata delle altre variabili (età, anno, causa e regione) le seguenti informazioni:
- numero di decessi osservato;
- Popolazione media annua;
- tasso di mortalità, calcolato come rapporto tra decessi e popolazione, per 100.000.

Nel 2007 i decessi registrati fra i residenti in Molise sono 3.229 (pop. media annua 320.456) (uomini 156.052, donne 164.404)

Su 3.220 decessi complessivi registrati nel 2007 in Molise, fra le cause naturali il 45,6% è attribuito a malattie del sistema circolatorio (n.: 1.473), (cardiopatie ischemiche: 33%, malattie cerebrovascolari: 26%), il 25,1% a tumori (n.: 810) il 6,8% a malattie del sistema respiratorio (n.: 218) ed il 5,7% a malattie dell'apparato digerente; un ulteriore 8,5% è attribuito a: malattie del sistema nervoso (3,9%), malattie dell'apparato genitourinario (2,1%), disturbi psichici e comportamentali (1,2%), malattie infettive (1,1%), malformazioni congenite (0,2%). Le cause di morte esterne / traumatismi rappresentano il 3,7% del totale (n.: 121). La proporzione di eventi è simile nel 2006 (3.273). In maniera analoga al livello nazionale, le cause di morte più frequenti sono i tumori, le cardiopatie ischemiche e le patologie cerebrovascolari.

Mortalità per cause e genere in Molise. N. decessi e tassi specifico Per 100.000 abitanti. Anni 2006						
CAUSA	Uomini			Donne		
	n. decessi	Tasso Molise	Tasso Italia	n. decessi	Tasso Molise	Tasso Italia
Mortalità generale	1742	1115,6	957,7	1680	1022,3	927,3
Tumori totali	489	313,2	335,8	349	212,4	237,5
Malattie del sistema circolatorio	657	420,7	334,4	815	495,9	406,6
Diabete mellito	58	37,1	27,8	96	58,4	37,3
Malattie del sistema respiratorio	133	85,2	71,1	70	42,6	50,4
Malattie dell'apparato digerente	116	74,3	40,5	65	39,6	37,6
Malformazioni congenite	2	1,3	2,4	3	1,8	2,1
Malattie infettive e parassitarie	13	8,3	13,4	13	7,9	11,4
Malattie dell'apparato genitourinario	25	16	15,2	23	14	15,6
Malattie del sistema nervoso e organi di senso	62	39,7	28,9	64	38,9	36,1
Disturbi psichici e comportamentali	20	12,8	10,7	21	12,8	19,1
Cause esterne – Traumatismi	103	66	48,9	76	46,2	31

Fonte dati: <http://www.iss.it/site>

Tabella 7– Mortalità per cause e genere in Molise. N. decessi e tassi specifico Per 100.000 abitanti. Anni 2006

Mortalità per cause e genere in Molise. N. decessi e tassi specifico. Per 100.000 abitanti. Anni 2007						
CAUSA	Uomini			Donne		
	n. decessi	Tasso Molise	Tasso Italia	n. decessi	Tasso Molise	Tasso Italia
Mortalità generale	1696	1086,814	965,877	1665	1012,752	952,468
Tumori totali	495	317,201	336,622	315	191,602	242,397
Malattie del sistema circolatorio	661	423,575	335,058	812	493,907	414,355
Diabete mellito	59	37,808	28,664	88	53,527	37,942
Malattie del sistema respiratorio	131	83,946	73,93	87	52,919	53,642
Malattie dell'apparato digerente	99	63,44	39,571	84	51,094	38,103
Malformazioni congenite	5	3,204	2,296	3	1,825	2,01
Malattie infettive e parassitarie	20	12,816	14,355	15	9,124	12,092
Malattie dell'apparato genitourinario	35	22,428	16,269	34	20,681	16,709
Malattie del sistema nervoso e organi di senso	57	36,526	30,034	70	42,578	39,236
Disturbi psichici e comportamentali	15	9,612	10,848	23	13,99	20,101
Cause esterne – Traumatismi	56	35,885	48,533	65	39,537	31,269

Fonte dati: <http://www.iss.it/site>

Tabella 8 – Mortalità per cause e genere in Molise. N. decessi e tassi specifico Per 100.000 abitanti. Anni 2007

### Tasso di mortalità spec. MOLISE-ITALIA Anno 2006 (100.000 abitanti)

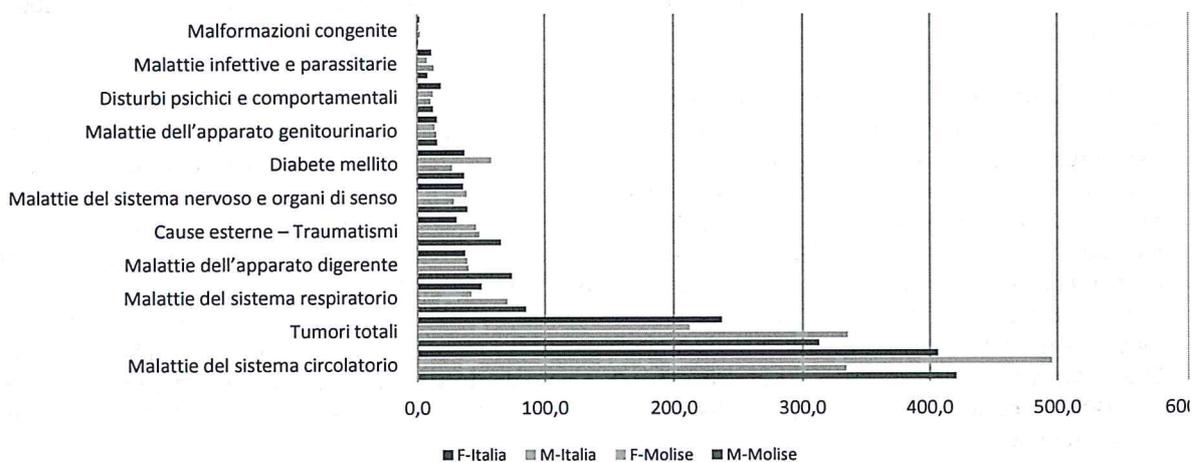


Figura 11 – Tasso di mortalità spec. MOLISE-ITALIA Anno 2006

**Tasso di mortalita' spec. MOLISE-ITALIA Anno 2007  
(100.000 abitanti)**

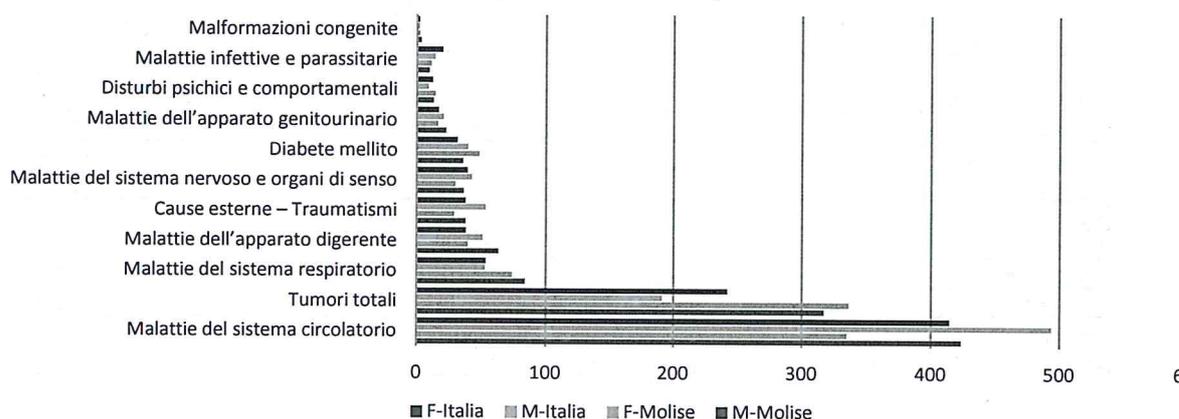


Figura 12 – Tasso di mortalità spec. MOLISE-ITALIA Anno 2007

A confronto con il tasso nazionale, nel 2007 il tasso std. di mortalità generale in Molise è maggiore del 4% per gli uomini (2006: 1%) e del 7% nelle donne (2006 1,4%) in linea con la media nazionale (2007: 6°/4° rango; 2006: 10°/11°).

Rispetto al dato nazionale nel 2007 in Molise la mortalità per tumori totali è inferiore del 15% fra gli uomini e del 28% fra le donne (ranghi 3°/1°) (nel 2006 il dato è sovrapponibile per gli uomini mentre per le donne la percentuale è del 15%); fra i gruppi specifici, per i tumori del polmone negli uomini si sono registrati tassi inferiori del 24% e del 28% rispetto al dato nazionale (ranghi 3°/1°), mentre per il tumore alla mammella si rileva un 23% e 38% in meno (ranghi 4°/1°). Per il tumore alla stomaco si è registrato un incremento dei tassi dal 2006 al 2007 negli uomini del 35% (-18% -17 a-a ranghi 7°/17°) e nella donna se pur con valori superiori al dato nazionale si registra una riduzione del 10% (23% e 13% a-a ranghi 19°/15°). Rispetto al valore nazionale, i tassi per tumori ematologici sono inferiori del 9,8% e del 19,7% nel 2007 negli uomini nelle donne invece è maggiore del 16% nell'anno 2006 mentre nel 2007 del 4,5% (uomini ranghi 5°/2°) (donne ranghi 21°/7°) nel 2006 il tasso di mortalità per leucemie negli uomini è minore del 16% mentre nelle donne è maggiore del 25% nel 2007 invece negli uomini è maggiore del 9%, nelle donne è sovrapponibile al dato nazionale (uomini ranghi 3°/14°) (donne ranghi 21°/10°).

Nel 2006 e 2007 la mortalità per malattie del sistema circolatorio è maggiore rispetto al dato nazionale sia per gli uomini che per le donne (Uomini 2% e 3,5%, donne del 9% e 4%) (uomini ranghi 15°/17°) (donne ranghi 17°/16°); fra le cause specifiche, i tassi per le cardiopatie ischemiche oscillano per gli uomini fra 2% e 7%, maggiori rispetto al dato nazionale per le donne invece tra il 9% e il 3% (uomini ranghi 12°/17°) (donne ranghi 16°/9°). I tassi di mortalità per diabete mellito mostrano valori fra il livello di rischio medio ed elevato (uomini: 16° rango; donne 17°).

La mortalità per malattie del sistema respiratorio in Molise è in linea con il dato nazionale per gli uomini (ranghi 5° e 6°) mentre è inferiore per le donne (ranghi 1° e 2°).

La mortalità per malattie dell'apparato digerente mostra sia negli uomini che nelle donne un dato superiore al valore nazionale, per gli uomini rispettivamente del 62% e del 44% per le donne del 7% e del 29% (uomini ranghi 21°/21°) (donne ranghi 9°/21°).

La mortalità per malattie dell'apparato genitourinario registrano in entrambi i sessi un incremento dal 2006 al 2007 del 20% negli uomini e del 23% nelle donne (-11%/+10%, -17%/+6%) (uomini ranghi 9°/17°) (donne ranghi 5°/15°).

Tassi di mortalità tendenzialmente più elevati della media nazionale si registrano in entrambi i sessi per le malattie dell'apparato genitourinario (16°-14° rango), per le malattie del sistema nervoso (19°-14° / 17°-20°) e per i disturbi psichici e comportamentali (14°-15° / 16°-13°).

Per le malattie infettive si registrano valori tendenzialmente più elevati nel 2007 (il dato va letto congiuntamente ad influenza e polmoniti, classificate nel respiratorio).

Relativamente alle cause di morte esterne (traumatismi), nel 2006 la mortalità in Molise è del 24% più elevata della media nazionale negli uomini (103 decessi) e del 25% nelle donne (76 decessi), ranghi: 19° e 17° ; la situazione migliora nel 2007 in entrambi i sessi con un decremento più marcato per gli uomini (+34%/-32%) (56 decessi) rispetto alle donne (+25%/+8%) (65 decessi) (uomini ranghi 19°/1°) (donne ranghi 17°/14°).

Mortalità per cause e genere in Molise. N. decessi e tassi stand. Per 100.000 abitanti. Anni 2006								
CAUSA	Uomini				Donne			
	n. decessi	Tasso std.	rango	Tasso Italia	n. decessi	Tasso std.	rango	Tasso Italia
Mortalità generale	1742	1116,5	10	1125,6	1680	673,5	11	683,2
Tumori totali	489	313,9	2	375,7	349	165,6	4	195,8
Tumori maligni trachea, bronchi, polmone	115	73,6	3	96,9	16	6,7	1	20,2
Tumori maligni della mammella, donne					49	24,9	3	32,3
Tumori maligni del colon-retto	59	37,3	7	38,3	47	22,9	14	22
Tumori maligni dello stomaco	30	20	7	24,4	29	14	19	11,4
Tumore maligno dell'utero					13	6,4	5	7,6
Tumore maligno della prostata	43	28,7	3	31,6				
Tumore maligno della vescica	22	15,2	5	16,8	5	1,8	2	2,9
Tumori m. del t. linfatico ed ematopoietico	39	25	5	27,7	41	20,1	21	17,4
Leucemie	15	10,2	3	12,2	18	8,4	21	6,7
Malattie del sistema circolatorio	657	419,6	15	410,6	815	305,6	17	281,3
Cardiopatie ischemiche	251	159,9	12	156,6	246	91,7	16	84,3
Malattie cerebrovascolari	169	106,4	13	105,4	227	86	15	83,7
Diabete mellito	58	37,8	16	32,5	96	38,4	17	27,5
Malattie del sistema respiratorio	133	84,3	5	88,9	70	26,1	1	35
Influenza	0	0	--	0,5	3	1,1	20	0,4
Polmonite	13	8	5	14,2	12	4,9	5	7,8
Asma	3	1,8	19	0,9	2	1,1	19	0,7
Malattie dell'apparato digerente	116	75	21	46,1	65	26,6	9	28,5
Malattie epatiche croniche	47	29,9	20	19	16	7,8	7	9,6
Malformazioni congenite	2	1,2	2	2,4	3	1,5	3	2,1
Malattie infettive e parassitarie	13	7,8	1	14,6	13	6,2	2	8,9
Tubercolosi	1	0,6	6	0,9	0	0	2	0,5
AIDS	1	0,5	4	2,4	0	0	1	0,7
Malattie dell'apparato genitourinario	25	16,9	9	19,1	23	9,2	5	11,1
Malattie del sistema nervoso e organi di senso	62	38,8	20	34,2	64	26,1	12	26,8
Disturbi psichici e comportamentali	20	13,2	11	13,3	21	7	2	12,7
Cause esterne - Traumatismi	103	66,9	19	53,9	76	29,6	17	23,6
Accidenti da trasporto	32	21	21	16,4	4	2,3	2	3,9
Autolesione intenzionale (suicidi)	16	9,8	8	10,1	6	3,2	14	2,7

Tabella 9 – Mortalità per cause e genere in Molise. N. decessi e tassi stand. Per 100.000 abitanti. Anni 2006

Mortalità per cause e genere in Molise. N. decessi e tassi stand. Per 100.000 abitanti. Anni 2007								
CAU	Uomini				Donne			
	n. decessi	Tasso std.	rango	Tasso Italia	n. decessi	Tasso std.	rango	Tasso Italia
Mortalità generale	1696	1073,6	6	1116,6	1665	640,8	4	687,8
Tumori totali	495	314,5	3	371,1	315	142,2	1	197,2
Tumori maligni trachea, bronchi, polmone	106	67,8	1	94,8	16	8	1	20,7
Tumori maligni della mammella, donne					39	20,3	1	33
Tumori maligni del colon-retto	57	34,6	5	37,3	36	15,5	1	22,4
Tumori maligni dello stomaco	42	27,4	17	23,3	30	12,9	15	11,4
Tumore maligno dell'utero					9	4,3	1	7,7
Tumore maligno della prostata	37	23,4	1	30,8				
Tumore maligno della vescica	30	18,9	15	17,3	2	1,1	1	2,7
Tumori m. del t. linfatico ed ematopoietico	35	22,5	2	28,1	36	16,3	7	17,1
Leucemie	20	13,2	14	12,1	16	6,8	10	6,8
Malattie del sistema circolatorio	661	417,5	17	403,3	812	290,2	16	280,1
Cardiopatie ischemiche	261	163,4	17	152,2	226	80,7	9	83,4
Malattie cerebrovascolari	168	107,3	16	102	226	82	13	82,8
Diabete mellito	59	36,6	16	33	88	32,7	16	27,3
Malattie del sistema respiratorio	131	82	6	90,4	87	28,6	2	36,3
Influenza	2	1	19	0,6	2	0,6	11	0,6
Polmonite	18	10,5	6	14,4	23	7,6	10	7,9
Asma	0	0	--	0,8	1	0,4	3	0,8
Malattie dell'apparato digerente	99	64,2	21	44,5	84	36,7	21	28,3
Malattie epatiche croniche	44	28,6	20	18	27	13,5	19	9,3
Malformazioni congenite	5	3,5	20	2,3	3	2,2	15	2
Malattie infettive e parassitarie	20	13,1	7	15,6	15	6,8	4	9,4
Tubercolosi	1	0,6	4	0,9	0	0	--	0,4
AIDS	2	1,3	6	2,5	0	0	--	0,6
Malattie dell'apparato genitourinario	35	22,1	17	20	34	12,3	15	11,6
Malattie del sistema nervoso e organi di senso	57	35,1	13	34,9	70	28	10	28,5
Disturbi psichici e comportamentali	15	9,2	4	13,4	23	8,9	4	13,1
Cause esterne - Traumatismi	56	35,9	1	53,2	65	25,1	14	23,2
Accidenti da trasporto	17	11,1	4	15,5	5	2,7	6	3,4
Autolesione intenzionale (suicidi)	6	4,1	1	10,1	4	2,1	5	2,6

Tabella 10 – Mortalità per cause e genere in Molise. N. decessi e tassi stand. Per 100.000 abitanti. Anni 2007

Ranghi Molise fra le Regioni d'Italia - Tassi standardizzati di mortalità tendenzialmente bassi (posizioni 1-7), medi (8-14) e alti (15-21) - Anni 2006-2007				
CAUSA	Uomini		Donne	
	2006	2007	2006	2007
Mortalità generale	10	6	11	4
Tumori totali	2	3	4	1
Tumori maligni trachea, bronchi, polmone	3	1	1	1
Tumori maligni della mammella, donne			3	1
Tumori maligni del colon-retto	7	5	14	1
Tumori maligni dello stomaco	7	17	19	15
Tumore maligno dell'utero			5	1
Tumore maligno della prostata	3	1		
Tumore maligno della vescica	5	15	2	1
Tumori m. del t. linfatico ed ematopoietico	5	2	21	7
Leucemie	3	14	21	10
Malattie del sistema circolatorio	15	17	17	16
Cardiopatie ischemiche	12	17	16	9
Malattie cerebrovascolari	13	16	15	13
Diabete mellito	16	16	17	16
Malattie del sistema respiratorio	5	6	1	2
Influenza	2	19	20	11
Polmonite	5	6	5	10
Asma	19	--	19	3
Malattie dell'apparato digerente	21	21	9	21
Malattie epatiche croniche	20	20	7	19
Malformazioni congenite	2	20	3	15
Malattie infettive e parassitarie	1	7	2	4
Tubercolosi	6	4	2	--
AIDS	4	6	1	--
Malattie dell'apparato genitourinario	9	17	5	15
Malattie del sistema nervoso e organi di senso	20	13	12	10
Disturbi psichici e comportamentali	11	4	2	4
Cause esterne – Traumatismi	19	1	17	14
Accidenti da trasporto	21	4	2	6
Autolesione intenzionale (suicidi)	8	1	14	5

Fonte dati: Rapporti ISTISAN 10/26-10/27 (2010) – Dati ISTAT Anni 2006-2007

Tabella 11 – Ranghi Molise fra le Regioni d'Italia - Tassi standardizzati di mortalità tendenzialmente bassi (posizioni 1-7), medi (8-14) e alti (15-21) - Anni 2006-2007

Mortalità per cause e genere in Molise. Popolazione 0-74 anni N. decessi e tassi standardizzati - Anni 2006-2007								
CAUSA	Uomini				Donne			
	n. decessi 2006	n. decessi 2007	Rango 2006	Rango 2007	n. decessi 2006	n. decessi 2007	Rango 2006	Rango 2007
Mortalità generale	624	552	16	6	316	300	8	4
Tumori totali	225	234	3	5	148	128	4	1
Malattie del sistema circolatorio	170	156	16	16	77	75	14	15
Cause esterne – Traumatismi	62	31	18	1	12	11	4	2

Tabella 12 – Mortalità per cause e genere in Molise. Popolazione 0-74 anni N. decessi e tassi standardizzati - Anni 2006-2007

### Mortalità evitabile

L'analisi rappresentata nel presente documento è stata condotta valutando dati di mortalità dedotti dalle informazioni fornite dai responsabili di registri RENCAM attivi presso l'ambito di Campobasso e Termoli. Per la provincia di Isernia non è stato possibile ottenere informazioni per l'assenza di un archivio informatizzato, quindi lo studio si limiterà a tracciare una mappa del fenomeno limitatamente alla provincia di Campobasso.

Il progressivo invecchiamento della popolazione molisana condiziona la dinamica di molte patologie, soprattutto quelle cronico-degenerative, che sono generalmente correlate all'età. Di seguito è stato analizzato la mortalità nella provincia di Campobasso.

Per superare i principali limiti delle più usuali statistiche sulla mortalità, in cui risulta preponderante l'effetto demografico (numerosità dei casi fortemente influenzata dai decessi che avvengono in età avanzata) che nasconde all'analisi il processo assistenziale da correlare all'evento mortalità, si è posta l'attenzione su alcune cause in particolare nella fasce d'età 5-69 anni, più strettamente correlate con le abitudini di vita, con lo stato dell'ambiente di vita e di lavoro e con l'efficacia del servizio sanitario (particolarmente con le politiche di prevenzione e le scelte diagnostiche e di cura), calcolando per ciascuna di esse gli Anni di Vita Persi e raggruppate, per favorire la lettura in:

- **“Prevenzione Primaria”** : il primo gruppo comprende cause di morte che potrebbero essere evitate o ridotte in seguito all'adozione di normative, comportamenti, stili di vita atti a prevenire le malattie.

1° gruppo - Prevenzione Primaria (cause di morte prevenibili mediante prevenzione primaria)
<b>Cause di morte</b>
Tumori maligni prime vie aero-digestive
Tumori maligni del fegato
Tumori maligni del polmone
Tumori maligni della vescica
Disturbi circolatori dell'encefalo
Cirrosi epatica

Tabella 13 – Cause di morte prevenibili mediante prevenzione primaria

- **“Igiene e assistenza Sanitaria”**: il secondo gruppo rappresenta le morti evitabili con misure di igiene, stili di vita adeguati e con una buona organizzazione sanitaria, quali diagnosi tempestiva, efficienza della rete dell'emergenza, adeguatezza del tempo di ricovero e dell'intervento clinico, ecc.

2° gruppo - Servizi ospedalieri e territoriali (cause di morte prevenibili mediante interventi di igiene e assistenza sanitaria)
<b>Cause di morte</b>
Tumori maligni della pelle
Tumori maligni della mammella
Tumore del collo dell'utero
Tumore del corpo dell'utero e senza indicazione
Tumore del testicolo
Malattia di Hodgkin

Tabella 14 – Cause di morte prevenibili mediante interventi di igiene e assistenza sanitaria

- **“Diagnosi precoce e terapia”**: il terzo gruppo, comprende malattie che potrebbero essere evitate con una diagnosi precoce e tempestiva terapia. Trattasi sostanzialmente di tumori che colpiscono le donne (mammella e collo dell'utero) e di patologie che colpiscono entrambi i generi quali i tumori del colon-retto, dell'esofago e dello stomaco o solo gli uomini, quali la malattia di Hodgkin, la cui mortalità può essere fortemente ridotta con una terapia precoce adeguata.

3° gruppo - Diagnosi precoce e Terapia (cause di morte prevenibili mediante diagnosi precoce e terapia)
<b>Cause di morte</b>
Leucemie
Cardiopatía Reumatica Cronica
Iperensione
Malattie ischemiche del cuore
Polmoniti, bronchiti, malattie respiratorie acute
Ulcera peptica

Tabella 15 – Cause di morte prevenibili mediante diagnosi precoce e terapia

1° gruppo - Prevenzione Primaria - cause di morte prevenibili mediante prevenzione primaria

1° gruppo - Prevenzione Primaria (cause di morte prevenibili mediante prevenzione primaria)		
Patologia	N°	A.V.P
Tumori Maligni prime vie aero-digestive	27	330
Tumori Maligni del Fegato	22	141
Tumori Maligni del polmone	76	584
Tumori Maligni della vescica	10	72
Disturbi circolatori dell'encefalo	41	514
Cirrosi epatica	5	

L'analisi delle cause del primo gruppo, vede al primo posto la Cirrosi epatica con 624 anni di vita persi, seguita dai tumori del polmone (584) e disturbi circolatori dell'encefalo (514) seguono a distanza le altre cause, e fra queste i tumori maligni delle prime vie aero-digestive che insieme alla cirrosi epatica e al tumore del fegato confermano al primo posto in termini di anni di vita persi le patologie dell'apparato splancnico.

## BOJANO

1°gruppo - Prevenzione Primaria (cause di morte prevenibili mediante prevenzione primaria)		
Patologia	N°	A.V.P
<i>Tumori Maligni prime vie aero-digestive</i>	8	102
<i>Tumori Maligni del Fegato</i>	3	27
<i>Tumori Maligni del polmone</i>	22	209
<i>Tumori Maligni della vescica</i>	2	15
<i>Disturbi circolatori dell'encefalo</i>	14	184
<i>Cirrosi epatica</i>	17	197

## CAMPOBASSO

1°gruppo - Prevenzione Primaria (cause di morte prevenibili mediante prevenzione primaria)		
Patologia	N°	A.V.P
<i>Tumori Maligni prime vie aero-digestive</i>	10	128
<i>Tumori Maligni del Fegato</i>	6	44
<i>Tumori Maligni del polmone</i>	29	215
<i>Tumori Maligni della vescica</i>	5	39
<i>Disturbi circolatori dell'encefalo</i>	23	314
<i>Cirrosi epatica</i>	17	206

## LARINO

1°gruppo - Prevenzione Primaria (cause di morte prevenibili mediante prevenzione primaria)		
Patologia	N°	A.V.P
<i>Tumori Maligni prime vie aero-digestive</i>	1	0
<i>Tumori Maligni del Fegato</i>	4	15
<i>Tumori Maligni del polmone</i>	12	73
<i>Tumori Maligni della vescica</i>	1	0
<i>Disturbi circolatori dell'encefalo</i>	2	7
<i>Cirrosi epatica</i>	6	70

## TERMOLI

1° gruppo - Prevenzione Primaria (cause di morte prevenibili mediante prevenzione primaria)		
Patologia	N°	A.V.P
<i>Tumori Maligni prime vie aero-digestive</i>	8	90
<i>Tumori Maligni del Fegato</i>	9	55
<i>Tumori Maligni del polmone</i>	13	87
<i>Tumori Maligni della vescica</i>	2	18
<i>Disturbi circolatori dell'encefalo</i>	2	9
<i>Cirrosi epatica</i>	11	151

2° gruppo - Servizi ospedalieri e territoriali - cause di morte prevenibili mediante interventi di igiene e assistenza sanitaria

2° gruppo - Servizi ospedalieri e territoriali (cause di morte prevenibili mediante interventi di igiene e assistenza sanitaria)		
Patologia	N°	A.V.P
<i>Tumori maligni della pelle</i>	4	68
<i>Tumori maligni della mammella</i>	51	723
<i>Tumori del collo dell'utero</i>	5	37
<i>Tumori maligni del corpo dell'utero e senza indicazione</i>	11	128
<i>Tumori del testicolo</i>	3	69

Tra le cause di morte appartenenti al secondo gruppo, particolare preoccupazione, suscita il tumore maligno della mammella, che diversamente dalle altre cause mostra uno spiccato trend in aumento, e ciò, nonostante nella nostra regione, nel periodo in esame, era attivo un progetto di screening mirato appunto alla diagnosi precoce di questa forma tumorale.

## BOJANO

2° gruppo - Servizi ospedalieri e territoriali (cause di morte prevenibili mediante interventi di igiene e assistenza sanitaria)		
Patologia	N°	A.V.P
<i>Tumori maligni della pelle</i>	0	
<i>Tumori maligni della mammella</i>	2	38
<i>Tumori del collo dell'utero</i>	0	
<i>Tumori maligni del corpo dell'utero e senza indicazione</i>	2	22
<i>Tumori del testicolo</i>	1	39

## CAMPOBASSO

2° gruppo - Servizi ospedalieri e territoriali (cause di morte prevenibili mediante interventi di igiene e assistenza sanitaria)		
Patologia	N°	A.V.P
<i>Tumori maligni della pelle</i>	1	8
<i>Tumori maligni della mammella</i>	22	283
<i>Tumori del collo dell'utero</i>	1	0
<i>Tumori maligni del corpo dell'utero e senza indicazione</i>	4	28
<i>Tumori del testicolo</i>	1	4

## LARINO

2° gruppo - Servizi ospedalieri e territoriali (cause di morte prevenibili mediante interventi di igiene e assistenza sanitaria)		
Patologia	N°	A.V.P
<i>Tumori maligni della pelle</i>	1	20
<i>Tumori maligni della mammella</i>	5	59
<i>Tumori del collo dell'utero</i>	2	24
<i>Tumori maligni del corpo dell'utero e senza indicazione</i>	3	69
<i>Tumori del testicolo</i>	0	

## TERMOLI

2° gruppo - Servizi ospedalieri e territoriali (cause di morte prevenibili mediante interventi di igiene e assistenza sanitaria)		
Patologia	N°	A.V.P
<i>Tumori maligni della pelle</i>	2	40
<i>Tumori maligni della mammella</i>	22	343
<i>Tumori del collo dell'utero</i>	2	13
<i>Tumori maligni del corpo dell'utero e senza indicazione</i>	2	9
<i>Tumori del testicolo</i>	1	26

3° gruppo - Diagnosi precoce e Terapia - cause di morte prevenibili mediante diagnosi precoce e terapia

<b>3° gruppo - Diagnosi precoce e Terapia</b> (cause di morte prevenibili mediante diagnosi precoce e terapia)		
<b>Patologia</b>	<b>N°</b>	<b>A.V.P</b>
<i>Leucemie</i>	11	163
<i>Cardiopatía Reumatica</i>	5	54
<i>Ipertensione arteriosa</i>	17	130
<i>Malattie ischemiche del cuore</i>	87	901
<i>Polmoniti Bronchiti e malattie respiratorie acute</i>	5	82
<i>Ulcera</i>	1	29
<i>Diabete</i>	34	294

Tra le malattie del terzo gruppo, il primato spetta alle malattie ischemiche del cuore con 910 anni di vita persi, seguite a distanza dall'ipertensione arteriosa (130). Particolare preoccupazione suscitano i 21 casi di Diabete nei distretti di Larino e Termoli con 219 anni di vita persi. Da rilevare il trend in aumento della mortalità per polmoniti e malattie acute respiratorie.

## **BOJANO**

<b>3° gruppo - Diagnosi precoce e Terapia</b> (cause di morte prevenibili mediante diagnosi precoce e terapia)		
<b>Patologia</b>	<b>N°</b>	<b>A.V.P</b>
<i>Leucemie</i>	2	17
<i>Cardiopatía Reumatica</i>	2	44
<i>Ipertensione arteriosa</i>	5	47
<i>Malattie ischemiche del cuore</i>	14	163
<i>Polmoniti Bronchiti e malattie respiratorie acute</i>	0	
<i>Ulcera</i>	0	
<i>Diabete</i>	7	38

## CAMPOBASSO

3° gruppo - Diagnosi precoce e Terapia (cause di morte prevenibili mediante diagnosi precoce e terapia)		
Patologia	N°	A.V.P
<i>Leucemie</i>	3	32
<i>Cardiopatìa Reumatica</i>	2	6
<i>Ipertensione arteriosa</i>	11	79
<i>Malattie ischemiche del cuore</i>	34	342
<i>Polmoniti Bronchiti e malattie respiratorie acute</i>	5	82
<i>Ulcera</i>	0	
<i>Diabete</i>	6	37

## LARINO

3° gruppo - Diagnosi precoce e Terapia (cause di morte prevenibili mediante diagnosi precoce e terapia)		
Patologia	N°	A.V.P
<i>Leucemie</i>	1	5
<i>Cardiopatìa Reumatica</i>	0	
<i>Ipertensione arteriosa</i>	0	
<i>Malattie ischemiche del cuore</i>	16	125
<i>Polmoniti Bronchiti e malattie respiratorie acute</i>	0	
<i>Ulcera</i>	0	
<i>Diabete</i>	7	75

## TERMOLI

3° gruppo - Diagnosi precoce e Terapia (cause di morte prevenibili mediante diagnosi precoce e terapia)		
Patologia	N°	A.V.P
<i>Leucemie</i>	5	109
<i>Cardiopatìa Reumatica</i>	1	4
<i>Ipertensione arteriosa</i>	1	4
<i>Malattie ischemiche del cuore</i>	23	271
<i>Polmoniti Bronchiti e malattie respiratorie acute</i>	0	
<i>Ulcera</i>	1	29
<i>Diabete</i>	14	144

I dati dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) consentono le seguenti riflessioni: dei 58 milioni totali di decessi registrati nel 2005, circa 35 (pari al 60%) sono attribuibili a malattie croniche, principale causa di morte fra gli adulti in quasi tutti i Paesi; si prevede che nei prossimi dieci anni questa cifra aumenterà del 17%. Dall'analisi dei dati oggi a nostra disposizione, riferiti alla provincia di Campobasso, viene confermato questo trend; infatti l'incidenza di malattie cronicodegenerative, quali tumori, patologie cardiovascolari e metaboliche è in lento, ma costante aumento.

Le cosiddette "patologie della modernità", sono legate sia al mutamento della struttura demografica della popolazione conseguente al suo forte invecchiamento, sia al peggioramento dell'habitat ambientale e sociale, con forti effetti di stress sugli individui.

Ciò detto appare evidente che l'analisi delle patologie cronicodegenerative non si può limitare al dato epidemiologico in senso stretto, ma deve riguardare anche gli aspetti ambientali, sociali (come gli stili di vita) quelli relativi alla prevenzione del rischio di insorgenza e, ovviamente, alla clinica.

I dati epidemiologici su morbosità e mortalità evitabile impongono una rivalutazione complessiva della sanità pubblica; la diagnosi precoce, l'efficienza della rete dell'assistenza, l'adeguatezza e la tempestività del ricovero e del conseguente intervento clinico, sono essenziali nel trattamento della patologia cronicodegenerativa.

Oggi la progressiva riduzione delle risorse disponibili impedisce l'attuazione di adeguati programmi di prevenzione, diagnosi e cura trasformando funzioni proprie della Sanità pubblica in attività marginali rispetto ad un sistema impegnato, pressoché esclusivamente, alla soddisfazione del bisogno quotidiano costretto a trascurare, quindi, interventi di qualità basati sull' EPB (*Evidence Based Prevention*).

Il nuovo Piano Nazionale della Prevenzione 2014-2018, come si è avuto modo di osservare, fissa obiettivi comuni prioritari supportati, appunto, da strategie e azioni *evidence based*, in grado, nel medio e lungo termine, di produrre un impatto sia di salute che di sistema e in grado di essere realizzati attraverso interventi sostenibili e ordinari.

La "vision" che ispira il nuovo PNP 2014-2018 si dipana nei seguenti momenti essenziali:

- affermare il ruolo cruciale della promozione della salute e della prevenzione come fattori di sviluppo della società e di sostenibilità del welfare, in particolare alla luce delle dinamiche demografiche che la caratterizzano;
- adottare un approccio di sanità pubblica che garantisca equità e contrasto alle disuguaglianze;
- esprimere la centralità dell'individuo;
- basare gli interventi di prevenzione, promozione e tutela della salute sulle **migliori evidenze di efficacia**, implementati in modo equo e in funzione della riduzione delle disuguaglianze;
- accettare e gestire la sfida «costo-efficacia» degli interventi, dell'innovazione e della *governance*;
- perseguire lo sviluppo di competenze per un uso appropriato e responsabile delle risorse disponibili.

## Capitolo 3

### I Programmi del Piano regionale di prevenzione.

#### I. Programma «Screening oncologici».

Nella Regione Molise le attività di screening per la neoplasia della mammella e della cervice uterina sono attive da dodici anni mentre siamo giunti al settimo anno per lo screening del colon-retto; con riferimento al settore della prevenzione oncologica, la sanità molisana ha raggiunto due obiettivi sostanziali: progressiva estensione dei programmi di screening e degli inviti alla pressoché totalità della popolazione target ed il mantenimento della cadenza biennale per gli screening della mammella e del colon-retto e di quella triennale per lo screening della cervice uterina. Quanto al tasso di adesione sicuramente i risultati raggiunti sono abbondantemente migliorabili ma, nel complesso, i dati relativi ai programmi di screening oncologici della regione Molise sono ampiamente positivi se confrontati con quelli di regioni confinanti ovvero con omogenea collocazione geografica nazionale.

#### - «Screening della mammella»

##### *Screening mammografico - Regione MOLISE*

Indicatore	Esame	2008	2009	2010	2011	2012
Estensione grezza degli inviti (%)		97,07	95,47	84,85	96,24	67,43
Estensione corretta degli inviti (%)		98,09	95,72	85,26	97,55	70,12
Numero di donne invitate		19068	19172	19462	19300	13325
Adesione all'invito grezza (%)		43,36	56,64	50,85	47,26	49,56
Adesione all'invito corretta (%)		43,41	56,77	50,98	47,76	49,63
Tasso di richiami (%)	Primi Esami	4,90	5,63	3,52		
	Esami Successivi	2,75	2,61	2,43		
DR totale per cancro (‰)	Primi Esami	0,00	4,22	8,91		
	Esami Successivi	0,00	8,18	9,33		
DR per cancro <10 mm (‰)	Primi Esami	0,00	0,25	4,22		
	Esami Successivi	0,00	1,23	4,82		
Rapporto B/M	Primi Esami		1,06	0,53		
	Esami Successivi		0,68	0,22		
Tumori <10 mm (%)	Primi Esami		6,25	56,25		
	Esami Successivi		15,09	62,50		
Tumori in situ (%)	Primi Esami		11,11	10,53		
	Esami Successivi		0,00	10,34		

*fonte O.N.S.*

Nella Regione Molise è attivo, dal marzo 2003, un unico programma di screening oncologico per il tumore della mammella a fronte di una popolazione target pari a circa 39.600 donne di età compresa tra i 50 ed i 69 anni. L'obiettivo primario del programma di screening è la diminuzione della mortalità, anche del 30-50%, grazie alla maggiore efficacia espressa dagli attuali procedimenti terapeutici nelle fasi precoci di malattia.

Obiettivi secondari sono:

la riduzione delle procedure chirurgiche radicali; l'incremento d'uso dei trattamenti conservativi e trattamenti chemioterapici meno aggressivi; il miglioramento della qualità della vita del cittadino/utente; la riduzione del carico sul sistema sanitario (in termini di calo dei tempi di ospedalizzazione, riduzione degli oneri finanziari, riduzione degli oneri sociali conseguenti all'evento malattia).

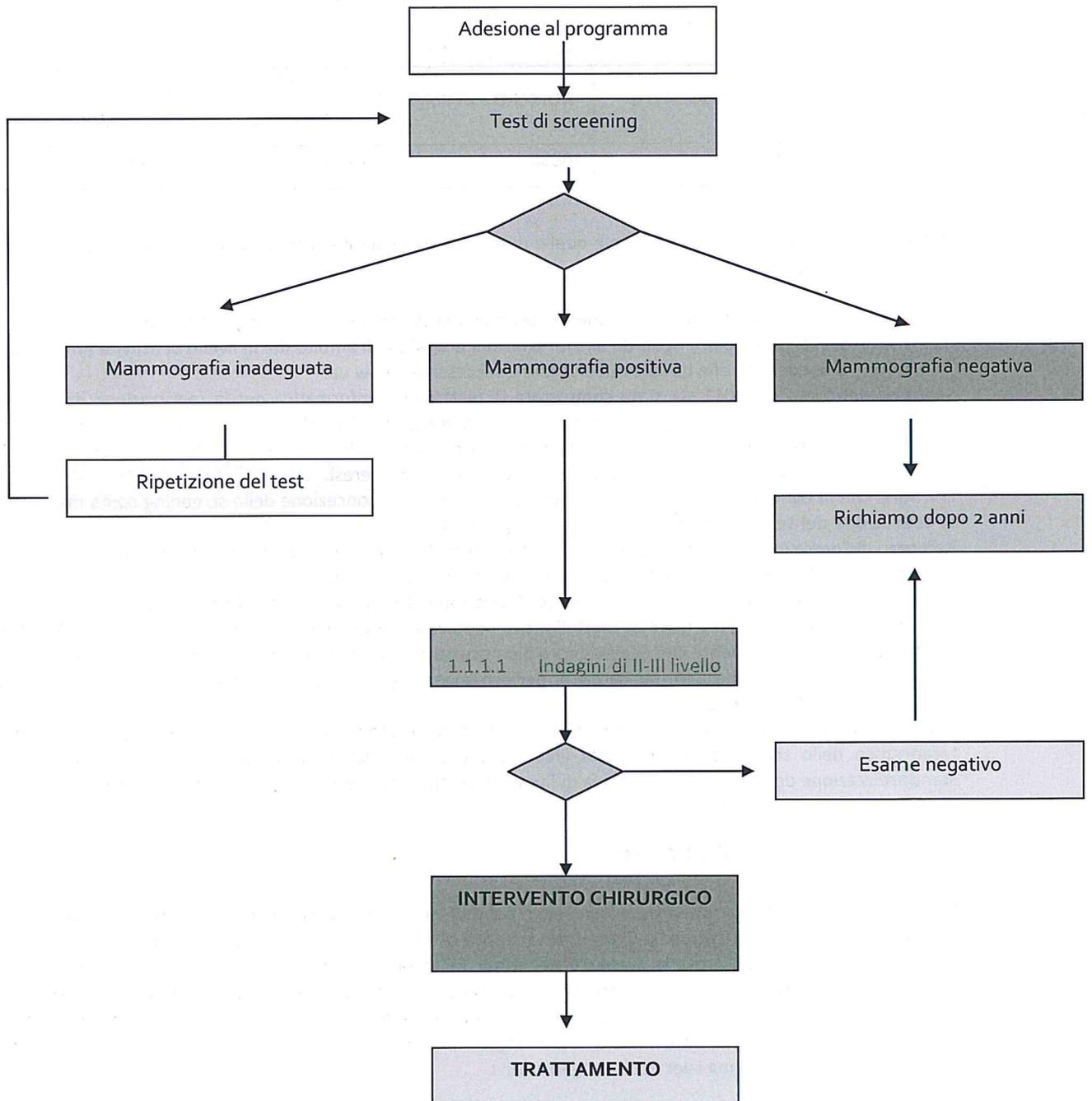
Il raggiungimento di questi obiettivi è legato alla individuazione dei tumori quando sono ancora di piccole dimensioni, senza interessamento linfonodale e senza metastasi a distanza; tale scopo viene raggiunto attraverso due fasi diverse, una di tipo organizzativo e una di tipo operativo.

La fase organizzativa concerne: a) la pianificazione e correzione dell'anagrafico; b) l'impostazione del programma di presentazione all'utenza (incontri nei comuni, nelle sedi di associazioni; pubblicità mass-media; manifesti murali; depliant); c) la definizione dei calendari degli incontri; d) l'invio delle lettere d'invito; e) il successivo re-invito; f) la gestione dell'agenda degli appuntamenti.

La fase operativa riguarda: a) l'esecuzione del test di screening;

Questa fase prevede tre opzioni diverse, in funzione di quanto risultato dal test di screening che è la mammografia, come viene mostrato dalla flow-chart (fig. 1).

Fig. 1 – flow-chart del programma di screening della mammella.



Ogni fase descritta nella flow-chart può essere valutata con specifici indicatori che definiscono gli standard qualitativi del programma.

Oltre agli indicatori di efficacia, rappresentati dalla riduzione della mortalità specifica e dalla riduzione dell'incidenza delle forme avanzate (effetti evidenziabili solo dopo un periodo di attività superiore a 10 anni e, quindi, soltanto a partire dal prossimo biennio), altri parametri in grado di evidenziare inadeguatezze e non conformità del programma di screening sono gli indicatori di partecipazione: estensione e tasso di adesione. Con riferimento al triennio 2011 – 2013, i dati di partecipazione al programma (tab. 1) evidenziano una buona performance con un tasso di adesione conforme agli standard GISMA (Gruppo Italiano Screening Mammografico) e, comunque, caratterizzato da un trend crescente. Con riferimento all'anno 2012 preme evidenziarsi che, a causa di ingenti guasti tecnici, l'unità mobile di mammografia è rimasta inattiva per ben sei mesi. Tale inconveniente ha fortemente inciso sul dato relativo all'estensione del programma con un sensibile calo percentuale dello stesso rispetto all'anno precedente. Il gap è stato comunque recuperato nel corso del 2013.

ANNO	NUMERO INVITI	NUMERO ADERENTI	TASSO DI ESTENSIONE	TASSO DI ADESIONE
2013	21794	10880	102%	52%

L'obiettivo atteso nel prossimo triennio è quello di mantenere costante la copertura territoriale e raggiungere la soglia del 55% di adesione.

La maggiore criticità rilevata nella gestione del programma di screening mammografico è l'incompletezza dei dati disponibili con particolare riguardo alle prestazioni erogate nell'ambito del III livello di attività (intervento chirurgico), propedeutico alle terapie oncologiche e successivo follow up.

Sebbene nel corso del 2011 sia stata completata la piattaforma informatica per la registrazione dell'intero percorso di screening, a tutt'oggi non risulta possibile estrapolare alcun dato relativo alle attività chirurgiche non essendo stata registrata alcuna informazione concernente le donne che, dopo aver eseguito esami di approfondimento ecografico e/o citologico, sono state inviate all'exeresi.

Si ritiene che la criticità segnalata si sia strutturata per la erronea concezione dello screening come mero atto di esecuzione del test (nel nostro caso la mammografia) anziché, come attualmente inteso, quale articolato percorso di "presa in carico" che prende avvio dalla lettera di invito e si conclude con l'esito della guarigione o purtroppo con il decesso della paziente: infatti, mentre in passato l'indicatore principe per la valutazione di efficacia dello screening era costituito dal tasso di adesione al programma, attualmente l'indicatore ritenuto più idoneo è la riduzione del tasso di mortalità per neoplasia della mammella, a dieci anni, almeno del 20 – 25%; risulta pertanto evidente che i dati sempre più necessari sono proprio quelli di esito relativi agli indicatori del processo clinico-diagnostico (indicatori di performance) e gli indicatori di impatto, come raccomandato dall'Osservatorio Nazionale Screening.

Il nuovo Piano regionale della Prevenzione sarà, pertanto, orientato alla definizione del percorso diagnostico – terapeutico dello screening stesso e alla elaborazione di un relativo protocollo: tanto consentirebbe la standardizzazione dei processi e la garanzia di flussi informativi completi per ogni fase del percorso.

## - «Screening del colon retto»

I tumori del colon e del retto rappresentano oggi, per incidenza e mortalità, la seconda neoplasia, mostrando in questi ultimi anni una crescente frequenza a fronte di un livello stabile della mortalità. Questo quadro epidemiologico, che può trovare diverse spiegazioni in termini di fattori di rischio, soprattutto di tipo nutrizionale e di stile di vita, ha accresciuto l'importanza di sviluppare adeguate strategie di prevenzione secondaria. Il programma di screening del colon-retto rappresenta oggi in molte regioni italiane una realtà ormai consolidata. La sua attuazione nella nostra regione, a partire dal 2008, ha rappresentato una sfida non solo in termini economici ma soprattutto organizzativi.

A seguito di un approfondito studio comparativo delle esperienze di screening già avviate in altre regioni italiane, si è provveduto alla predisposizione di un piano di fattibilità che, tenuto conto delle peculiarità culturali, socio – economiche e orografiche della regione Molise, ha condotto alla scelta di una metodologia di screening già positivamente sperimentata in Umbria.

Tale metodologia, caratterizzata dall'invio al domicilio di ciascun utente in fascia di età di una provetta per la raccolta dei campioni biologici per l'esecuzione del test FOBT, ha consentito un'azione capillare sull'intero territorio regionale ed, evitando spostamenti alla popolazione interessata, e favorito una più alta adesione al programma. Infatti, unitamente alla provetta viene inviato un depliant informativo sulle modalità di raccolta nonché una busta per il rinvio del campione a mezzo posta.

E' stato condotto inoltre uno studio di *risk management* volto a ridurre le probabilità di errore con particolare riguardo al rischio connesso allo scambio di provette tra componenti uno stesso nucleo familiare. A tal fine, in aggiunta all'assegnazione di un codice a barre personale identificativo della provetta e della busta, è stata messa a punto una metodologia di invito allo screening che consente di coinvolgere i membri di una stessa famiglia in fasi temporali differenziate. La riconsegna ed il trasporto dei campioni viene effettuata a mezzo posta, con contenitori idonei alla conservazione del materiale campionato. Il centro unico di raccolta ed analisi è stato allestito presso l' Ospedale di Larino. L' esito negativo del test di I livello viene comunicato al paziente in esame mediante lettera. I positivi vengono invitati a contattare uno dei centri di Endoscopia digestiva accreditati al programma, per il prosieguo dell' iter diagnostico. Gli esami di secondo livello consigliati comprendono la colonscopia e, in caso di rifiuto del paziente, l' rx clisma colon a doppio contrasto. Al termine dell' iter diagnostico il paziente riceve una lettera di dimissione contenente le informazioni relative alla procedura eseguita ed al follow-up.

#### RISULTATI : INVITI E ADESIONE I E II LIVELLO anno 2011-2012-2013

	N° INVITI	N° ADERENTI 1° LIVELLO	NEGATIVI	POSITIVI	N° ADERENTI 2° LIVELLO
2011	21301	14288	13637	651	176
2012	43613	9751	9275	476	74
2013	28791	15962	15126	836	154

Ad esplicitazione dei dati riportati in tabella si specifica:

- 1) I dati del 2011 risentono dello stop forzato di circa 6 mesi dovuto alla criticità evidenziata dalla nuova normativa per l'invio delle provette;
- 2) I dati 2012 spiegano l'abolizione dei solleciti inviati ai "no-responders" dopo verifica del rapporto costo-benefici ad opera del coordinatore scientifico del programma.

**CRITICITA' ORGANIZZATIVE:** Le maggiori criticità, sul piano organizzativo, emerse nella gestione del programma di screening oncologico del colon retto possono essere sintetizzate nelle seguenti:

- campagna mediatica di riaffermazione del programma ancora modesta e non potenziata;
- collaborazione dei MMG non adeguata;
- nell'esiguità degli Endoscopisti disponibili all'attività di screening, con conseguenti tempi di attesa per l'esecuzione del II livello che, al momento, vanno ben oltre le raccomandazioni del Ministero della Salute;
- scarsa *compliance* nell'immissione dei dati di III livello negli ospedali regionali;
- mancanza di fondi.

**CRITICITA' LEGATE ALLA POPOLAZIONE TARGET:** A fronte di un'adesione al I livello in linea con i dati nazionali, si riscontra una adesione al II livello decisamente più bassa. Gli utenti risultati FOBT positivi, inspiegabilmente, si presentano all'esame endoscopico in una percentuale del 27%. Questo a fronte del riscontro di patologia, nei pazienti che eseguono pan colonscopia, del 50%.

#### OBIETTIVI

1. Mantenimento dell'estensione territoriale e di popolazione al 100%;
2. Mantenimento dell'elevato tasso di adesione al I livello;
3. Deciso incremento dell'adesione al II livello.

### *Indicatori di processo e di risultato*

Indicatore	
Estensione degli inviti	>80%
Periodismo degli inviti successivi al primo (%)	>90% entro 24 mesi
Tempo tra la riconsegna del FOBT e l'invito dell'esito negativo	>90% entro 21 giorni di calendario
Tempo tra l'esecuzione della colonscopia operativa e la disponibilità delle conclusioni diagnostiche	>90% entro 21 giorni di calendario
Tempo tra la diagnosi pre-intervento di cancro e la data dell'intervento chirurgico	>90% entro 30 giorni di calendario

### *Indicatori del processo clinico diagnostico*

Proporzione di test inadeguati	FOBT: <1% FS: <10%
Proporzione di sigmoidoscopie complete	>85%
Proporzione di coloscopie complete	>85%

### *Indicatori del processo clinico diagnostico*

Proporzione di adesione all'intervento chirurgico	>90%
Numero di linfonodi asportati alla chirurgia $\geq 7$	>90%
Proporzione di aderenti al follow up	>80%

### *Indicatori precoci di impatto*

Proporzione di tumori in stadio III e più diagnosticati allo screening	<30%
------------------------------------------------------------------------	------

## **- «Screening della cervice uterina»**

Nella Regione Molise è attivo dal febbraio 2003 un unico programma di screening oncologico per il tumore della cervice uterina a fronte di una popolazione target pari a circa 85.000 donne.

Il programma è stato avviato a seguito di un'accurata analisi epidemiologica da cui è emerso che ogni anno in Italia ci sono circa 3700 nuovi casi di cervicocarcinoma con 1300 decessi. La sopravvivenza a 5 anni è condizionata dallo stadio della malattia al momento della diagnosi.

L'obiettivo perseguito, pertanto, è quello di pervenire ad una diagnosi precoce del cervicocarcinoma dell'utero nelle sue fasi pre-cliniche, asintomatiche, displasia (Hsil/Lsil) per poter intervenire tempestivamente ed ottenere così una guarigione completa della paziente.

Lo scopo ultimo è quello di ridurre la mortalità per cervicocarcinoma fino ad azzerarla; tale neoplasia è il secondo tumore per incidenza nella donna in Italia.

Il programma molisano è stato articolato in quattro fasi essenziali:

- reclutamento sulla base delle liste anagrafiche con spedizione della lettera a domicilio;
- diagnosi di I livello attraverso il pap test;
- diagnosi di II livello con colposcopia ed eventuale biopsia;
- trattamento terapeutico, ansa diatermica e follow-up.

Lo screening è organizzato con la modalità della chiamata attiva: tutte le donne molisane - di età compresa tra i 25 e i 64 anni - ricevono una lettera in cui, dopo una breve esposizione delle finalità del programma, sono invitate a recarsi presso un centro prelievo dove, in giorni ed orari stabiliti, saranno sottoposte ad un PAP-TEST che costituisce l'esame fondamentale di primo livello.

A tutte le donne che si sono sottoposte al pap test è inviata una seconda lettera in cui viene comunicato il referto dell'esame. Nel caso di negatività del pap -test le donne sono richiamate dopo tre anni. Le donne con

pap test “anormale” per alterazioni pre-cancerose della portio uterina (circa il 5% del totale), invece, sono invitate a sottoporsi all’esame colposcopico, che costituisce l’esame di secondo livello dello screening. Se l’esame bioptico eseguito sotto guida colposcopica conferma la presenza di displasia si esegue un trattamento mini – invasivo che permette l’asportazione chirurgica della lesione col ripristino della normalità del collo dell’utero, confermato dai successivi pap test di controllo.

A fine di migliorare la qualità del servizio e delle prestazioni erogate, si è perseguito l’obiettivo di convogliare le pazienti con diagnosi istologica positiva verso un unico centro di eccellenza; ciò attraverso il graduale accorpamento, peraltro ancora in corso, dei 4 centri di II livello esistenti (Campobasso, Isernia, Termoli, Agnone) in un unico centro di riferimento regionale per il trattamento con ansa diatermica dei CIN 2-3.

Come per ogni progetto intrinsecamente complesso che si propone obiettivi “alti” attraverso il coinvolgimento di molteplici figure professionali, fin dagli inizi si è palesata la necessità di una informatizzazione snella che rispondesse a requisiti di efficienza ed efficacia: in particolare si è perseguito l’obiettivo di dotare il centro organizzativo di un software gestionale caratterizzato da particolare versatilità ed appropriatezza che consentisse una particolare fluidità delle procedure di invito/risposta ed una strutturazione conforme ai criteri di valutazione e di qualità stabiliti dal GISCI.

Una delle maggiori criticità rilevabili è la percentuale di adesione al I° livello che si è attestata intorno al 30%. La partecipazione più contenuta delle donne molisane allo screening cervicale rispetto all’alta adesione caratterizzante lo screening mammografico è da ricondursi soprattutto alla peculiare distribuzione geografica delle utenti in fascia d’età. Se la disponibilità di un’unità mammografica mobile consente a tutte le molisane di eseguire la mammografia nel proprio comune di residenza, la concentrazione della popolazione regionale in comuni spesso assai distanti e non ben collegati alle sedi ambulatoriali ha costituito un deterrente assai penalizzante per l’adesione allo screening citologico. Queste le ragioni che, allo stato, inducono ad una attenta riflessione per la definizione di iniziative mirate per la realizzazione di una più incisiva campagna pubblicitaria, per la programmazione di incontri informativi territoriali con il coinvolgimento delle amministrazioni locali, per l’attivazione di percorsi formativi sulla comunicazione efficace nell’ambito della prevenzione rivolti a tutto il personale coinvolto nelle attività di I e II livello. L’adesione al II livello, invece, risulta decisamente apprezzabile, attestandosi a circa il 56%, delle utenti con pap test anormale.

Non si è riusciti a conseguire l’obiettivo della riduzione dei tempi di risposta per i negativi che rimane la principale criticità del programma molisano.

Per risolvere le criticità menzionate è necessario affinare un meccanismo che renda facili i percorsi giusti e difficili i percorsi sbagliati.

A tal fine sono state individuate due metodologie:

a) la c.d. «reingegnerizzazione», da attuarsi mediante la messa in rete di tutti i Centri di prenotazione regionali (Cup – pass) con il call – center di screening ed il completamento degli adempimenti di natura amministrativa necessari per convogliare le donne che ogni anno eseguono il pap test in maniera volontaristica con l’impegno, nell’ambito dello screening stesso; la reingegnerizzazione consentirebbe anzitutto la riduzione dei pap test inappropriati ovvero dei pap test negativi ripetuti prima dei tre anni dentro e fuori screening con sovraccarico per le Anatomie patologiche; inoltre, determinerebbe una maggiore disponibilità in termini di inviti per le c.d. *no – responders*.

b) In linea con le indicazioni contenute nel PNP e sulla base delle evidenze scientifiche emergenti verrà introdotto, con il PRP 2014-2018 l’utilizzo del TEST HPV come test di primo livello; tanto in considerazione del fatto che risulta ormai acclarata la maggiore sensibilità di questo test rispetto al pap–test convenzionale con minor numero di falsi positivi ed inadeguati.

La sostituzione del pap test con il test dell’HPV permette di anticipare la diagnosi di displasia individuando le donne che, avendo contratto l’infezione da HPV, sono in grado di sviluppare lesioni cancerose.

Il test HPV si posiziona come test di screening ancora più precoce rispetto al pap test poiché individua soggetti con rischio di malattia mentre il pap test seleziona soggetti con alterazioni citologiche già in atto.

Nella tabella che segue sono rappresentati i dati relativi all’attività di screening svolta negli anni 2011/2013

REGIONE MOLISE			
popolazione "target" 85.000 donne circa da sottoporre a screening in tre 3 anni	2011	2012	2013
INVITI AL I LIVELLO	13225	11971	14461
ADESIONI AL I LIVELLO	3706	3884	4458
INVITO ALLA COLPOSCOPIA	157	112	216
ADESIONE ALLA COLPOSCOPIA	47	24	46
INVITO AL TRATTAMENTO	7	5	8
ADESIONE AL TRATTAMENTO	3	0	8

#### INDICATORI

- 1) COPERTURA GEOGRAFICA: mantenimento dell'attuale tasso di copertura geografica del 100%;
- 2) COPERTURA DI POPOLAZIONE: incremento del tasso di copertura di popolazione attraverso la graduale sostituzione del pap –test tradizionale con l'invio a domicilio del kit per il test HPV. Risultati attesi: raggiungimento dell'indice di copertura c.d. "accettabile": > 65%;
- 3) ADESIONE ALL'INVITO: incremento del tasso di adesione attraverso la c.d. reingegnerizzazione del sistema così come sopra descritta. Risultati attesi: raggiungimento del tasso di adesione del 50%;
- 4) TASSO DI ADEGUATEZZA DEL TEST: riduzione del numero di test inadeguati mediante l'utilizzo del test HPV come test di screening primario. Risultati attesi: raggiungimento del tasso di inadeguatezza c.d. "accettabile": < 7%.

#### OBIETTIVI CENTRALI DEL P.N.P.:

- AUMENTARE L'ESTENSIONE REALE DEI PROGRAMMI DI SCREENING ALLA POPOLAZIONE "TARGET" PER CIASCUNA DELLE TRE NEOPLASIE OGGETTO DI SCREENING;
- AUMENTARE I SOGGETTI A RISCHIO SOTTOPOSTI A SCREENING ONCOLOGICO;
- RIORIENTARE/AVVIARE I PROGRAMMI DI SCREENING PER IL CANCRO ALLA CERVICE UTERINA CON L'INTRODUZIONE DEL TEST «HPV-DNA»;
- IDENTIFICARE PRECOCAMENTE I SOGGETTI A RISCHIO EREDO-FAMILIARE PER TUMORE ALLA MAMMELLA.

## II. Programma «La prevenzione delle malattie croniche non trasmissibili e le azioni in favore dei malati cronici».

Le considerazioni sopra riferite circa lo stato di salute della popolazione molisana evidenziano in modo assolutamente incontrovertibile che le malattie croniche non trasmissibili (MCNT) - malattie cardiovascolari, neoplasie, diabete e patologie respiratorie croniche costituiscono il principale problema regionale in tema di sanità pubblica.

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

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

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

### Sesso:

- Uomini 47%
- Donne 53%

### Età

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

### Professione

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

### Fumo

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

### Sovrappeso, obesità, sindrome metabolica

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

### Rischio cardiovascolare globale assoluto (Progetto Cuore)

**minore del 5%**

- 84% delle donne
- 47% degli uomini

**maggiore del 20%**

- <1% delle donne
- 9% degli uomini

### Pressione arteriosa

- Il 32% della popolazione riferisce di essere ipertesa. Di questi l'87% è in trattamento farmacologico, mentre solo il 33% segue una dieta iposodica

- Del 66% delle persone che non riferiscono di essere ipertese, solo il 15% ha una **pressione arteriosa** ottimale (inferiore a 120 mmHg per la massima e 80 mmHg per la minima); il 39% ha valori di pressione *border-line* e il 46% francamente elevati

#### **Colesterolemia**

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

#### **Glicemia**

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

Superando il concetto che esistono alimenti "buoni" e "cattivi", per comprendere meglio la situazione "reale" delle abitudini alimentari del campione in esame, è stato studiato come gli alimenti vengono aggregati "naturalmente" nella popolazione. I principali pattern dietetici così identificati nella popolazione molisana sono risultati associati a un differente rischio metabolico e cardiovascolare. Sulla base di ciò che ognuno sceglie per la propria alimentazione, sono stati identificati tre sottogruppi principali della popolazione. I soggetti che fanno un consumo elevato di olio di oliva, vegetali, legumi, frutta, zuppe e pesce presentano minore livello di rischio metabolico, rispetto a chi consuma elevate quantità di pasta, salsa di pomodoro, carni rosse, grassi animali e alcol, e a chi consuma uova, carni e salumi, burro e margarina, zucchero e dolci. È stato inoltre rilevato che i molisani più giovani stanno abbandonando le vecchie abitudini alimentari a beneficio di una alimentazione di tipo occidentale, a danno della propria salute (Moli-sani: Iacoviello-De Gaetano-Gianfagna, Campobasso 2009).

Le **malattie cardiovascolari** costituiscono in Regione Molise, come già evidenziato, la prima causa di morte ed i tassi standardizzati di mortalità superano quelli medi italiani; i progetti tematici del precedente PRP 2010-2013 hanno enucleato gli elementi di identificazione e valutazione dei fattori di rischio cardiovascolare e sulle attività di sensibilizzazione e formazione.

La raccolta di informazioni relative ai segni e ai sintomi delle più importanti patologie, segnatamente quelle cardiovascolari, permette la rilevazione delle patologie non diagnosticate e delle condizioni a rischio che in breve tempo possono portare a sviluppare una certa patologia: ad esempio, l'affanno o il dolore toracico dopo uno sforzo, l'ipertensione arteriosa, l'intolleranza glucidica e l'iperglicemia, la dislipidemia, condizioni che non vengono normalmente trattate con un ricovero ospedaliero, possono condurre in breve tempo all'infarto cardiaco. È possibile quindi ottenere informazioni sui potenziali primi episodi di ischemie cardiache, potenzialmente più pericolosi rispetto ai successivi, che pertanto necessitano maggiormente di essere identificati per poter intervenire in tempo sui relativi fattori di rischio; l'analisi dei dati riguardanti pressione arteriosa e dislipidemia hanno evidenziato come il livello individuale di consapevolezza dei propri livelli pressori, la percentuale di trattamento e l'efficacia del trattamento antipertensivo, erano ben al di sotto dei livelli attesi da una buona pratica clinica (Studio "Moli-sani").

L'attuale Piano vuole valorizzare ulteriormente il potenziale preventivo legato alla ricerca epidemiologica e l'attività formativa ed informativa all'interno di una Rete cardiologica regionale.

Come l'infarto del miocardio anche l'**ictus** è un'emergenza medica che dev'essere riconosciuta e trattata, nel più breve tempo possibile, in strutture idonee: le Stroke Unit. A tal proposito va sottolineato che più lungo è il tempo intercorso tra l'inizio dei sintomi ed il trattamento, maggiore sarà il danno determinato e minore la possibilità di recupero.

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

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

2010-2013 ha incluso una specifica azione per la prevenzione primaria della popolazione molisana a rischio di ictus e specificamente il segmento 65-80 anni, implementata dall'UOC di Neurologia dell'ASREM; nel 2012 è stata altresì avviata dall'IRCCS Neuromed di Pozzilli una ulteriore iniziativa, finanziata nell'ambito della programmazione CCM 2011, e precisamente il progetto "RE.MOL.IC." per la costruzione di una REte MOLisana dell'Ictus Cerebrale; tale progetto ha raccolto attorno all'IRCCS Neuromed, capofila, tutti i soggetti molisani interessati al tema (Università del Molise, Servizio di Emergenza Territoriale 118, ASREM e Direzione Generale per La Salute della Regione Molise), in collaborazione con l'IRCCS Mondino di Pavia e la Direzione Generale della Prevenzione - CCM del Ministero della Sanità. Le due iniziative, pur presentando aspetti comuni, non sono del tutto sovrapponibili, mantenendo ciascuna aspetti di originalità. La programmazione 2014-2018 deve muoversi nell'ottica dell'integrazione delle esperienze maturate che sono molteplici; ci si riferisce allo screening di popolazione, alla definizione dei fattori predisponenti, alle campagne informative sulla malattia e sul riconoscimento dei sintomi iniziali, al ruolo determinante di un rapido intervento del 118, al protocollo per la gestione della fase di preospedalizzazione, all'esperienza della Stroke Unit e ai vantaggi e limiti della terapia trombolitica, alla riabilitazione post-ictus e ai suoi risultati sempre più significativi, alla implementazione di un database (Stroke Registry) regionale e, più in generale alla rete con i MMG e alle strutture dedicate sul territorio per il follow up dei pazienti.

In particolare la messa a regime di un database regionale (Stroke Registry), consentirebbe lo screening dei soggetti a rischio ed il monitoraggio clinico, dalla fase acuta sino al rientro a domicilio, dei pazienti affetti da ictus cerebrale. La condivisione e integrazione di un tale strumento nel contesto del Sistema Sanitario Regionale, metterebbe a disposizione di tutti gli operatori, coinvolti nei percorsi del paziente affetto da ictus, un sistema informativo epidemiology-based in grado di fornire una valutazione dei bisogni di popolazione strettamente vicina alla realtà territoriale.

Il **diabete** costituisce, per la sanità regionale molisana, una emergenza assoluta; si è avuto modo di evidenziare che nella regione Molise i diabetici sono circa 23.000 cui, secondo recenti stime, vanno aggiunti altri 8.000 molisani che hanno il diabete ma ne sono inconsapevoli e pertanto non si curano; questi dati, in rapporto alla popolazione residente in Regione, portano a concludere che con il "problema diabete" convive ben oltre il 9% della popolazione regionale e la stima, purtroppo è destinata a repentini innalzamenti.

Con DGR 9 gennaio 2014, n. 9 è stato approvato il "Piano per la Malattia diabetica", in recepimento dell'Accordo Stato-Regioni 6 dicembre 2012 - Rep. Atti n. 233/CSR; l'esperienza del precedente Piano 2010-2013, che includeva un programma dedicato alla malattia diabetica articolato in tre interventi distinti e coordinati, ha evidenziato la assoluta necessità di realizzare una vera e propria rete diabetologia regionale. E' inoltre necessario procedere alla definizione di percorsi assistenziali che garantiscano l'appropriatezza dell'offerta, con particolare riguardo al regime di ricovero ordinario o Day Hospital; inoltre l'azione deve essere orientata nel senso di una maggiore condivisione dei protocolli di lavoro con i MMG ed è essenziale il coinvolgimento delle Associazioni dei malati molto attive nel territorio regionale.

Il PNP 2014-2018 evidenzia come sia ormai condiviso a livello internazionale che l'**allattamento al seno** previene l'obesità, i problemi cardiovascolari, la SIDS (sindrome da morte improvvisa del lattante), protegge dalle infezioni respiratorie, riduce il rischio di sviluppare allergie, migliora la vista, lo sviluppo psicomotorio ed intestinale, riduce il rischio di occlusioni, l'incidenza e la durata di gastroenteriti, previene l'osteoporosi e alcuni tipi di neoplasie materne.

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

L'assenza di un monitoraggio nella Regione Molise sull'allattamento al seno sia come avvio che come durata non permette di acquisire un dato epidemiologico giudicato essenziale per la salute della popolazione dall'OMS e dal Ministero della Salute.

Il Piano operativo 2014-2018 provvederà a delineare le seguenti azioni: a) definizione di una policy aziendale da parte del Direttore Generale dell'ASREM relativa all'allattamento al seno; b) implementazione di un percorso di formazione di tutto il personale sanitario operante nei reparti di Maternità e nei Servizi Consultoriali, nonché dei pediatri di famiglia; c) promozione dell'allattamento esclusivo al seno attraverso la costituzione in tutti i punti nascita di un "Ambulatorio di consulenza per l'allattamento al seno"; d) implementazione dei rapporti di collaborazione con l'Università del Molise per la specifica formazione universitaria (medici, ostetriche, infermieri); e) monitoraggio regionale sull'allattamento al seno dei neonati

dimessi dalle Maternità e in occasione delle prime due sedute vaccinali; f) acquisizione del dato epidemiologico relativo all'allattamento al seno nei primi 180 giorni di vita del bambino con il coinvolgimento di almeno l'80% delle gravide e delle puerpere della Regione Molise, prioritariamente le primipare.

**OBIETTIVI CENTRALI DEL P.N.P.:**

- AUMENTARE L'OFFERTA DI APPROCCIO COMPORTAMENTALE O FARMACOLOGICO PER LE PERSONE CON FATTORI DI RISCHIO PER LE MCNT;
- SVILUPPARE PROGRAMMI PER PROMUOVERE E DIFFONDERE LA PRATICA DELL'ESERCIZIO FISICO, ANCHE ATTRAVERSO LA PRESCRIZIONE, NELLE PERSONE CON PATOLOGIE CRONICHE;
- STESURA E REALIZZAZIONE DI UN PIANO DI AZIONE INTERSETTORIALE DI PROMOZIONE DELLA SALUTE NEI DIVERSI AMBITI;
- RIDURRE IL NUMERO DEI FUMATORI ED ESTENDERE LA TUTELA DAL FUMO PASSIVO;
- RIDURRE IL CONSUMO DI ALCOL A RISCHIO;
- AUMENTARE IL CONSUMO DI FRUTTA E VERDURA;
- RIDURRE IL CONSUMO ECCESSIVO DI SALE;
- AUMENTARE L'ATTIVITA' FISICA DELLE PERSONE;
- PROMUOVERE IL POTENZIAMENTO DEI FATTORI DI PROTEZIONE (LIFE SKILL, EMPOWERMENT) E L'ADOZIONE DI COMPORTAMENTI SANI (ALIMENTAZIONE, ATTIVITA' FISICA, FUMO E ALCOL) NELLA POPOLAZIONE GIOVANILE ED ADULTA;
- AUMENTARE I BAMBINI IN ALLATTAMENTO MATERNO ESCLUSIVO FINO AL SESTO MESE.

### III. Programma «Screening audiologico ed oftalmologico neonatale ».

#### Screening, terapia e riabilitazione dei neonati affetti da disturbi congeniti dell'udito.

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).

Nell'alveo dell'esperienza maturata con il precedente Piano, la programmazione 2014-2018 individua i seguenti due obiettivi:

1. Identificazione e trattamento tempestivo dei deficit uditivi congeniti e acquisiti in epoca perinatale e neonatale;
2. Creazione di una banca dati.

Lo screening universale regionale riguarda tutti i neonati molisani (2.200 circa ogni anno) con il coinvolgimento dei tre Punti nascita ancora operativi: Campobasso (centro di II livello); Termoli e Isernia (centri di I livello).

Dal 1 giugno 2011 al 31 dicembre 2013. Sono stati testati mediante otoemissioni della funzionalità cocleare (TEOAE) in totale 5564 neonati: 2870 presso il punto nascita di Campobasso, 1055 presso quello di Isernia e 1639 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 maggiore del 95%. Dei 5564 screening eseguiti 541 sono risultati patologici al primo controllo (refer bilaterale o refer dx o sx), pari al 9,7% del totale.

Dei 541 neonati: 455 sono risultati normali (Pass bilaterale) al secondo controllo; 49 non sono tornati al controllo; 37 sono risultati essere refer effettivi anche al secondo e terzo controllo. La percentuale di refer effettivi è risultata essere quindi dello 0,66% sul totale dei neonati screenati e del 6,83% dei neonati risultati patologici al primo controllo.

Dei 37 neonati risultati refer effettivi, 20 hanno già eseguito i potenziali evocati uditivi del tronco (ABR) con risultato nella norma, 5 non sono tornati a controllo mentre in 12 pazienti anche gli ABR hanno dato esito negativo e per tal motivo sono stati inviati presso centri di secondo livello per la prosecuzione del percorso diagnostico.

Infine i potenziali uditivi evocati (ABR), oltre che sui neonati refer effettivi, sono stati eseguiti anche su altri 53 neonati con importanti fattori di rischio (prematuroità estrema, peso alla nascita < 1500 gr) risultando sempre non patologici.

Più del 95 % dei neonati molisani è stato screenato con il TEOAE entro i primi 15 giorni di vita, tutti i test da ripetere sono stati ripetuti nel primo mese di vita e i casi refer bilaterali o monolaterali al secondo controllo hanno eseguito gli ABR. In caso di refer anche in quest'ultimo caso i pazienti sono stati inviati al centro ORL di secondo livello per un corretto inquadramento diagnostico.

#### Prevenzione della ipovisione e cecità nei soggetti nati pretermine

Il nuovo Piano operativo 2014-2018 ripropone l'azione di prevenzione della ipovisione e cecità nei soggetti nati pretermine per la diagnosi precoce e l'avvio alla terapia dei bambini affetti da retinopatia del prematuro (ROP). Nella Regione Molise, nel periodo 2011-2013 sono stati screenati i neonati pretermine con peso  $\leq$  1500 GR o comunque di età gestazionale  $\leq$  33 settimane, oltre a tutti i nati tra la 33ma e la 36ma settimana con fattori di rischio.

La prima visita è stata eseguita dalla 29ma alla 44ma settimana di età postconcezionale, con intensificazione della sorveglianza tra la 34ma e la 42ma settimana postconcezionale, epoca di maggiore frequenza della comparsa della ROP.

Le visite successive sono state fatte ogni 15 giorni fino alla completa vascolarizzazione della retina.

Nel periodo compreso dal 01-06-2011 al 31-12-2013 sono stati sottoposti a visita oculistica circa 240 neonati, di cui 40 a termine e 200 pretermine, con un numero totale di visite oculistiche pari a 300.

Di tutti i neonati screenati nessuno è stato inviato da altri centri di riferimento regionali; 10 neonati sono stati *autborn*, i restanti *inborn*.

Nessuno dei bambini è stato avviato al trattamento chirurgico o ad altro centro extra regionale.

Dei neonati a termine, 25 neonati sono stati sottoposti a visita oculistica per sospetta infezione da TORCH, 5 neonati per asfissia alla nascita, i restanti per presenza di fattori di rischio aggiuntivo.

Il nuovo Piano, pertanto, si muoverà nel senso del consolidamento e sviluppo degli screening neonatali già ricompresi nel precedente PRP.

Verrà valutata la possibilità di implementazione della sorveglianza audiologica 0-36 mesi da parte dei PLS.

#### OBIETTIVI CENTRALI DEL P.N.P.:

- EFFETTUARE LO SCREENING AUDIOLOGICO NEONATALE IN TUTTI I PUNTI NASCITA;
- EFFETTUARE LO SCREENING OFTALMOLOGICO NEONATALE IN TUTTI I PUNTI NASCITA.

#### IV. Programma «Scuola, salute e benessere».

Lo studio HBSC ha la possibilità di monitorare variabili molto importanti in un momento centrale dello sviluppo dell'individuo, basandosi sull'auto-percezione del proprio stato di salute e del proprio benessere fisico e psichico da parte dei ragazzi, più che sulla frequenza di malattia: la percentuale dei ragazzi molisani che riferiscono una salute eccellente è inferiore a quella nazionale (34,5% vs 42,5) con significative differenze di genere (maschi 42%, femmine 26%).

L'ambiente scolastico, che i ragazzi frequentano per almeno 9-10 anni della loro vita, trascorrendovi 6-8 ore al giorno, ha la stessa valenza di quello che per gli adulti è l'ambiente di lavoro.

L'ambiente o il clima psicosociale scolastico è stato quasi sempre analizzato al fine di aumentare il rendimento scolastico, ma può rivelarsi di grande interesse anche per quanto riguarda i riflessi sulla salute dei giovani.

Considerando i dati di letteratura, i ragazzi che hanno un rapporto difficoltoso con la scuola sono maggiormente esposti al rischio di incorrere in problematiche relazionali, soprattutto con i coetanei, ed adottano con maggiore frequenza comportamenti rischiosi per la salute.

Fra i ragazzi che hanno partecipato allo studio HBSC, hanno risposto "mi piace molto la scuola" il 14,3% dei ragazzi molisani rispetto al 16% a livello nazionale con un maggiore gradimento del genere femminile rispetto a quello maschile (18,8% vs 13,2%)e).

Per quanto riguarda il fenomeno del bullismo, riferiscono di aver subito atti di bullismo "almeno due volte negli ultimi due mesi", il 2,4% delle femmine e il 4,2% dei maschi, valori sovrapponibili a quelli nazionali (femmine 2,4% - maschi 4,6%).

**Stato nutrizionale ed abitudini alimentari:** la considerazione che i comportamenti alimentari acquisiti nell'adolescenza sono abitualmente mantenuti da adulti, con possibili ricadute sulla prevenzione di malattie sia a medio che a lungo termine, induce a ritenere di fondamentale importanza la conservazione di stili alimentari salutari eventualmente appresi nell'infanzia e la modifica dei comportamenti scorretti, la cui adozione è facilitata in tale epoca della vita in seguito al confronto con il gruppo dei pari.

Il 24,1 % degli adolescenti molisani risulta in eccesso ponderale, rispetto alla media nazionale del 21% ed il Molise si colloca al secondo posto per percentuale di soggetti sovrappeso-obesi dopo la Campania. Tale fenomeno è particolarmente evidente per il genere maschile e, fra le ragazze, per la fascia d'età delle quindicenni (dati regionali HBSC).

Il 44,4 % degli adolescenti consuma frutta almeno una volta al giorno rispetto ad una media nazionale del 41,6%. Solo il 10%, invece, mangia verdura almeno una volta al giorno, valore sensibilmente inferiore a quello nazionale (20,3%). Le percentuali di consumo di entrambi gli alimenti sono superiori fra le ragazze per tutte le fasce di età.

**Sport e tempo libero:** per attività fisica non si intende solo la pratica di sport organizzati e regolarmente praticati, ma l'insieme dei movimenti del corpo che favoriscono il dispendio di energia quali: camminare di buon passo, giocare, andare in bicicletta, fare le pulizie, ballare o salire le scale.

Uno stile di vita attivo, appropriato all'età e alle condizioni psicofisiche dell'individuo è fonte di benessere fisico, mentale e sociale. L'attività fisica moderata e costante rappresenta un fattore sia di prevenzione delle malattie sia di promozione della salute e della qualità della vita.

Solo il 6,4% degli adolescenti pratica attività fisica per almeno 60 minuti al giorno, valore che rappresenta il livello minimo auspicabile in età evolutiva..

Tale percentuale è lievemente inferiore a quello della media italiana (7,6%), tenendo conto che in nessuna regione d'Italia e in nessuna delle tre fasce di età, la proporzione di giovani che svolge una quota adeguata di attività fisica raggiunge i livelli medi osservati nei coetanei dello studio internazionale HBSC.

Per quanto riguarda la sedentarietà e in particolare il "tempo libero passato davanti al televisore per almeno 2 ore al giorno nei giorni di scuola", le percentuali regionali (54,9%) sono in linea con il dato nazionale (55,3%)..

Pienamente sovrapponibile a quello nazionale è anche il dato relativo all'uso di videogiochi per almeno due ore al giorno (33,1% sia a livello regionale che nazionale)

Usano il computer, infine, per chattare, navigare su internet, ricevere e-mail, fare i compiti ecc per almeno due ore al giorno il 41,4% delle ragazze e il 35% dei ragazzi.

Sarà molto interessante confrontare quest'ultimo dato con quello che si otterrà dalla rilevazione nel periodo di vigenza nel nuovo P.N.P., considerata la ormai larga disponibilità di cellulari e tablet collegati ad internet e l'incredibile sviluppo dei social network fra gli adolescenti.

**Comportamenti a rischio:** una vasta gamma di comportamenti che implicano un rischio per la salute contribuiscono a determinare problemi sociali, disabilità e decessi in età adolescenziale. Tali comportamenti, spesso acquisiti durante la prima adolescenza, includono il fumo di sigaretta, l'alcol, la mancanza dell'uso del

casco e l'abuso di sostanze stupefacenti. L'iniziazione dei giovani al fumo e all'utilizzo di altre sostanze avviene per lo più nell'ambito del gruppo che, a questa età, acquisisce sempre maggiore importanza. Tra i ragazzi coinvolti nello studio HBSC, il numero di fumatori tende a crescere all'aumentare dell'età ed è maggiore nel genere maschile. La percentuale di coloro che fumano almeno una volta al giorno risulta maggiore della media nazionale ed il Molise si colloca tra le regioni a più largo consumo di tabacco (10,7% vs 7,2%). Nella fascia di età dei quindicenni, i valori regionali, per entrambi i generi, sono significativamente superiori a quelli nazionale (femmine 25,6% vs 19,5%; maschi 29,4% vs 19,1%)

Il consumo di alcol è in crescita tra gli adolescenti, in una fase della loro vita in cui essi tendono a provare varie esperienze in modo a volte poco selettivo, nel tentativo di misurare, e spesso superare, i confini del proprio «territorio». I fenomeni di consumo di alcol hanno un impatto negativo sia sulla sfera della salute con conseguenze immediate, come la mortalità per incidenti, o a lungo termine come le patologie tumorali, sia in quella sociale come disordini relazionali e problemi economici. Analogamente a quanto avviene a livello nazionale, la proporzione di giovani che bevono alcolici con frequenza almeno settimanale aumenta, sia nei maschi che nelle femmine, fra gli undici e i quindici anni; il maggior incremento si verifica nel passaggio fra i tredici e i quindici anni ed interessa maggiormente il genere maschile, rispetto a quello femminile. A quindici anni il 21,5% delle ragazze e ben il 48,8% dei ragazzi dichiara di consumare alcol almeno una volta a settimana. I valori sono leggermente inferiori alla media nazionale nel genere femminile (valore Italia 23,9 %) e superiori alla stessa in quello maschile (valore Italia 40,2%). La percentuale dei quindicenni che ha sperimentato l'ubriachezza in maniera non episodica (due o più volte) eccede la media italiana del 70% per quanto riguarda i maschi (34,2% vs 16,6%) mentre nelle femmine è solo lievemente superiore alla stessa (12,9% vs 10,7%). Più della metà dei quindicenni maschi (53,8% ha sperimentato il *binge drinking* (consumo di 6 più unità alcoliche in un'unica occasione.)

Relativamente al consumo di sostanze stupefacenti, hanno dichiarato di aver consumato cammabis almeno una volta nella vita il 23,4% dei maschi (dato italiano: 21,9%) e l'11,2% delle femmine (dato italiano:11,7%)

La percentuale di quindicenni che hanno avuto rapporti sessuali completi (30,2%) eccede la media nazionale (21,9%), con una netta differenza di genere (maschi 35,4% vs femmine 24,2%).

Il Piano operativo regionale declinerà, nell'ambito del Programma «Scuola-Salute-Benessere» specifiche azioni intersettoriali di promozione della salute, per il potenziamento dei fattori di protezione (life skill, empowerment) e l'adozione di comportamenti sani

#### OBIETTIVI CENTRALI:

- RAFFORZARE LE CAPACITA' DI RESILIENZA E PROMOZIONE DEI PROCESSI DI EMPOWERMENT PERSONALI E SOCIALI;
- IDENTIFICARE TEMPESTIVAMENTE I SOGGETTI CON PROBLEMI EMOZIONALI E/O COMPORTAMENTALI E DI DISAGIO SOCIALE.

## V. Programma «Prevenzione delle dipendenze».

Con D.M. Salute 11 giugno 2010 é stato istituito il Sistema Informativo Nazionale per le Dipendenze (SIND); la Regione Molise, con deliberazione di Giunta Regionale 2 ottobre 2012 ha approvato il «Piano d'azione regionale sulle dipendenze 2012-2015» che, tra l'altro, prevede la istituzione di un Osservatorio regionale sulle dipendenze patologiche.

L'Osservatorio Regionale sulle Dipendenze Patologiche é stato istituito con D.G.R. 13 agosto 2013, n. 396 ed é costituito da Funzionari della Direzione Generale per la salute della Regione Molise, Responsabili dei SerT, Responsabili di Comunità terapeutiche accreditate, Direttore dei Servizi sociali per i Minorenni, Rappresentanti delle due Prefettura, delle Forze dell'Ordine, dell'Ufficio Scolastico Regionale, delle Associazioni dei familiari dei tossicodipendenti e quelle degli alcolisti; tra le funzioni dell'Osservatorio v'é quella di sostegno alla politica sanitaria regionale in materia di prevenzione e contrasto alla diffusione del fenomeno della dipendenza da sostanze stupefacenti e psicotrope nonché dei comportamenti di abuso e di valutazione dell'efficacia delle misure adottate.

Oltre ai dati dello Studio HBSC, il fenomeno deve essere letto e compreso anche alla luce dei dati dei SerT: nell'anno 2014 risultavano in terapia presso i SerT 280 pazienti per dipendenza da sostanze illegali e 105 per dipendenza alcolica e problemi ad essa correlati; non é ben definito, ma sicuramente cospicuo, il numero di molisani che preferisce rivolgersi a strutture extraregionali per motivi di riservatezza in ragione della intuibile carica di stigmatizzazione sociale del problema; la fascia di età più colpita risulta essere quella «18-30 anni» per quel che riguarda le droghe: le sostanze più usate risultano essere i cannabinoidi, stimolanti quali l' *ecstasy* e anfetamine, crack ed eroina. Per quanto concerne l'alcol, la fascia di età più colpita risulta essere quella «40-50 anni» ma é in costante aumento il numero di ragazzi di 15-17 anni presi in cura dal SerT in esito a provvedimenti del Tribunale per i minorenni.

Il Consiglio regionale della Regione Molise, con deliberazione n. 320 assunta in esito alla seduta dell'11 novembre 2014 ha approvato un ordine del giorno avente ad oggetto «Misure da adottare per contrastare il fenomeno della tossicodipendenza ed il consumo di alcol in Molise» tra le quali si indicano la realizzazione degli obiettivi richiamati con la DGR 396/2013 istitutiva dell'Osservatorio Regionale sulle Dipendenze Patologiche, il potenziamento delle Strutture, l'implementazione di appropriate campagne informative ed efficaci azioni di prevenzione e contrasto.

L'Intesa sul PNP 2014-2018 evidenzia come, da alcuni anni, accanto allo scenario di uso di sostanze (droghe, psicofarmaci, alcol, tabacco), si vanno profilando problematiche diverse nelle manifestazioni cliniche ma correlate sul piano psicopatologico; si tratta delle cosiddette dipendenze *sine substantia*. Si tratta di quadri clinici che hanno in comune con la dipendenza da sostanze il comportamento compulsivo che produce gravi effetti invalidanti: tra questi quello con maggiore espansione é il gioco d'azzardo patologico (GAP).

L'ICD-10 (International Classification Disease) dell'OMS ha inserito il GAP tra i «disturbi delle abitudini e degli impulsi»; la stima di persone affette da GAP é molto difficile a causa della variabilità dei criteri diagnostici e del non riconoscimento del problema da parte dei soggetti coinvolti.

L'Italia, stando agli ultimi dati forniti dall'Istituto di Fisiologia Clinica (IFC) del CNR di Pisa con l'indagine Ipsad-Italia 2010-2011, rivolta alla popolazione di 15-64 anni, appare un Paese diviso in due: rispetto alla media nazionale (47%) si gioca di più nelle regioni del Centro-Sud, dove il primato spetta a Campania e Molise (57%), seguite da Calabria e poi Lazio, Sicilia, Puglia e Abruzzo. Le regioni dove invece si gioca meno sono quelle del Nord: Emilia Romagna (41%), Trentino Alto Adige (42%), Liguria e Veneto (44%). Lo studio in questione precisa, altresì, che l'alta prevalenza di giocatori non equivale necessariamente a soggetti dipendenti dal gioco: nelle regioni meridionali anche se il gioco d'azzardo é più diffuso, si registrano quote inferiori di scommettitori con profilo a rischio; dove invece si azzarda di meno, come in Friuli Venezia Giulia, la quota di *gambler*, ossia dei giocatori compulsivi, é assai più sostenuta (8%); unica eccezione é il Molise che riporta la percentuale più alta di *gambler* (13%); sempre in Molise, inoltre, si riscontra la maggioranza di giocatori che tiene nascosta l'attitudine e l'entità delle giocate ai propri familiari (12%) (Fonte: CNR - Almanacco Socioeconomico).

Nel Piano operativo del PRP 2014-2018, attesa l'evidente gravità del fenomeno nel Molise, verranno implementate azioni di contrasto anche alla ludopatia, con il coinvolgimento attivo dei SerT.

OBIETTIVO CENTRALE: AUMENTARE LA PERCEZIONE DEL RISCHIO E L'EMPOWERMENT DEGLI INDIVIDUI.

## VI. Programma «Prevenzione degli incidenti stradali».

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

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

Province	ANNO 2013			ANNO 2012			Variazioni % 2013-2012		
	Incidenti	Morti	Feriti	Incidenti	Morti	Feriti	Incidenti	Morti	Feriti
Campobasso	369	18	586	407	12	669	-9,3	50,0	-12,4
Isernia	138	8	214	174	7	287	-20,7	14,3	-25,4
<b>MOLISE</b>	<b>507</b>	<b>26</b>	<b>800</b>	<b>581</b>	<b>19</b>	<b>956</b>	<b>-12,7</b>	<b>36,8</b>	<b>-16,3</b>
<b>ITALIA</b>	<b>181.227</b>	<b>3.385</b>	<b>257.421</b>	<b>188.228</b>	<b>3.753</b>	<b>266.864</b>	<b>-3,7</b>	<b>-9,8</b>	<b>-3,5</b>

*Incidenti stradali, morti e feriti per Provincia - MOLISE Anni 2013-2012 (Fonte ISTAT - Focus 5 dicembre 2014)*

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

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

**Le strade più a rischio:** Nel 2013 il maggior numero di incidenti si è verificato sulle strade urbane dove i 287 incidenti rilevati (pari al 56,6% del totale degli incidenti) hanno provocato tre morti (11,5% del totale) e 417 feriti (52,1%); sul tratto autostradale gli incidenti sono stati 11 (2,2% del totale) con una vittima (3,8% del totale) e 15 feriti (1,9% del totale) mentre sulle "altre strade" gli incidenti sono 209 (41,2% del totale) e hanno causato 22 decessi (84,6%) e 368 feriti (46%). In queste ultime avvengono gli incidenti più gravi, con 10,5 decessi ogni 100 incidenti, e si ha il maggior indice di lesività (176,1 feriti per 100 incidenti) (Prospetto 5 e Figure 4 e 5). A livello nazionale si rileva una quota superiore di incidenti su strade urbane (75,3%) ma un minore indice di lesività (135,4%) e una percentuale inferiore di incidenti rilevati sulle "altre strade" (19,6%).

**Il periodo più a rischio:** La maggiore concentrazione degli incidenti si è avuta nei mesi che vanno da giugno a novembre, dove si registra il 58,4% del totale degli incidenti, con valori massimi nel mese di giugno (11,6%) e nel mese di novembre (11%). Il 77,5% degli incidenti ha luogo tra le 8 del mattino e le 20. La tendenza è alla crescita a partire dalle 9 e nelle fasce orarie nella quali si effettuano gli spostamenti casa-lavoro e casa-scuola. Il numero degli incidenti rimane elevato durante tutta la giornata con due picchi significativi: un primo picco si osserva tra le 9 e le 10 del mattino e un secondo tra le 18 e le 19 in corrispondenza dei tragitti casa-lavoro e lavoro-casa. La punta massima di incidentalità si registra, tuttavia, nel pomeriggio, tra le 18 e le 19, ora di punta per l'aumento del traffico legato agli spostamenti dal luogo di lavoro verso l'abitazione.

Mentre gli incidenti nel complesso si concentrano nelle ore diurne, gli incidenti mortali sono prevalenti nelle ore notturne: l'indice di mortalità raggiunge il valore massimo (28,6 decessi ogni 100 incidenti) nella fascia tra le 23 e le 24. Associando le informazioni sul giorno della settimana e la fascia oraria, si evidenzia l'alta pericolosità del venerdì e del sabato notte in cui si concentra il 45,9% degli incidenti notturni; analogamente, i morti e i feriti del venerdì e del sabato notte sono, rispettivamente, il 33,3% e il 44,4% del totale dei morti e dei feriti nelle ore notturne.

Nell'ambito dei **comportamenti errati di guida**, la guida distratta, il mancato rispetto delle regole di precedenza e la velocità troppo elevata sono le prime tre cause di incidente (escludendo il gruppo residuale delle cause di natura imprecisata). I tre gruppi costituiscono complessivamente il 36,8% dei casi. Da evidenziare anche il mancato rispetto della distanza di sicurezza (85 casi) con un peso dell'11%. Il comportamento scorretto del pedone (23 casi) pesa per il 3% sul totale delle cause di incidente. Con riferimento alla categoria della strada, la prima causa di incidente sulle strade urbane è il mancato rispetto delle regole di precedenza o semaforiche (19,2%) mentre sulle strade extraurbane la determinante principale è la guida distratta o l'andamento indeciso (pari al 17,2%); segue la guida con velocità troppo elevata (pari al 11,9%)

Quanto alle **persone coinvolte**, si osserva che negli incidenti stradali occorsi in Molise nel 2013 sono rimaste ferite 800 persone e altre 26 sono morte. Gli uomini prevalgono rispetto alle donne sia tra i feriti (57,4%) che tra le persone decedute: 21 delle 26 vittime sono uomini, l'80,8% del totale. L'analisi per categoria di utente evidenzia che il 61,5% delle vittime e il 65% dei feriti in incidenti stradali è costituito dai conducenti dei veicoli coinvolti; le persone trasportate rappresentano il 30,8% dei morti e il 28,1% dei feriti; i pedoni sono il 7,7% dei deceduti e il 6,9% dei feriti. La distinzione per genere mostra che tra i maschi deceduti in incidente stradale il 71,5% era conducente di un veicolo coinvolto; la percentuale scende al 20% per le femmine.

Le differenze nei livelli di rischio per le tre categorie di utenti della strada possono essere efficacemente sintetizzate dall'indice di gravità specifico che, nel 2013, è pari a 3% per i conducenti, 3,4% per i passeggeri e 3,5% per i pedoni.

Tra i conducenti deceduti a seguito di incidente stradale i più colpiti sono gli ultrasessantacinquenni (18,8% del totale). Tra i conducenti infortunati a seguito di incidente stradale i più coinvolti sono i giovani tra i 20-24 anni (11,5% del totale), seguiti dai 35-39enni (11,3%) - (*Fonte ISTAT - Focus 5-12-2014*).

Il fenomeno degli incidenti stradali nella Regione continua ad avere un impatto molto significativo sociale e sanitario, nonostante un trend di progressiva dei tassi e degli indici di mortalità; la prevenzione dei comportamenti a rischio era e rimane un obiettivo prioritario in quanto i fattori comportamentali risultano tra i determinanti principali dell'incidentalità; si intende, pertanto, proseguire l'esperienza di azioni mirate già implementata con i Piani regionali del 2005 e del 2010 sia sul piano della promozione di comportamenti di guida responsabile, sia su quello della prevenzione e contrasto di comportamenti connessi all'uso di sostanze psicoattive.

#### OBIETTIVI CENTRALI:

- RIDURRE IL NUMERO DI DECESSI PER INCIDENTE STRADALE;
- RIDURRE IL NUMERO DI RICOVERI PER INCIDENTE STRADALE;
- AUMENTARE I SOGGETTI CON COMPORTAMENTI CORRETTI ALLA GUIDA.

## VII. Programma «Prevenzione degli incidenti domestici».

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

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

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

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

I gruppi di popolazione maggiormente colpiti sono stati quelli che trascorrono maggior tempo a casa: donne (incidenza 68,0 casi per 1.000 abitanti vs. 30,4 negli uomini), anziani (incidenza 97,2 età 75 anni ed oltre; 66,0 età 65-74) e bambini in età pre-scolare (incidenza 62,4 per 1.000 abitanti anno). Le casistiche più frequenti riguardano donne anziane (28,2% dei casi, donne di 65 anni ed oltre), donne adulte (15,9%, donne di 25-64 anni) e uomini anziani (9,6%, uomini con 65 e più anni). Relativamente alle dinamiche di incidente le cause più comuni sono le cadute (28,4% degli incidenti), utensili o attività legate alla cucina (33%); tra gli utensili impiegati in cucina quelli che causano più frequentemente lesioni sono i coltelli che soli determinano il 12,8% di tutti gli incidenti.

Sin dal 2006 (PRP 2005-2007) è stato avviato in Regione un importante percorso per la prevenzione degli incidenti domestici che si è tradotto nella creazione di una banca dati/anagrafe degli incidenti domestici e nell'avvio di iniziative mirate di comunicazione e la formazione/educazione sanitaria soprattutto diretta alle età estreme (anziani ultrasessantacinquenni e bambini con età inferiore a 4 anni), che sono quelle percentualmente più a rischio per tale infortuni.

In armonia con le indicazioni del PNP 2014-2018 verranno sviluppate le azioni avviate con i precedenti Piani del 2005 e del 2010 con ulteriori campagne di formazione/educazione sanitaria anche per la conoscenza del fenomeno

degli avvelenamenti in ambiente domestico. Verranno riproposte iniziative per aumentare il livello di attività fisica negli ultra 64enni.

**OBIETTIVI CENTRALI:**

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

## VIII. Programma «Infortuni sul lavoro e malattie professionali».

La programmazione delle attività di prevenzione, con riferimento al mondo del lavoro, deve necessariamente fondarsi su una conoscenza approfondita del contesto produttivo regionale, dell'andamento infortunistico in rapporto a ciascun settore, della mortalità e delle patologie professionali e lavoro correlate; l'anno 2012 ha fatto registrare, in Regione, una significativa flessione degli infortuni denunciati all'INAIL, pari al -6,2% rispetto al 2011, con un numero di casi pari a 2.495 rispetto ai 2.661 dell'anno precedente.

Il dato deve essere necessariamente compreso e valutato alla luce della grave crisi occupazionale e produttiva degli ultimi anni che, rispetto alla media nazionale, ha inasprito i propri effetti proprio sulle regioni meridionali.

INFORTUNI DENUNCIATI NELLA REGIONE MOLISE - SETTORI DI ATTIVITÀ: ANNI 2007 - 2012

Settore di attività	2007	2008	2009	2010	2011	2012
<b>AGRICOLTURA</b>	<b>730</b>	<b>671</b>	<b>680</b>	<b>613</b>	<b>552</b>	<b>513</b>
<i>Variazione percentuale (%) su anno precedente</i>		- 8,0	1,3	- 9,8	- 9,9	- 7,0
<i>Variazione percentuale (%) su 2007</i>		-8,0	- 6,3	-16,0	- 24,3	- 29,7
<b>INDUSTRIA E SERVIZI</b>	<b>2.932</b>	<b>2.755</b>	<b>2.452</b>	<b>2.256</b>	<b>1.950</b>	<b>1.831</b>
<i>Variazione percentuale (%) su anno precedente</i>		- 6,0	- 11,0	- 8,0	- 13,5	- 6,1
<i>Variazione percentuale (%) su 2007</i>		-6,0	- 16,3	-23,0	- 33,8	- 37,5
<b>GESTIONE PER CONTO DELLO STATO</b>	<b>142</b>	<b>157</b>	<b>189</b>	<b>159</b>	<b>159</b>	<b>151</b>
<i>Variazione percentuale (%) su anno precedente</i>		10,5	20,3	- 15,8	0,0	- 5,0
<i>Variazione percentuale (%) su 2007</i>		10,5	33,1	11,9	11,9	6,3
<b>Totale Regione MOLISE</b>	<b>3.804</b>	<b>3.583</b>	<b>3.321</b>	<b>3.028</b>	<b>2.661</b>	<b>2.495</b>
<i>Variazione percentuale (%) su anno precedente</i>		- 5,8	- 7,3	- 8,8	- 12,1	- 6,2
<i>Variazione percentuale (%) su 2007</i>		-5,8	- 12,6	-20,3	- 30,3	- 34,4

INFORTUNI DENUNCIATI ALL'INAIL NELLA REGIONE MOLISE - MODALITÀ E PROVINCIA - BIENNIO 2011-2012

Modalità evento	CAMPOBASSO		ISERNIA		MOLISE	
	2011	2012	2011	2012	2011	2012
<b>IN OCCASIONE DI LAVORO di cui</b>	<b>1.793</b>	<b>1.699</b>	<b>680</b>	<b>616</b>	<b>2.473</b>	<b>2.315</b>
- Ambiente di lavoro ordinario (fabbrica, cantiere, terreno agricolo ecc.);	1.701	1.601	621	580	2.322	2.181
- Circolazione stradale (autotrasportatori, manutenzione strade ecc)	92	98	59	36	151	134
<b>IN ITINERE</b>	<b>154</b>	<b>140</b>	<b>34</b>	<b>40</b>	<b>188</b>	<b>180</b>
<b>Totale Regione MOLISE</b>	<b>1.947</b>	<b>1.839</b>	<b>714</b>	<b>656</b>	<b>2.661</b>	<b>2.495</b>

INFORTUNI MORTALI

Settore di attività	2007	2008	2009	2010	2011	2012
<b>AGRICOLTURA</b>	<b>4</b>	<b>0</b>	<b>4</b>	<b>2</b>	<b>0</b>	<b>0</b>
<b>INDUSTRIA E SERVIZI</b>	<b>8</b>	<b>3</b>	<b>7</b>	<b>3</b>	<b>8</b>	<b>4</b>

<b>GESTIONE PER CONTO DELLO STATO</b>	0	1	0	0	0	0
---------------------------------------	---	---	---	---	---	---

<b>Totale Regione MOLISE</b>	<b>12</b>	<b>4</b>	<b>11</b>	<b>5</b>	<b>8</b>	<b>4</b>
------------------------------	-----------	----------	-----------	----------	----------	----------

INFORTUNI MORTALI DENUNCIATI ALL'INAIL NELLA REGIONE MOLISE - MODALITÀ E PROVINCIA - BIENNIO 2011-2012

Modalità evento	CAMPOBASSO		ISERNIA		MOLISE	
	2011	2012	2011	2012	2011	2012
<b>IN OCCASIONE DI LAVORO di cui</b>	<b>4</b>	<b>3</b>	<b>2</b>	<b>1</b>	<b>6</b>	<b>4</b>
- Ambiente di lavoro ordinario (fabbrica, cantiere, terreno agricolo ecc.);	3	1	1	1	4	2
- Circolazione stradale (autotrasportatori, manutenzione strade ecc)	1	2	1	0	2	2
<b>IN ITINERE</b>	<b>2</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>2</b>	<b>0</b>

<b>Totale Regione MOLISE</b>	<b>6</b>	<b>3</b>	<b>2</b>	<b>1</b>	<b>8</b>	<b>4</b>
------------------------------	----------	----------	----------	----------	----------	----------

Gli **infortuni sul lavoro** quantunque costantemente in calo, in Italia come nel Molise, continuano a rappresentare un pesante onere per i costi sociali e umani di disabilità e mortalità evitabile, oltre che economici, sanitari ed assicurativi; i dati dell'INAIL riferiti alla popolazione lavorativa assicurata dall'Istituto (circa i 2/3 della popolazione) indicano una progressiva diminuzione degli infortuni denunciati e riconosciuti; tra il 2007 e il 2012 si è verificato un decremento degli infortuni riconosciuti pari al 27% a livello nazionale; nettamente migliore è il dato regionale molisano pari al 34,4% per lo stesso periodo; i dati, sia nazionale che molisano, sono decisamente superiori al 20% fissato come obiettivo UE.

Il numero degli occupati è pari a circa 100 mila unità (anno 2013), di cui il 70% circa risiede nella provincia di Campobasso ed il restante 30% in quella di Isernia; la ripartizione occupazionale tra maschi e femmine è pari, rispettivamente, al 62% e 38%; nel 2012 si è registrata una diminuzione degli occupati nel comparto «Agricoltura» (da 8.000 a 7.000) e quello «Industria» che occupa circa il 28% della popolazione lavorativa regionale; costante, da diversi anni, è l'aumento occupazionale del settore «Servizi» che copre circa il 65% del totale; il dato regionale è tendenzialmente in linea con i valori nazionali.

I dati INAIL esposti nelle tabelle sopra riprodotte evidenziano chiaramente, per i periodi ivi considerati, un decremento degli infortuni nell'Industria e nei Servizi ma, si ribadisce, la flessione va interpretata anche alla luce della crisi occupazionale e produttiva che in Molise ha interessato prevalentemente l'Industria; in diminuzione anche gli infortuni nel comparto dell'Agricoltura ed in quello della Gestione per conto dello Stato; il decremento degli infortuni nella Regione Molise interessa quasi esclusivamente quelli che si verificano in ambiente di lavoro ordinario (fabbrica, officina, cantiere, fondo agricolo ecc.) mentre gli infortuni "in itinere" (spostamento casa-lavoro e viceversa) e quelli lavorativi causati da circolazione stradale sono pressoché stabili. Nel 2012, rispetto all'anno precedente, gli infortuni a carico dei lavoratori stranieri (soprattutto rumeni, albanesi e marocchini) sono diminuiti di 16 casi (da 220 a 204); tuttavia, per questi lavoratori il rischio infortunistico resta mediamente più elevato rispetto ai colleghi di nazionalità italiana.

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

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

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

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

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

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

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

Sul piano del **miglioramento della efficacia delle attività di controllo della compliance da parte dei destinatari delle norme** verranno mantenute le specifiche attività implementate con il precedente Piano 2010-2013 con riferimento ai comparti dell'Edilizia e dell'Agricoltura che costituiscono segmenti di assoluto rilievo nell'economia regionale e sul piano degli eventi infortunistici; il piano operativo conterrà azioni per il sostegno alla metodologia «audit» per la verifica dei programmi di prevenzione adottati dalle aziende e per l'attuazione di programmi di valutazione della efficacia delle azioni formative.

#### OBIETTIVI CENTRALI:

- IMPLEMENTARE IL GRADO DI UTILIZZO DEI SISTEMI E DEGLI STRUMENTI INFORMATIVI DI CUI AGLI ATTI DI INDIRIZZO DEL COMITATO EX ART. 5 D. LGS. 81/08 APPROVATI MEDIANTE ACCORDO DI CONFERENZA TRA STATO E REGIONI;
- INCREMENTARE LA COLLABORAZIONE TRA OPERATORI SANITARI PER FAVORIRE L'EMERSIONE ED IL RICONOSCIMENTO DELLE MP;
- SOSTENERE IL RUOLO DI RLS/RLST E DELLA BILATERALITA';
- PROMUOVERE/FAVORIRE L'ADOZIONE DA PARTE DELLE IMPRESE DI BUONE PRASSI E PERCORSI DI RESPONSABILITA' SOCIALE;
- PROMUOVERE/FAVORIRE PROGRAMMI DI MIGLIORAMENTO DEL BENESSERE ORGANIZZATIVO NELLE AZIENDE;
- COINVOLGERE L'ISTITUZIONE SCOLASTICA NELLO SVILUPPO DELLE COMPETENZE IN MATERIA DI SSL NEI FUTURI LAVORATORI;
- PROMUOVERE IL COORDINAMENTO DELL'ATTIVITA' DI VIGILANZA E L'APPROCCIO DI TIPO PROATTIVO DEI SERVIZI PUBBLICI ATTRAVERSO L'ADOZIONE DI PIANI INTEGRATI DI PREVENZIONE DEGLI INFORTUNI;
- MIGLIORARE LA QUALITA' E L'OMogeneITA' DELL'ATTIVITA' DI VIGILANZA ANCHE ATTRAVERSO L'INCREMENTO DELL'UTILIZZO DI STRUMENTI DI ENFORCEMENT QUALI L'AUDIT.

## IX. Programma «Salute e Ambiente».

Le modificazioni dell'Ambiente rappresentano uno dei determinanti fondamentali dello stato di salute della popolazione; é evidenza scientifica ormai acquisita che l'inquinamento delle matrici ambientali costituisca una rilevante concausa di malattie nei Paesi industrializzati, soprattutto per quanto riguarda le patologie cardiovascolari, respiratorie e neoplastiche.

La salute individuale e collettiva è dunque fortemente influenzata da fattori esterni a quelli propri del sistema sanitario: numerosi sono infatti gli sforzi che si stanno facendo per integrare le considerazioni sanitarie nel contesto sociopolitico, con l'obiettivo di migliorare la salute della popolazione a livello comunitario, nazionale e locale: modificare gli stili di vita delle persone, per migliorare la salute, richiede non solo interventi rivolti al singolo individuo, ma anche il cambiamento di condizioni sociali e dell'ambiente di vita e di lavoro.

Proprio in questa direzione va la strategia «Salute in tutte le Politiche» (*Health in All Policies*), elaborata dall'Unione Europea durante la presidenza finlandese del 2006 e definita a livello internazionale dall'Osservatorio Europeo sui Sistemi e Politiche sanitarie (*European Observatory on Health Systems and Policies*). «Salute in tutte le politiche» non è più un'opzione ma una vera e propria necessità, che si sta dimostrando sempre più urgente: si tratta di una nuova strategia per la salute che coinvolge, in modo sinergico e trasversale settori diversi della società, delle istituzioni e i portatori di interesse: educazione, politiche fiscali, agricoltura, ambiente, trasporti, mezzi di comunicazione, organizzazioni di volontariato, industria, autorità locali ecc.; a tale approccio fa espresso riferimento il nuovo PNP 2014-2018 segnatamente con riferimento al Macro obiettivo «**Ridurre le esposizioni ambientali potenzialmente dannose per la salute**».

OBIETTIVI CENTRALI DEL PNP:

- REALIZZARE ATTIVITA' DI SUPPORTO ALLE POLITICHE AMBIENTALI DI MIGLIORAMENTO DELLA QUALITA' DI ARIA, ACQUA E SUOLO SECONDO IL MODELLO «SALUTE IN TUTTE LE POLITICHE »;
- MIGLIORARE LA CONOSCENZA DEL RAPPORTO «INQUINANTI AMBIENTALI/SALUTE ATTRAVERSO:
  - a) IL MONITORAGGIO DEGLI INQUINANTI AMBIENTALI CUI E' ESPOSTA LA POPOLAZIONE;
  - b) IL POTENZIAMENTO DELLA SORVEGLIANZA EPIDEMIOLOGICA
- SVILUPPARE LE CONOSCENZE TRA GLI OPERATORI DELLA SALUTE E DELL'AMBIENTE, MMG E PLS, SUI TEMI DI INTEGRAZIONE AMBIENTE-SALUTE;
- COMUNICARE IL RISCHIO IN MODO STRUTTURATO E SISTEMATICO.

**Inquinamento delle matrici ambientali: il problema AMIANTO.** L'utilizzo dell'amianto in numerosi campi e per un arco temporale di circa un trentennio ha favorito, anche nella Regione Molise, una considerevole diffusione dei manufatti che lo contengono; i settori maggiormente interessati sono quelli dell'industria, dell'edilizia e dei trasporti. Il piano operativo regionale conterrà una specifica linea di intervento, da implementare di concerto con l'ARPA Molise, modulata in base alle previsioni del recente Piano Nazionale Amianto che impone, tra l'altro, di individuare, mappare e caratterizzare le situazioni di rischio su tutto il territorio nazionale: si intende, pertanto, procedere a campionamenti e analisi per ogni sito individuato e particolare attenzione verrà data alla ricerca di amianto nelle discariche abusive presenti nel territorio regionale. Si intende conseguire, in esito al monitoraggio, una relazione descrittiva contenente una mappatura georeferenziata delle coperture e dei siti contenenti amianto e si provvederà a calcolare l'indice di degrado (ID) per ogni sito con indicazioni per la priorità degli interventi e delle azioni per scongiurare il rischio di rilascio nell'atmosfera di fibre nocive.

OBIETTIVO CENTRALE DEL PNP:

- CONTRIBUIRE ALLA CONOSCENZA DELL'IMPATTO DELLA PROBLEMATICA "AMIANTO" SULLA POPOLAZIONE.

**Inquinamento delle matrici ambientali: monitoraggio della qualità dell'aria. Determinazione di polveri sottili e modellizzazione della dispersione degli inquinanti.** La politica per la tutela della qualità dell'aria in Italia, contenuta nel Sesto Programma di Azione per l'Ambiente, é da sempre fortemente incentrata sul raggiungimento di livelli di qualità che non comportino rischi per la salute umana e per l'ambiente; in tale contesto si cala la direttiva comunitaria 2008/50CE, recepita in Italia con D. Lgs. n. 155/2010, modificato con D.

Lgs. n. 250/2012; tali decreti delineano la "normativa quadro" che ingloba e armonizza le precedenti norme nazionali in materia di qualità dell'aria (Decreto Legislativo n. 351/99 e i rispettivi decreti attuativi: DM 60/02, Decreto Legislativo n.183/2004 e DM 261/2002).

A seguito dell'emanazione delle predette norme, la Regione Molise ha emanato la propria L. R. n. 16/2011 recante «Disposizioni per la tutela dell'Ambiente in materia di inquinamento atmosferico»: detta legge regionale, che si applica agli impianti ed alle attività antropiche che producono emissioni in atmosfera, impone, tra l'altro, di individuare e classificare zone ed agglomerati e di controllare la qualità dell'aria tramite centraline fisse. Il piano operativo regionale conterrà una specifica linea di intervento, da implementare di concerto con l'ARPA Molise, che prenderà in considerazione gli elementi "cardine" per una corretta valutazione della qualità dell'aria: inventario emissioni e modellistica della dispersione degli inquinanti. Si intende avviare il monitoraggio del PM 2.5, attualmente non effettuato, di particolare rilevanza atteso che il citato D. Lds. n. 155/2010 prevede la riduzione dell'esposizione a tale tipologia di particolato atmosferico, alquanto pericolosa perché annoverata tra le "polveri sottili".

Tale iniziativa consentirà anche di orientare opportunamente le scelte degli Amministratori nella gestione degli insediamenti complessi industriali con fonti emissive significative.

OBIETTIVO CENTRALE DEL PNP:

- SVILUPPARE MODELLI, RELAZIONI INTERISTITUZIONALI PER LA VALUTAZIONE DEGLI IMPATTI SULLA SALUTE DEI FATTORI INQUINANTI.

#### **Il rischio chimico: il Regolamento CE "REACH" n. 1907/2006 ed il Regolamento CE "CLP" N. 1272/2008.**

Il **REACH** (acronimo di *Registration, Evaluation, Authorisation of Chemicals*) ha l'obiettivo di assicurare un elevato livello di protezione della salute umana e dell'ambiente attraverso il miglioramento della conoscenza dei pericoli e dei rischi derivanti da prodotti chimici, la promozione di metodi alternativi per la valutazione dei pericoli che le sostanze comportano, rafforzando nel contempo la libera circolazione di sostanze nel mercato interno, la competitività e le capacità innovative dell'industria chimica europea. I due "assi" del sistema REACH sono la registrazione e l'autorizzazione.

Le molteplici attività previste dal REACH sono governate dall'Agenzia europea per le sostanze chimiche (ECHA), avente sede a Helsinki (Finlandia) ed istituita allo scopo di garantire la coerenza dell'applicazione di REACH in tutta l'Unione Europea.

Il **CLP** (acronimo di *Classification, Labelling and Packaging*) è una revisione ed un aggiornamento del sistema di classificazione ed etichettatura dei prodotti chimici, basato sulle direttive 67/548/CEE sulle sostanze pericolose e 1999/45/CE sui preparati pericolosi. Il Regolamento CLP riguarda sia le sostanze chimiche sia le miscele (inclusi i biocidi e gli antiparassitari) ed introduce cambiamenti di rilievo per i fabbricanti, gli importatori e gli utilizzatori a valle (downstream user) relativamente alla classificazione di sostanze e miscele e le conseguenti riformulazioni delle etichette di pericolo e aggiornamento delle Schede di Dati Sicurezza (SDS).

Il REACH riguarda chi fabbrica o importa sostanze chimiche o miscele di sostanze chimiche; chi produce o importa articoli (ad esempio materiali edili, componenti elettronici, giocattoli o veicoli, prodotti di abbigliamento, ecc.) che contengono sostanze inserite in un elenco di «sostanze estremamente problematiche» o che rilasciano intenzionalmente sostanze durante la loro utilizzazione; chi tratta sostanze chimiche o elabora miscele per l'utilizzazione finale (ad esempio prodotti di pulizia, vernici o oli per motori) o utilizza professionalmente tali sostanze o prodotti formulati.

Il CLP, oltre a tutti i soggetti coinvolti nell'applicazione del REACH, riguarda anche tutti i consumatori in quanto incide in maniera diretta sull'etichettatura delle sostanze e delle miscele contenenti sostanze chimiche pericolose.

Nella Regione Molise industrie chimiche di certa rilevanza sono presenti nel nucleo industriale di Termoli ed impattano in modo significativo su tutto il "Basso Molise".

Il piano operativo regionale terrà in considerazione i seguenti OBIETTIVI CENTRALI DEL PNP:

- REALIZZARE PROGRAMMI DI CONTROLLO IN MATERIA DI REACH - CLP SU SOSTANZE CHIMICHE/MISCELE CONTENUTE NEI FITOSANITARI, COSMETICI, BIOACIDI, DETERGENTI E SULLE SOSTANZE CHIMICHE/MISCELE PERICOLOSE PER L'UOMO E PER L'AMBIENTE BASATI SULLA PRIORITA' DEL RISCHIO SECONDO CRITERI EUROPEI E SULLA CATEGORIZZAZIONE DEI RISCHI;
- FORMARE GLI OPERATORI DEI SERVIZI PUBBLICI SUI TEMI DELLA SICUREZZA CHIMICA E PREVALENTEMENTE INTERESSATI AL CONTROLLO DELLE SOSTANZE CHIMICHE CON FINALITA' DI INFORMARE E ASSISTERE LE

IMPRESE E I LORO RESPONSABILI DEI SERVIZI DI PREVENZIONE E PROTEZIONE (RSPP) E AMBIENTALI  
INTERESSATI ALL'USO E ALLA GESTIONE DELLE SOSTANZE CHIMICHE.

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

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

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

Il problema é di enorme impatto se si considera la grande diffusione dell'abbronzatura, anche artificiale a scopo estetico, tra la popolazione soprattutto giovanile e i connessi rischi di tumori cutanei; l'utilizzo delle apparecchiature abbronzanti è comunque vietato a minori di 18 anni, alle donne in stato di gravidanza, ai soggetti che soffrono o hanno sofferto di neoplasie alla cute, ai soggetti che non si abbronzano (o che si scottano) facilmente all'esposizione al sole; lo stabilisce il D.M. 12 maggio 2011, n. 110 (pubblicato in Gazzetta Ufficiale 15 luglio 2011, n. 163) con il quale il Ministero dello Sviluppo economico, di concerto con il Ministero della Salute, ha definito le direttive alle quali i centri estetici devono adeguarsi in materia di macchinari, procedure e cautele d'uso al fine di garantire una maggiore sicurezza sia agli operatori che agli utenti.

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

Il PNP 2014-2018 individua quale obiettivo cui dare attuazione nella programmazione regionale l'attivazione di opportune campagne di sensibilizzazione della popolazione sui rischi legati all'eccessivo uso di telefonia cellulare e all'eccessiva esposizione a radiazioni UV.

OBIETTIVI CENTRALI DEL PNP:

- SENSIBILIZZARE LA POPOLAZIONE SUL CORRETTO USO DELLA TELEFONIA CELLULARE;
- SENSIBILIZZARE LA POPOLAZIONE, SOPRATTUTTO I GIOVANI E I GIOVANISSIMI E I PROFESSIONISTI COINVOLTI, SUI RISCHI LEGATI ALL'ECESSIVA ESPOSIZIONE A RADIAZIONI UV.

## X. Programma «Prevenzione e Sorveglianza delle malattie infettive».

Le malattie infettive possono essere efficacemente contrastate ed, in prospettiva, eradicare attraverso l'identificazione precoce dei casi ed il raggiungimento di elevate coperture vaccinali; il PNP 2014-2018 enuclea alcuni ambiti di intervento ritenuti prioritari quali concentrare le attività di prevenzione:

**Le vaccinazioni:** con D.C.A. 31 maggio 2012, n. 22 la Regione Molise ha provveduto al recepimento del "PNEMoRc 2010-2015" (Intesa Stato Regioni e PA 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); il PNEMoRc 2010-2015 declina quali «obiettivi generali» da raggiungere entro il 2015: a) Eliminazione del morbillo endemico (incidenza <1 caso di morbillo/1.000.000 popolazione); b) Eliminazione della rosolia endemica (incidenza <1 caso di rosolia/1.000.000 popolazione); Riduzione dell'incidenza della rosolia congenita a meno di 1 caso per 100.000 nati vivi, mentre tra gli «obiettivi specifici» si indica, tra l'altro, il miglioramento della sorveglianza epidemiologica del morbillo, della rosolia, della rosolia in gravidanza e della rosolia congenita e degli eventi avversi a vaccino.

Con determinazione direttoriale (Dir. Gen. Salute) n. 127 del 4 agosto 2014 è stato individuato il laboratorio Analisi del P.O. "Cardarelli" di Campobasso quale laboratorio regionale di riferimento per tutte le indagini previste per la diagnosi di infezione da virus del morbillo e della rosolia come specificato nel PNEMoRc 2010-2015.

Nel paragrafo relativo alle criticità emerse con riferimento alle attività del PRP 2010-2013, è stata evidenziata la presenza di alcune debolezze operative dell'Anagrafe vaccinale informatizzata (A.V.I.) della Regione Molise sulle quali è assolutamente necessario intervenire.

In armonia con le indicazioni del PNP 2014-2018, il piano operativo regionale svilupperà azioni per il completamento/miglioramento dell'AVI, per aumentare la copertura vaccinale e per l'adesione «consapevole» nella popolazione generale e in specifici gruppi a rischio (operatori sanitari, adolescenti, donne in età fertile, popolazioni difficili da raggiungere, migranti, gruppi a rischio per patologie); in particolare verrà pianificata un'attività di comunicazione-informazione sui vaccini e sulle malattie infettive prevenibili mediante vaccinazione, basata sull'ascolto e la comprensione delle preoccupazioni del pubblico e che utilizzi le informazioni di ritorno.

**Infezioni sessualmente trasmesse HIV-AIDS:** la Regione Molise ha avviato, già da alcuni anni, specifiche attività di monitoraggio dell'infezione da HIV e di educazione di giovani e soggetti a rischio per ridurre il rischio di contrarre malattie sessualmente trasmesse. Nel 2010 è stato istituito uno specifico board scientifico regionale che ha curato un corso di formazione basato prevalentemente sull'acquisizione delle tecniche di counselling per i referenti dei laboratori pubblici regionali.

I dati epidemiologici regionali, raccolti mediante la rete dei laboratori, sono stati annualmente inviati al COA dell'ISS, mediante la piattaforma informatica all'uopo istituita; negli anni 2012 e 2013 il sistema è stato esteso ai laboratori delle due strutture private (IRCCS Neuromed e Fondazione Giovanni Paolo II) presenti sul territorio regionale. Inoltre il board regionale ha redatto un opuscolo informativo tematico, utilizzato per le campagne informative effettuate a beneficio dei soggetti a rischio e distribuito nel corso degli incontri ed in centri di aggregazione. Nel nuovo piano operativo verranno mantenute e consolidate le suddette azioni regionali di prevenzione.

**Tubercolosi:** ai fini della sorveglianza della malattia tubercolare, le azioni avviate con il precedente PRP hanno consentito di recensire i laboratori di microbiologia del Molise, di monitorare i pazienti con diagnosi di TBC (i dati sono raccolti dall'unica UO regionale di Malattie Infettive presso il PO Cardarelli di Campobasso), di implementare comunque una rete di sorveglianza con copertura estesa all'intero territorio regionale.

I pazienti ricoverati per TBC attiva sono stati n. 21 soggetti nell'anno 2013; 12 pazienti sono in follow-up; 6 pz, provenienti da altre regioni confinanti, non sono seguiti in strutture regionali; altri sono stati persi al follow-up. Tutti coloro che sono seguiti in Regione hanno l'espettorato negativo per BK e sono in trattamento con i farmaci specifici. I laboratori regionali sono collegati; qualora si registri un campione biologico positivo per BK, il paziente viene inviato all'unico reparto di Malattie Infettive regionale, dotato di stanze per isolamento respiratorio e comunque si procede per la conferma con la ricerca del DNA.

I medici infettivologi si recano sul territorio, presso i Poliambulatori distrettuali; è stata implementata la sorveglianza ed il monitoraggio della patologia tubercolare in considerazione dei flussi migratori; sono state adottate indicazioni operative per TBC con riferimento sia ai detenuti che ai migranti accolti nei centri di accoglienza del Molise sia nel 2011 che nel 2014 (Mantoux, Rx torace, espettorato, profilassi, visite specialistiche, ricovero, follow-up).

Con il nuovo piano operativo si intendono affrontare alcuni aspetti, tuttora problematici, che attengono al follow-up dei pazienti dimessi dall'Ospedale per evitarne la dispersione, alla farmacoresistenza, alla necessità di perfezionare l'ABG per i farmaci specifici anti-tbc, alla necessità di avere un report delle identificazioni dei ceppi.

**Infezioni correlate all'assistenza (ICA):** la Regione Molise, con il precedente PRP 2010-2013 ha implementato alcune azioni specifiche che hanno implicato il coinvolgimento delle Direzioni sanitarie degli ospedali regionali: con atto direttoriale ASREM n. 1697 del 30-12-2011 sono state adottate le linee-guida/procedure aziendali relative al lavaggio delle mani; lo specifico gruppo di lavoro regionale ha compilato, per ogni Unità Operativa di ogni ospedale pubblico molisano, delle griglie di osservazione in seguito, mediamente, ad un numero di tre accessi osservazionali per ogni U.O. e quanto rilevato in ogni ospedale è stato riportato su un apposito report istruttorio, utilizzato per la redazione del documento finale; con atto direttoriale ASREM n. 1696 del 30-12-2011 sono state adottate le linee guida/procedure aziendali relative alle procedure di verifica e rintracciabilità dei preparati sterili, alla verifica del funzionamento delle autoclavi: nel mese di luglio 2012 per verificare l'adeguamento alle suddette linee guida, 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 tessili al momento adottate; l'effettiva applicazione di quanto dichiarato nei questionari è stata verificata con accessi in situ presso le centrali di sterilizzazione. E' stata verificata la presenza e l'adozione del manuale di HACCP in ogni Ospedale ed è stata, in generale, rafforzata la qualità della vigilanza attraverso l'espletamento di specifici audit.

Il nuovo Piano dovrà necessariamente programmare interventi anche per ambiti extra-ospedalieri: residenze sanitarie assistite per anziani, assistenza domiciliare, assistenza ambulatoriale: le persone a rischio di contrarre un'Ica sono innanzitutto i pazienti e, con minore frequenza, il personale ospedaliero, gli assistenti volontari, studenti e tirocinanti. Non tutte le infezioni correlate all'assistenza sono prevenibili: è, quindi, opportuno sorvegliare selettivamente quelle che sono attribuibili a problemi nella qualità dell'assistenza. In genere, si possono prevenire le infezioni associate a determinate procedure, attraverso una riduzione delle procedure non necessarie, la scelta di presidi più sicuri, l'adozione di misure di assistenza al paziente che garantiscano condizioni asettiche.

Le Ica hanno un costo sia in termini di salute che economici, sia per il paziente che per la struttura; ne consegue la necessità di indicare e far adottare pratiche assistenziali sicure, diversificate in base alle strutture (ospedale, rsa, case di riposo, assistenza domiciliare), in grado di prevenire o controllare la trasmissione di infezioni; è indispensabile, dunque, pianificare e attuare programmi di controllo a diversi livelli (regionale, locale), per garantire la messa in opera di quelle misure che si sono dimostrate efficaci nel ridurre al minimo il rischio di complicanze infettive.

**Antibiotico-resistenza.** I dati di antibiotico-resistenza provenienti dall'Europa, forniti dalla sorveglianza EARS-Net mostrano un panorama poco confortante: nel giro di 4 anni è aumentata notevolmente la resistenza in due specie di batteri sotto sorveglianza: Escherichia coli e Klebsiella pneumoniae. L'antibiotico-resistenza non è uniforme nei paesi dell'Unione Europea, ma è maggiore nei paesi del sud e dell'est Europa, tra cui l'Italia. L'Italia è nel gruppo di paesi con livelli di resistenza più alti nella maggior parte delle specie patogene sotto sorveglianza. In particolare:

- alta resistenza ai carbapenemi in Klebsiella pneumoniae, che si è attestata al 29% degli isolati da batteriemie. Per questa resistenza l'Italia è seconda solamente alla Grecia e rappresenta una vera anomalia rispetto alla grande maggioranza dei paesi europei;
- alta resistenza alle cefalosporine di 3a generazione (>25%) e ai fluorochinoloni (>40%) in Escherichia coli, anche combinata;
- alti livelli di resistenza ai carbapenemi in Acinetobacter;
- persistenza di un alta percentuale (35%) di stafilococchi resistenti alla meticillina (MRSA) a fronte di una diminuzione in molti paesi dell'Unione Europea.

Oltre a continuare la sorveglianza dei ceppi multiresistenti, in particolare mediante la ricerca di **carbapenemasi**, da parte dei laboratori di microbiologia degli Ospedali di Campobasso, Isernia e Termoli, è importante la formazione, con incontri ECM e con brochure, rivolti a MMG e PLS per una migliore

appropriatezza prescrittiva di antibiotici a largo spettro, anche con la collaborazione degli Ordini professionali. Necessaria anche la sensibilizzazione della popolazione generale attraverso opportune campagne di informazione.

OBIETTIVI CENTRALI:

- AUMENTARE LA FREQUENZA DI IDENTIFICAZIONE E CARATTERIZZAZIONE DELL'AGENTE PATOGENO PER LE MALATTIE PRIORITARIE;
- IDENTIFICARE TEMPESTIVAMENTE I CASI E I RISCHI INFETTIVI, ANCHE MEDIANTE SISTEMI DI ALLERTA PRECOCE;
- INFORMATIZZARE I SISTEMI DI SORVEGLIANZA PER LE MALATTIE INFETTIVE, IN MODO INTEROPERABILE;
- AUMENTARE LA SEGNALAZIONE DI MALATTIE INFETTIVE DA PARTE DEGLI OPERATORI SANITARI (MEDICI DI FAMIGLIA, MEDICI OSPEDALIERI, LABORATORISTI);
- RIDURRE I RISCHI DI TRASMISSIONE DA MALATTIE CRONICHE O DI LUNGA DURATA (TBC, HIV);
- COMPLETARE LA INFORMATIZZAZIONE DELLE ANAGRAFI VACCINALI INTEROPERABILI A LIVELLO REGIONALE E NAZIONALE TRA DI LORO E CON ALTRE BASI DI DATI (MALATTIE INFETTIVE, EVENTI AVVERSI, RESIDENTI/ASSISTITI);
- AUMENTARE LA COPERTURA VACCINALE E L'ADESIONE CONSAPEVOLE NELLA POPOLAZIONE GENERALE E IN SPECIFICI GRUPPI A RISCHIO (OPERATORI SANITARI, ADOLESCENTI, DONNE IN ETA' FERTILE, POPOLAZIONI DIFFICILI DA RAGGIUNGERE, MIGRANTI, GRUPPI A RISCHIO PER PATOLOGIE);
- PIANIFICARE LA COMUNICAZIONE FINALIZZATA ALLA CORRETTA GESTIONE E INFORMAZIONE SUI VACCINI E SULLE MALATTIE INFETTIVE PREVENIBILE MEDIANTE VACCINAZIONE);
- MIGLIORARE LA QUALITA' DELLA SORVEGLIANZA DELLE INFEZIONI INVASIVE DA ENTEROBATTERI PRODUTTORI DI CARBAPENEMASI (CPE);
- MONITORARE IL CONSUMO DI ANTIBIOTICI IN AMBITO OSPEDALIERO E TERRITORIALE;
- PROMUOVERE LA CONSAPEVOLEZZA DA PARTE DELLA COMUNITA' NELL'USO DEGLI ANTIBIOTICI;
- DEFINIRE UN PROGRAMMA DI SORVEGLIANZA E CONTROLLO DELLE INFEZIONI CORRELATE ALL'ASSISTENZA.

## XI. Programma «Sicurezza alimentare e Sanità pubblica veterinaria».

Le linee strategiche di intervento relative al Macro obiettivo 2.10 del PNP 2014-2018 «Rafforzare le attività di prevenzione in sicurezza alimentare e sanità pubblica veterinaria per alcuni aspetti di attuazione del Piano Nazionale Integrato dei Controlli» sono così sintetizzabili:

- a) Miglioramento dell'attività di controllo ufficiale in materia di sicurezza degli alimenti e sanità pubblica veterinaria. La sicurezza dei prodotti con particolare attenzione al settore lattiero-caseario;
- b) Sorveglianza: Sviluppare protocolli di collaborazione tra ospedali/laboratori di diagnostica/sorveglianza umana e laboratori deputati alla diagnostica/sorveglianza nel settore alimentare e veterinario;
- c) Completamento dei sistemi anagrafici;
- d) Promozione della sicurezza nutrizionale.

**Miglioramento dell'attività di controllo ufficiale in materia di sicurezza degli alimenti e sanità pubblica veterinaria. La sicurezza dei prodotti con particolare attenzione al settore lattiero-caseario:** il Regolamento (CE) 882/2004 all'art. 3 stabilisce che l'Autorità competente deve garantire l'esecuzione di controlli ufficiali intesi a verificare la conformità alla normativa in materia di mangimi e di alimenti e alle norme sulla salute e sul benessere degli animali. Tali controlli devono essere eseguiti con frequenza appropriata, in base ad una valutazione dei rischi, tenendo conto dei dati degli operatori per quanto riguarda la conformità alla normativa di riferimento, l'affidabilità dei controlli già eseguiti e altre informazioni che possano indicare un'eventuale non conformità.

La regione Molise, con Decreto del Commissario ad acta 27 giugno 2013, n. 20 ha recepito l'Intesa Stato-Regioni del 16.12.2010 (Rep. Atti 236/CSR) sul Piano Nazionale Integrato dei Controlli (PNI) 2011-2014 e ha approvato il piano di controllo regionale pluriennale integrato 2012-2014; con successivo DCA 27 giugno 2013, n. 21 è stato recepito l'Accordo Stato-Regioni del 7 febbraio 2013 sul documento recante le *"linee guida per il funzionamento ed il miglioramento dell'attività di controllo ufficiale da parte del Ministero della salute, delle Regioni e Province autonome e delle ASL in materia di sicurezza degli alimenti e sanità pubblica veterinaria"* e sono state definite le linee operative regionali in materia di a) formazione - riqualificazione del personale incaricato dello svolgimento dei controlli ufficiali/audit, conformemente a quanto stabilito dal Capitolo 2 dell'Accordo 7 febbraio 2013 sulla base dei tre percorsi formativi ivi individuati (approfondimento "Pacchetto Igiene"; audit OSA; audit SSN) ; b) definizione di procedure operative per l'esecuzione degli audit; predisposizione del calendario operativo d'intesa con IZS Abruzzo e Molise.

Nell'ambito delle attività di cui ai suddetti DCA, la regione Molise, con il proprio piano operativo regionale, intende altresì potenziare le attività di audit nel settore lattiero caseario della regione; ciò in relazione al fatto che la filiera lattiero-casearia della regione rappresenta un settore consolidato con aziende localizzate prevalentemente nell'alto Molise e nelle aree industriali di Campobasso e Termoli.

Nella Regione Molise, tranne alcune realtà nell'area di Termoli, operano per lo più imprese di piccole dimensioni, con tecniche di lavorazione tradizionali che si tramandano di generazione in generazione, con un mercato di riferimento in prevalenza regionale; solo alcune aziende commercializzano le proprie produzioni in ambito nazionale e internazionale. Complessivamente l'intero settore ha delle buone potenzialità di crescita sia ampliando la gamma produttiva sia migliorando le tecnologie di processo.

Tuttavia, qualsiasi politica di sviluppo nel settore alimentare non può prescindere dalla **sicurezza dei prodotti**, che rappresenta un prerequisito fondamentale per il successo dell'impresa.

I risultati degli audit svolti nel 2013 impongono una intensificazione delle attività di controllo nel periodo 2015-2018 a tutela sia della salute dei consumatori sia degli interessi economici delle imprese. Le attività di audit saranno orientate non solo alla valutazione degli stabilimenti, ma, in un'ottica di filiera, prenderanno in considerazione l'intera catena di produzione, dall'approvvigionamento del latte alla sanità e alimentazione degli animali.

Particolare attenzione sarà dedicata ai requisiti per il latte crudo secondo quanto previsto dall'allegato III, sezione IX, capitolo I, parte III, del regolamento (CE) n. 853/2004, come richiesto nell'allegato IV, capo II del regolamento (CE) n. 854/2004.

In definitiva, l'obiettivo che si intende perseguire è quello di eseguire gli audit previsti dal Regolamento (CE) 882/2004 negli stabilimenti del settore lattiero-caseario della regione Molise per la verifica del rispetto dei requisiti strutturali, funzionali e dei criteri microbiologici previsti dalla normativa di riferimento. Nel corso degli audit potranno essere prelevati campioni conoscitivi di prodotti, ambienti e materie prime per meglio valutare le condizioni igienico-sanitarie degli stabilimenti: a tale proposito un piano di campionamento sarà predisposto tenendo in considerazione la tipologia di stabilimento, gli alimenti prodotti e le materie prime impiegate. Le attività riguarderanno anche i Servizi veterinari della ASREM al fine di valutare l'adeguatezza dei controlli ufficiali svolti negli stabilimenti.

#### OBIETTIVI CENTRALI:

- FORMARE ADEGUATAMENTE IN MERITO ALLE TECNICHE E ALL'ORGANIZZAZIONE DEL CONTROLLO UFFICIALE;
- REALIZZARE GLI AUDIT PREVISTI DALL'ARTICOLO 4, PARAGRAFO 6 DEL REGOLAMENTO CE 882/2004;
- ADOTTARE PIANI DI CONTROLLO/MONITORAGGIO INTEGRATI PER LA GESTIONE DEL RISCHIO BIOLOGICO, FISICO, CHIMICO (AMBIENTALE E TECNOLOGICO) NELLE MATRICI ALIMENTARI E NEGLI ALIMENTI PER ANIMALI, NELL'OTTICA DELL'INTEGRAZIONE TRA SANITA' PUBBLICA, AMBIENTE, AGRICOLTURA.

**Sorveglianza: Protocolli di collaborazione tra ospedali/laboratori di diagnostica/sorveglianza umana e laboratori deputati alla diagnostica/sorveglianza nel settore alimentare e veterinario. Le zoonosi.** Il 19 febbraio 2014 l'EFSA (European Food Safety Authority) e l'ECDC (European Centre for Disease Prevention and Control) hanno pubblicato il Rapporto annuale 2012 sulle zoonosi e i focolai di malattia a trasmissione alimentare in Europa. Nel 2012 i dati sono stati raccolti su base obbligatoria per otto agenti zoonotici negli animali, alimenti e mangimi (*Salmonella*, *Campylobacter*, *Listeria monocytogenes*, *Escherichia coli* *verocytotoxigenic* (VTEC), *Mycobacterium bovis*, *Brucella*, *Trichinella*, *Echinococcus*). I casi umani riguardano anche *Toxoplasma*, Rabbia, Febbre Q e virus West Nile e altre zoonosi minori.

La campilobatteriosi è ancora la malattia più notificata, con un totale di 214.000 casi di infezione segnalati, la salmonellosi ha fatto registrare 91.034 casi, in costante decremento per gli effetti positivi dei programmi di controllo della *Salmonella* negli allevamenti avicoli, adottati dai Paesi UE e dalla Commissione europea. La listeriosi ha fatto registrare 1.642 casi nel 2012, il 10,5% in più rispetto all'anno precedente, in aumento negli ultimi cinque anni. Le infezioni confermate da *Escherichia coli* produttori di Shiga tossina (STEC) sono state 5.671, con una diminuzione del 40% rispetto al 2011 (N = 9.487) per gli effetti del focolaio di infezione da VTEC di origine alimentare verificatosi nel 2011 in Germania, che ha provocato 50 vittime e 900 casi di Sindrome Uremica emolitica. Anche al netto di questo focolaio epidemico il trend delle infezioni da VTEC nei Paesi UE è in aumento.

Le indagini sui focolai chiamano in causa prevalentemente gli **alimenti di origine animale, ma anche gli alimenti vegetali**, mentre il consumo di alimenti crudi o poco cotti e le cross-contaminazioni sono i fattori di rischio più importanti. A livello nazionale i dati raccolti sono incompleti, con un livello di dettaglio insufficiente per alimentare il sistema informativo europeo sulle malattie infettive (TESSY); pertanto le informazioni sulla diffusione e sui fattori di rischio delle malattie a trasmissione alimentare non sono noti.

Ci si aspetta tuttavia che la loro incidenza a livello nazionale e nella regione Molise non sia molto diversa da altre aree geografiche dell'Unione Europea dove sono operativi sistemi di sorveglianza più efficaci. L'individuazione dei fattori di rischio però è fondamentale per l'applicazione delle misure sanitarie necessarie per ridurre o prevenire l'insorgere di infezioni di origine alimentare. Tra l'altro, individuare le fonti di infezione è sempre più complesso per gli effetti della globalizzazione dei mercati e dei progressi tecnologici che hanno determinato profondi effetti sui prodotti e sui metodi di commercializzazione e vendita. Per far fronte a questi nuovi scenari è necessario non solo lo sviluppo di nuove tecnologie in grado di individuare in modo sempre più rapido e preciso i potenziali contaminanti microbici presenti nei prodotti alimentari, ma anche la sistematica collaborazione tra laboratori e autorità che operano in campo medico, veterinario e ambientale. Il tutto sarà finalizzato alla costruzione di una rete di sorveglianza per la raccolta armonizzata e la condivisione delle informazioni utili alla valutazione dei rischi per i consumatori.

Con Piano operativo regionale 2015-2018 si intende perseguire i seguenti obiettivi: da un lato lo sviluppo di protocolli di collaborazione tra i laboratori degli ospedali della Regione Molise, dell'Istituto Zooprofilattico Sperimentale dell'Abruzzo e del Molise, dell'Agenzia Regionale per la Protezione Ambiente del Molise e i Servizi Medici e Veterinari dell'Agenzia Regionale Sanitaria del Molise per l'applicazione di un *panel* di analisi,

inizialmente per la gestione delle malattie alimentari da *Campylobacter*, *Salmonella*, *Listeria monocytogenes* e *Escherichia coli* produttori di Shiga tossina (STEC); dall'altro lo sviluppo di protocolli di indagine epidemiologica in caso di sospetti focolai di tossinfezione alimentare con coinvolgimento integrato e coordinato dei Servizi Medici e Veterinari dell'Agenzia Regionale Sanitaria del Molise.

In una seconda fase la collaborazione sarà estesa agli altri agenti zoonosici previsti dalla Direttiva 2003/99/CE.

La collaborazione oltre a favorire l'integrazione delle attività di sorveglianza in campo medico e veterinario, consentirà di acquisire informazioni sulle caratteristiche genetiche dei ceppi isolati dalle varie matrici (uomo, alimento, animale, ambiente) al fine di individuare le fonti di infezione e stimare i livelli di attribuzione delle infezioni umane ai tipi di alimenti esaminati.

Sarà inoltre programmata una esercitazione con simulazione, per la gestione di un focolaio di listeriosi.

#### OBIETTIVI CENTRALI:

- SVILUPPARE PROTOCOLLI DI COLLABORAZIONE TRA OSPEDALI/LABORATORI DI DIAGNOSTICA/SORVEGLIANZA UMANA E LABORATORI DEPUTATI ALLA DIAGNOSTICA/SORVEGLIANZA NEL SETTORE ALIMENTARE E VETERINARIO;
- ADOTTARE PIANI DI CONTROLLO/MONITORAGGIO INTEGRATI PER LA GESTIONE DEL RISCHIO BIOLOGICO, FISICO, CHIMICO (AMBIENTALE E TECNOLOGICO) NELLE MATRICI ALIMENTARI E NEGLI ALIMENTI PER ANIMALI, NELL'OTTICA DELL'INTEGRAZIONE TRA SANITA' PUBBLICA, AMBIENTE, AGRICOLTURA;
- RIDURRE IL FENOMENO DELL'ANTIBIOTICO-RESISTENZA TRAMITE LA CORRETTA GESTIONE DEL FARMACO;
- GESTIRE LE EMERGENZE VETERINARIE E RELATIVE ALLA SICUREZZA ALIMENTARE EPIDEMICHE E NON E GLI EVENTI STRAORDINARI;
- PREVENIRE LE MALATTIE INFETTIVE E DIFFUSIVE DI INTERESSE VETERINARIO TRASMISSIBILI TRAMITE VETTORI ANIMALI;
- ASSICURARE UN'APPROPRIATA CAPACITA' DI LABORATORIO DELLA RETE DEI LABORATORI PUBBLICI.

**Sicurezza degli alimenti e sanità pubblica veterinaria: completamento dei sistemi anagrafici.** Il Regolamento CE 852/2004 stabilisce che l'operatore del settore alimentare deve notificare all'Autorità Competente gli stabilimenti posti sotto il suo controllo e assicurare che l'autorità disponga costantemente di informazioni aggiornate sugli stabilimenti, notificandole, tra l'altro, qualsivoglia cambiamento significativo di attività, nonché ogni chiusura di stabilimenti esistenti.

La registrazione degli stabilimenti e la cooperazione degli operatori sono necessarie per consentire alle autorità competenti di effettuare in modo efficace i controlli ufficiali.

Le Regione Molise, nell'ambito delle attività previste dall'accordo di programma del 2006 sottoscritto tra la Regione stessa e l'Istituto Zooprofilattico Sperimentale dell'Abruzzo e del Molise – IZSAM (DGR Molise 20 settembre 2006, n. 1413), ha adottato il Sistema Informativo Nazionale per la Sicurezza Alimentare (SINVSA) per la gestione delle attività di controllo ufficiale e sorveglianza nelle imprese presenti sul territorio regionale. Il funzionamento del sistema ha previsto innanzitutto la realizzazione dell'anagrafe degli stabilimenti che a vario titolo intervengono nella produzione, trasformazione e commercializzazione dei mangimi e degli alimenti.

Ad oggi sono state completate le anagrafi degli stabilimenti riconosciuti del settore alimentare (Regolamento (CE) 853/2004) e dei mangimi (Regolamento CE 183/2005) e resta da completare l'anagrafe degli stabilimenti alimentari con l'obbligo di registrazione (Regolamento CE 852/2004): per quest'ultimi, dato l'elevato numero, si è proceduto inizialmente popolando il SINVSA con le 15.005 imprese alimentari censite nella banca dati della Camera di Commercio del Molise e successivamente all'aggiornamento progressivo dei dati, sulla base delle informazioni desunte dai documenti archiviati presso gli uffici dell'Azienda Sanitaria Regionale del Molise (ASREM). Il sistema è stato altresì collegato all'Anagrafe Nazionale Zootecnica (BDN) e al Sistema Informativo Attività Diagnostica (SILAB) dell'IZSAM che hanno reso possibile la gestione informatizzata delle attività di campionamento previste dai Piani nazionali e regionali di controllo.

Ad oggi, delle 15.005 imprese censite dalla Camera di Commercio, ne sono state valutate 5.878 e per ognuna si è provveduto all'adeguamento dei dati anagrafici con le informazioni incluse nella Masterlist del Regolamento CE 852/2004. Resta da completare la verifica delle imprese non ancora considerate e assicurare la "manutenzione" e il funzionamento del sistema a regime.

Il Piano operativo, pertanto, attiverà iniziative per completare la registrazione delle imprese alimentari ai sensi del Regolamento CE 852/04, affinché la Regione e l'ASREM possano disporre di una anagrafe aggiornata degli operatori del settore degli alimenti per una corretta gestione informatizzata delle attività di controllo ufficiale ai sensi del Regolamento (CE) n. 882/2004. L'obiettivo finale è la raccolta dell'intero corpo dei dati, sanitari e non, utili alla definizione dei rischi sanitari lungo l'intera catena produttiva, attraverso la capillare e continua (in tempo reale) registrazione dei controlli svolti.

Inoltre il sistema a regime consentirà di soddisfare i debiti informativi nei confronti delle altre Amministrazioni dello Stato.

OBIETTIVO CENTRALE:

- COMPLETARE I SISTEMI ANAGRAFICI.

**Promozione della sicurezza nutrizionale:** Il controllo igienico-sanitario nei settori della produzione, trasformazione, commercializzazione, trasporto, deposito distribuzione e somministrazione di alimenti e bevande, comprese le acque minerali e quelle destinate al consumo umano, è indispensabile ai fini della prevenzione e controllo delle tossinfezioni alimentari e delle patologie collettive di origine alimentare, per cui è importante sviluppare una modalità di attribuzione del rischio alle attività controllate omogeneo a livello regionale; pertanto, si intende proseguire nelle attività di categorizzazione del rischio delle attività alimentari, inclusi gli impianti acquedottistici e di verifica dell'applicazione delle rispettive procedure di autocontrollo già attivate nel precedente piano.

Inoltre, più in generale, poiché la conoscenza degli stili di vita e delle abitudini alimentari individuali è indispensabile per lo sviluppo e la valorizzazione delle buone pratiche della prevenzione, il nuovo piano operativo garantirà la continuità delle sorveglianze già attive PASSI - PASSI D'ARGENTO - OKKIO - HBSC GYTS e i necessari raccordi tra i diversi ambiti del piano regionale della prevenzione.

Conformemente a quanto espressamente richiesto dal PNP 2014-2018, verranno pianificati interventi diretti a soggetti che soffrono intolleranze e/o allergie alimentari ed interventi per ridurre i disordini da carenza iodica: su quest'ultimo aspetto è opportuno rimarcare che la L. 21 marzo 2005, n. 55 definisce, ai fini della iodoprofilassi, le modalità di utilizzo e di vendita del sale alimentare arricchito con iodio destinato al consumo diretto oppure impiegato come ingrediente nella preparazione e nella conservazione dei prodotti alimentari.

OBIETTIVI CENTRALI:

- AUMENTARE L'OFFERTA DI ALIMENTI IDONEI A SOGGETTI ALLERGICI E INTOLLERANTI, IVI INCLUSE LE PERSONE CELIACHE;
- RIDURRE I DISORDINI DA CARENZA IODICA.

## XII. Programma «Prevenzione del randagismo».

La Regione Molise, con L. R. 4 marzo 2005, n. 7, ha introdotto misure per la tutela degli animali d'affezione e per promuovere la protezione degli animali e l'educazione al rispetto degli stessi al fine di favorire la corretta convivenza tra uomo e animale, a tutela della salute pubblica e dell'ambiente; con successiva L. R. 24 giugno 2011, n. 12 sono state apportate modifiche ed integrazioni alla suddetta legge del 2005 ed, in particolare, è stato inserito l'art. 7-bis contenente disposizioni per il controllo del randagismo; inoltre l'art. 8 L. R. cit. stabilisce espressamente che norme regionali, ad eccezione di quanto previsto in materia di anagrafe, sono estese, in quanto applicabili, alla popolazione felina.

A partire dal 2005, anche la Regione Molise è passata dal metodo di identificazione dermografico (tatuaggio) all'applicazione sottocute del microchip; contestualmente è cambiato il sistema di registrazione: il vecchio sistema cartaceo e i programmi informatici attivi presso singole Aziende sanitarie sono stati sostituiti da un sistema informatizzato regionale, denominato Banca dati informatizzata dell'Anagrafe canina del Molise (BDCM). Le relative procedure sono state fissate nel Regolamento regionale n. 3 del 15 settembre 2008. Il nodo regionale funge anche da raccordo con l'Anagrafe canina nazionale attivata presso il Ministero della Salute.

Successivamente, per potenziare e migliorare la gestione dell'anagrafe, sulla base delle indicazioni ministeriali, regionali e del Servizio veterinario dell'ASReM, l'Istituto Zooprofilattico Sperimentale dell'Abruzzo e del Molise ha messo a punto un nuovo sistema che opera su internet, denominato Anagrafe canina della Regione Molise (ACREM). Tale sistema è stato approvato con Delibera n. 339 del 20 maggio 2011, validata con Decreto commissariale n. 33 del 19 luglio 2012. Il nuovo sistema ACREM è entrato in funzione a fine giugno 2011.

Tabella 1. Consistenza della popolazione canina

Anno	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
<b>Iscrizioni</b>	5,754	7,026	6,003	5,830	5,630	5.379	7.087
<b>Morti</b>		638	824	982	1,144	1.377	1.403
<b>Trasferimenti fuori regione</b>		293	656	570	558	600	601
<b>Trasferimenti da altre regioni</b>		325	338	642	501	495	357
<b>Consistenza al 31 dicembre</b>		19,064	23,587	27,865	31,670	35.027	39552

I dati testimoniano sia un incremento degli animali iscritti che un miglioramento sostanziale della gestione dell'anagrafe; in particolare l'implementazione delle iscrizioni, che rappresentano le nascite, e la registrazione di animali precedentemente non identificati o acquisiti da fuori regione, risulta essere particolarmente significativa nella consistenza numerica assoluta. Al 31.12.2014 risultano iscritti circa 40.000 cani con un incremento del 18% rispetto alla media degli incrementi registrati negli ultimi sei anni.

I controlli sul territorio tesi alla verifica della proprietà responsabile dei cani sono stati programmati secondo le procedure e le linee guida ASReM messe a punto in materia di riscontri finalizzati all'attuazione dell'anagrafe canina; ne consegue che detti controlli, attualmente, risultano omogenei su tutto il territorio regionale ed a prescindere dal corpo di Polizia che lo effettua.

Tali procedure e linee guida sono state divulgate a mezzo di apposito opuscolo di facile consultazione e distribuite a veterinari ASReM e corpi di polizia.

L'aumento significativo delle segnalazioni delle morti e dei trasferimenti testimonia, oltre che una migliore capacità operativa del Servizio veterinario dell'ASReM, anche una maggiore sensibilità da parte dei cittadini rispetto al tema della cura degli animali d'affezione, come pure un approccio complessivamente più collaborativo da parte delle Amministrazioni locali.

Il Servizio veterinario dell'ASReM, oltre alle attività dell'Anagrafe canina, gestisce il servizio di cattura degli animali randagi, attraverso una ditta convenzionata; inoltre cura inoltre l'identificazione, la sterilizzazione e la profilassi degli animali catturati nei propri ambulatori o in quelli messi a disposizione dalle amministrazioni

comunali; supporta le associazioni protezionistiche riconosciute nel campo dell'affido degli animali ricoverati nei canili.

Nella tabella che segue si riportano i dati relativi a queste attività negli ultimi sette anni.

Tabella 2. Cani randagi catturati, adottati e sterilizzati dal Servizio veterinario ASReM

Anno	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
<b>Canii catturati, n.ro</b>	427	523	673	687	683	714	<b>631</b>
<b>Canii sterilizzati, n.ro</b>	444	543	646	598	691	818	<b>770</b>
<b>Canii adottati, n.ro</b>	187	237	344	454	425	374	<b>313</b>
<b>Canii adottati, % su catturati</b>	43.79	45.32	51.11	66.08	62.23	52,4	<b>49,6</b>

I dati confermano la messa a regime e stabilizzazione delle attività svolte dal Servizio veterinario ASReM che risponde alle richieste sia dei canili che del territorio; va altresì evidenziato il miglioramento delle collaborazioni sia con le amministrazioni locali che con il mondo delle associazioni protezionistiche.

Il dato in crescita, negli ultimi sette anni, delle sterilizzazioni nei tre ambulatori veterinari dell'Azienda Sanitaria è indicativo dell'aumento dell'efficienza di tali strutture e di una maggiore attenzione all'attività di prevenzione delle nascite; viene assicurata la sterilizzazione di tutti i cani ricoverati nei canili a seguito della cattura e a quelli dati in affido dai canili regionali. Rimane elevato il livello degli affidi dai canili regionali, nonostante una modesta flessione dovuta alla scelta di alcuni comuni molisani di ricoverare i cani catturati in strutture di fuori regione.

Il Servizio veterinario ASReM è attivo anche nel campo della formazione, dell'informazione ed educazione, di concerto con il Servizio Prevenzione-Veterinaria e Sicurezza Alimentare della regione Molise.

Il Piano regionale della prevenzione, conformemente alla normativa e programmazione regionale in tema di contrasto al randagismo, tutela del benessere animale e corretto rapporto con l'uomo, predisporrà interventi in tema di informazione dei cittadini sul corretto rapporto uomo-animale e sull'anagrafe canina, oltre che campagne di promozione dell'anagrafe e della profilassi sanitaria degli animali d'affezione, di promozione degli affidi e di conoscenza del problema del randagismo.

Particolare attenzione verrà, infine, dedicata alle attività di formazione e aggiornamento di soggetti interessati alla prevenzione del randagismo: guardie zoofile, veterinari, addetti alla custodia e alla cattura, organi di vigilanza ecc.

OBIETTIVO CENTRALE:

- PREVENIRE IL RANDAGISMO, COMPRESE LE MISURE CHE INCENTIVINO LE ISCRIZIONI IN ANAGRAFE DEGLI ANIMALI D'AFFEZIONE E I RELATIVI CONTROLLI SU CANILI E RIFUGI.



## Regione Molise

DIREZIONE GENERALE PER LA SALUTE:

SERVIZIO PREVENZIONE, VETERINARIA E SICUREZZA ALIMENTARE:

UFFICIO PER IL PIANO REGIONALE DELLA PREVENZIONE:

Direttore Generale:

Direttore:

Responsabile:

dott.ssa Marinella D'INNOCENZO

dott. Michele COLITTI

dott. Ermanno PAOLITTO

[dgsalute@regione.molise.it](mailto:dgsalute@regione.molise.it)

[michele.colitti@regione.molise.it](mailto:michele.colitti@regione.molise.it)

[ermanno@paolitto@regione.molise.it](mailto:ermanno@paolitto@regione.molise.it)

[dg5smvsa@mail.regione.molise.it](mailto:dg5smvsa@mail.regione.molise.it)

[regionemolise@cert.regione.molise.it](mailto:regionemolise@cert.regione.molise.it)