

Codice A1401A

D.D. 14 gennaio 2016, n. 14

Parziale modifica della Determinazione Dirigenziale n. 915 del 30/12/2015.

Vista la DD n. 915 del 30/12/2015, avente per oggetto “Piano regionale della prevenzione 2014-2018 (DGR n. 25-1513 del 3/06/2015): integrazioni a seguito di valutazione ministeriale”, con la quale si recepiscono le indicazioni pervenute dal Ministero della Salute – vincolanti ai fini della certificazione LEA del Piano di prevenzione – e si approvava l’allegato documento di integrazione e rettifica delle criticità rilevate nel Piano regionale della prevenzione 2014-2018 (all. A);

Considerato che, per mero errore materiale, nel documento allegato alla predetta DD sono state omesse alcune modifiche richieste dal Ministero, relative in particolare a:

- programma 1: azione 1.3.1;
- programma 4: cronoprogramma e azioni 4.1.3, 4.1.6, 4.1.7, 4.2.4, 4.2.6, 4.4.1;
- programma 5: quadro obiettivi;
- piano di monitoraggio e valutazione: indicatore sentinella relativo all’azione 1.3.1;

si rende necessario sostituire l’allegato A della DD n. 915 del 30/12/2015, “Piano regionale della prevenzione 2014-2018 (DGR n. 25-1513 del 3/06/2015): integrazioni a seguito di valutazione ministeriale”, con il documento allegato alla presente determinazione.

Tutto ciò premesso,

IL DIRIGENTE

Visto il DLgs n. 165/2001;

Vista la DD n. 915 del 30/12/2015;

determina

- di sostituire, per le motivazioni indicate in premessa, l’allegato A della DD n. 915 del 30/12/2015 con il documento allegato alla presente determinazione, di cui è parte integrante e sostanziale.

Avverso la presente determinazione è ammesso ricorso entro il termine di 60 giorni.

La presente determinazione sarà pubblicata sul bollettino ufficiale della Regione Piemonte ai sensi dell’art. 61 dello Statuto e dell’art. 5 della LR 22/2010.

Il Dirigente del Settore
Prevenzione e Veterinaria
Gianfranco Corgiat Loia

Allegato

DETERMINAZIONE DIRIGENZIALE N. ...

ALLEGATO A

**Piano regionale della prevenzione 2014-2018 (DGR n. 25-1513 del 3/06/2015):
integrazioni a seguito di valutazione ministeriale.**

Programma 1. GUADAGNARE SALUTE PIEMONTE - SCUOLE CHE PROMUOVONO SALUTE

A pag. 25 sotto il titolo viene aggiunta la seguente premessa:

Nei programmi denominati “Guadagnare Salute Piemonte” è stato privilegiato un approccio di setting, sistematico, finalizzato a cambiamenti di lungo termine e incentrato sullo sviluppo del sistema attraverso interventi di tipo organizzativo, formativo e attraverso il rafforzamento delle alleanze con gli attori principali, come la scuola. Gli interventi da attuare nel territorio sono programmati all’interno dei Piani locali di prevenzione che ciascuna ASL redige annualmente per il proprio ambito di riferimento, in coerenza con le indicazioni regionali.

Crono programma di massima (pag. 35)

Si aggiunge la tabella:

	2015	2016	2017	2018
Azione 1 Consolidamento dell'alleanza scuola /sanità per le Scuole che promuovono Salute	Produzione linee guida biennali Consolidamento GTR	Contatti formali per lo studio di fattibilità di un organo consultivo a livello regionale	Produzione linee guida biennali	Rinnovo Protocollo di Intesa
Azione 2 Consolidamento e sviluppo di una formazione congiunta	Incontri di formazione congiunta a livello regionale e locale	Incontri di formazione congiunta a livello regionale e locale	Incontri di formazione congiunta a livello regionale e locale	Incontri di formazione congiunta a livello regionale e locale
Azione 3 Il catalogo: promozione e disseminazione di Buone Pratiche (BP)	Redazione e presentazione del catalogo delle offerte educative e formative Adozione di progetti di buona pratica da catalogo	Redazione e presentazione del catalogo delle offerte educative e formative Adozione di progetti di buona pratica da catalogo	Redazione e presentazione del catalogo delle offerte educative e formative Adozione di progetti di buona pratica da catalogo	Redazione e presentazione del catalogo delle offerte educative e formative Adozione di progetti di buona pratica da catalogo
Azione 4 Programmazione annuale delle azioni prioritarie in coprogettazione	Presenza nelle linee guida di priorità per almeno 3 dei temi dichiarati nel piano	Presenza nelle linee guida di priorità per almeno 3 dei temi dichiarati nel piano	Presenza nelle linee guida di priorità per almeno 3 dei temi dichiarati nel piano	Presenza nelle linee guida di priorità per almeno 3 dei temi dichiarati nel piano

1.2.1. Consolidamento e sviluppo di una formazione congiunta (pag. 37)

Viene aggiunto un OSR di riferimento:

OSR cui si riferisce

OSR 1.2. Progettare e strutturare percorsi formativi congiunti sui diversi temi di salute che sostengano le competenze di operatori sanitari, dirigenti scolastici e insegnanti per costruire una Scuola che Promuove Salute (formazione dei formatori).

OSR 1.5. Informare e sensibilizzare la popolazione scolastica rispetto al tema dell’espressione del disagio psicosociale.

1.3.1. Il catalogo: promozione e disseminazione di Buone Pratiche (BP) (pag. 38)

Viene individuato come indicatore sentinella il secondo, anziché il primo:

Indicatori di processo	Standard per anno di applicabilità			
	2015	2016	2017	2018
Presenza del catalogo	1 catalogo in 50% delle ASL	1 catalogo in 80% delle ASL	1 catalogo per ogni ASL	1 catalogo per ogni ASL
Indicatore sentinella: Numero di scuole che hanno adottato almeno 1 progetto di buona pratica/numero di scuole a cui è stato inviato o presentato il catalogo	Almeno 10%	Almeno 20%	Almeno 40%	Almeno 50%

Quadro riassuntivo di obiettivi e indicatori (pag. 26)

Vengono apportate le modifiche evidenziate:

Macro obiettivi	Obiettivi centrali	Obiettivi specifici regionali	Indicatore OSR	Standard OSR
MO 1 Ridurre il carico prevenibile ed evitabile di morbosità, mortalità e disabilità delle MALATTIE CRONICHE non trasmissibili	OC. 1.3 Promuovere il potenziamento dei fattori di protezione (life skill, empowerment) e l'adozione di comportamenti sani (alimentazione, attività fisica, fumo e alcol) nella popolazione giovanile adulta OC. 1.7 Aumentare il consumo di frutta e verdura OC. 1.9 Aumentare l'attività fisica delle persone	OSR 1.1 OC 1.3/3.1/4.1 Consolidare, attivare e valorizzare le <i>alleanze</i> a livello centrale e territoriale utili alla programmazione congiunta e alla coprogettazione OSR 1.2 OC 1.3/3.1/4.1/5.3/6.3 Progettare e strutturare <i>percorsi formativi congiunti</i> sui diversi temi di salute che sostengano le competenze di operatori sanitari, dirigenti scolastici e insegnanti per costruire una Scuola che Promuove Salute (formazione dei formatori) OSR 1.3 OC 1.3/1.7/1.9/3.1/4.1/5.3/6.3 Inserire nel <i>catalogo</i> dell'offerta educativa e formativa almeno un progetto sul tema di: sana alimentazione, attività fisica/capacità motorie, fumo, alcol, benessere delle relazioni, media education, gambling, cultura della sicurezza, dipendenze, sicurezza stradale e/o della promozione dei comportamenti di guida responsabile, incidenti domestici OSR 1.3A OC 3.1 Informare e sensibilizzare la popolazione scolastica sul corretto <i>rapporto uomo/animale</i> anche ai fini della prevenzione del fenomeno del randagismo OSR 1.4 OC 1.3/3.1/4.1 <i>Selezionare</i> e definire <i>priorità</i> per la programmazione annuale nelle linee guida coerenti con il protocollo d'intesa (prevenzione del gioco d'azzardo...) e i bisogni regionali/territoriali	Indicatore OSR 1.1 N. di alleanze attivate a livello centrale o territoriale Indicatore OSR 1.2 N. di iniziative o progetti formativi realizzati a livello regionale o locale Indicatore OSR 1.3 % di ASL con catalogo contenente un progetto di BP per ogni tema definito Indicatore OSR 1.3A Predisposizione e realizzazione di un piano di informazione/ comunicazione rivolto alla popolazione scolastica target Indicatore OSR 1.4 N. di strumenti di programmazione, con identificazione di priorità, elaborati e diffusi Indicatore OSR 1.5 N. incontri tra professionisti sanitari e professionisti della scuola volti a sensibilizzare rispetto al tema dell'espressione del disagio psicosociale	Standard OSR 1.1 almeno una alleanza a livello centrale o territoriale Standard OSR 1.2 almeno due iniziative o progetti formativi regionali o locali all'anno Standard OSR 1.3 100% delle ASL Standard OSR 1.3A Almeno una iniziativa regionale o locale all'anno Standard OSR .14 almeno 4 strumenti (linee guida,...) Standard OSR 1.5 Almeno 1 incontro / anno
MO 3 Promuovere il benessere mentale nei bambini e negli adolescenti	OC. 3.1 Rafforzare le capacità di resilienza e promozione dei processi di empowerment personali e sociali OC 3.2 Identificare tempestivamente i soggetti con problemi emozionali e/o comportamentali e di disagio sociale			
MO 4 Prevenire le dipendenze (sostanze e comportamenti)	OC. 4.1 Aumentare la percezione del rischio e l'empowerment degli individui			
MO 5 Prevenire gli incidenti stradali e ridurre la gravità dei loro esiti	OC. 5.3 Aumentare i soggetti con comportamenti corretti alla guida			
MO 6 Prevenire incidenti domestici	OC. 6.3 Aumentare la conoscenza e la consapevolezza dei rischi e delle misure di prevenzione attuabili nella popolazione generale e a rischio, nei genitori e nei care giver	OSR 1.5 OC 3.2 Informare e sensibilizzare la popolazione scolastica rispetto al tema dell'espressione del disagio psicosociale		

Programma 2. GUADAGNARE SALUTE PIEMONTE - COMUNITÀ E AMBIENTI DI VITA

A pag. 41 sotto il titolo viene aggiunta la seguente premessa:

Nei programmi denominati “Guadagnare Salute Piemonte” è stato privilegiato un approccio di setting, sistematico, finalizzato a cambiamenti di lungo termine e incentrato sullo sviluppo del sistema attraverso interventi di tipo organizzativo, formativo e attraverso il rafforzamento delle alleanze con gli attori principali, tra cui la comunità locale. Gli interventi da attuare nel territorio sono programmati all’interno dei Piani locali di prevenzione che ciascuna ASL redige annualmente per il proprio ambito di riferimento, in coerenza con le indicazioni regionali.

Profilo di salute

A pag. 46 il paragrafo relativo agli animali d’affezione viene integrato come segue:

Il settore degli **animali da affezione** evolve rapidamente [...]. Il dato relativo alla proporzione fra cani identificati ed iscritti all’anagrafe regionale, restituiti al proprietario, rispetto al numero di cani catturati (indicatore centrale 10.08.02) si assesta per il 2013 al 54,4% a livello regionale, con divergenze sensibili a livello locale. L’analisi dei dati storici sull’indicatore in esame nel periodo 2006-2013 (tabella 1) palesa l’efficacia delle strategie messe in atto per il controllo del fenomeno nel lungo periodo. L’obiettivo raggiunto del 54,4%, considerato baseline per l’indicatore al 2013, prudenzialmente viene considerato non suscettibile di scostamenti significativi nel quadriennio di applicazione del presente Piano, ma comunque in lenta e progressiva crescita.

2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
37,2%	39,4%	37,3%	39,2%	41,7%	45,7%	*49,3%	54,4%	*54,4%

Tabella 1. Proporzione cani identificati e iscritti all’anagrafe regionale, restituiti al proprietario, rispetto al numero di cani catturati.

*dato incompleto.

La prevenzione del randagismo canino è l’azione [...]

2.6.1. Rapporto uomo-animale (pag. 59)

All’indicatore “Proporzione cani identificati ed iscritti all’anagrafe regionale, restituiti al proprietario, rispetto al numero di cani catturati” si aggiunge, in nota, la seguente precisazione:

L’individuazione degli standard per il quadriennio 2015-2018 tiene conto dell’andamento tendenziale, con le relative fluttuazioni, e dei risultati conseguiti nel periodo 2006-2013, come evidenziato nel profilo di salute (p. 46). Si è pertanto ritenuto di consolidare il dato 2014 anche per il 2015 e di riportare il valore 2016 nei limiti del trend fin qui evidenziatosi, nella consapevolezza dell’impossibilità di conseguire nel periodo considerato risultati sovrapponibili agli anni passati. I dati previsionali del quadriennio della Regione Piemonte tendono comunque al raggiungimento del limite di riferimento per il consolidamento dei risultati a livello nazionale.

2.1.2. Primi 1000 giorni (pag. 52)

Il secondo periodo viene così riscritto:

Si procederà alla redazione di un “profilo di salute” per la fascia pre-concezionale, concezionale e 0-6; in relazione ai temi e contenuti individuati come prioritari nel profilo di salute, verranno elaborati, a livello regionale e locale, strumenti informativi concisi ed efficaci, come ad esempio i policy brief [...]

2.2.2. Incidenti domestici: quali informazioni (pag. 54)

L’indicatore diventa sentinella:

Indicatori di processo	Standard per anno di applicabilità			
	2015	2016	2017	2018
Indicatore sentinella: N. percorsi informativi attivati	Contatti con le strutture interessate	Attivazione di almeno 1 percorso informativo sperimentale nel 50% delle ASL	Attivazione di almeno 1 percorso informativo in tutte le ASL	Attivazione di almeno 1 percorso informativo nel 50% dei distretti delle ASL

Programma 3 - GUADAGNARE SALUTE PIEMONTE - COMUNITÀ E AMBIENTI DI LAVORO

A pag. 61 sotto il titolo viene aggiunta la seguente premessa:

Nei programmi denominati “Guadagnare Salute Piemonte” è stato privilegiato un approccio di setting, sistematico, finalizzato a cambiamenti di lungo termine e incentrato sullo sviluppo del sistema attraverso interventi di tipo organizzativo, formativo e attraverso il rafforzamento delle alleanze con gli attori principali, tra cui l’ambiente di lavoro. Gli interventi da attuare nel territorio sono programmati all’interno dei Piani locali di prevenzione che ciascuna ASL redige annualmente per il proprio ambito di riferimento, in coerenza con le indicazioni regionali.

A pag. 68 il cronoprogramma dell’azione 3.3.1 viene ridefinito come segue:

OSR 3 Azione 3.3.1 Studio di fattibilità Rete WHP Piemonte	- Costituzione gruppo di lavoro - analisi delle esperienze	- Analisi delle esperienze - Consultazione portatori d’interesse	- Analisi delle esperienze - Consultazione portatori d’interesse - Elaborazione Report risultati - Fase pilota rete WHP Piemonte	Formalizzazione della Rete WHP Piemonte
---	---	---	---	---

3.2.1. Progetti WHP (pag. 71)

Il secondo indicatore diventa sentinella e viene leggermente modificato:

Indicatori di processo	Standard per anno di applicabilità			
	2015	2016	2017	2018
Costituzione della comunità di pratica	-----	Definizione e costituzione della comunità di pratica	-----	-----
Indicatore sentinella: Progetti realizzati localmente sul territorio di ciascuna ASL	-----	Caricamento in Pro.Sa di tutti gli interventi/ progetti WHP attuati al 2016	Attivazione di almeno 1 progetto multi-componente e multi-fattoriale nel 40% delle ASL	Attivazione di almeno 1 progetto multi-componente e multi-fattoriale nel 100% delle ASL

3.3.1. Studio di fattibilità Rete WHP Piemonte (pag. 72)

L’azione viene riscritta:

Obiettivo e descrizione dell’azione Obiettivo: effettuare uno studio di fattibilità per la creazione di una Rete WHP piemontese. Al fine di irrobustire le esperienze già in atto nel territorio e consolidare le relazioni intersettoriali già costruite, sarà avviato uno studio che prevederà: - la ricerca e l’analisi delle esperienze in atto a livello nazionale e locale; - la consultazione dei diversi portatori d’interesse: parti sociali (imprese e sindacati), medici competenti, ecc., a partire dal coinvolgimento del Comitato Regionale di Coordinamento (CRC); - l’elaborazione di un Report con i risultati dello studio. Lo studio sarà realizzato dal gruppo di lavoro regionale Guadagnare Salute Piemonte (GSP) in sinergia con altri soggetti o gruppi regionali opportunamente individuati sulla base delle competenze specifiche. Nel 2017, in accordo con il CRC, sarà avviata la fase pilota della Rete WHP Piemonte in un ambito circoscritto; nel 2018 si avvierà la formalizzazione della Rete WHP Piemonte.				OSR cui si riferisce OSR 3.3 Studiare la fattibilità della creazione della Rete WHP Piemonte
Livello cui si colloca: Regionale				
Periodo di attuazione: 4 anni (2015-2018)				
Indicatori di processo	Standard per anno di applicabilità			
	2015	2016	2017	2018
Definizione del gruppo di lavoro e delle attività di ricerca e analisi	- Costituzione del gruppo di lavoro - Almeno 1 riunione	Almeno 3 riunioni	Almeno 3 riunioni	----- ---
Indicatore sentinella: Esiti studio di fattibilità	-----	Bozza del Report elaborata	Report elaborato	----- ---
Indicatore sentinella: Avvio della Rete	-----	Contatti con stakeholders	Fase pilota della Rete WHP Piemonte	Formalizzazione della Rete WHP Piemonte

Programma 4. GUADAGNARE SALUTE PIEMONTE - PROMOZIONE DELLA SALUTE E PREVENZIONE NEL SETTING SANITARIO

A pag. 73 sotto il titolo viene aggiunta la seguente premessa:

Nei programmi denominati “Guadagnare Salute Piemonte” è stato privilegiato un approccio di setting, sistematico, finalizzato a cambiamenti di lungo termine e incentrato sullo sviluppo del sistema attraverso interventi di tipo organizzativo, formativo e attraverso il rafforzamento delle alleanze con gli attori principali, tra cui il mondo dei servizi sanitari. Gli interventi da attuare nel territorio sono programmati all’interno dei Piani locali di prevenzione che ciascuna ASL redige annualmente per il proprio ambito di riferimento, in coerenza con le indicazioni regionali.

Azioni previste nel periodo (pag. 84)

L’ultimo paragrafo viene riscritto come segue:

“Rispetto alla prevenzione degli **incidenti domestici**, saranno sviluppate due attività, ormai ben consolidate, e cioè corsi di formazione per gli operatori di ogni ASL e informazione sistematica dei MMG e PLS tramite l’invio annuale dei dati dei PS e la trasmissione periodica di note informative sui rischi domestici. Inoltre, è prevista un’azione di potenziamento del raccordo tra i PS e i **Centri Antiveleno** per attuare uno studio di fattibilità sulla metodologia di raccolta delle informazioni sugli avvelenamenti in Piemonte e sulla messa a regime di un sistema di raccolta e analisi dei dati.

Un’azione è centrata su di un modello di *empowerment* in cui **ospedale e territorio** (inteso come Servizi e comunità) collaborano per avviare percorsi di modificazione degli stili di vita partendo dai pazienti ricoverati; tale azione fa riferimento ad un progetto europeo di cui è capofila l’ASL di Biella.

Il **counselling nutrizionale** è il soggetto di un’azione specifica centrata sul monitoraggio dell’esistente, la diffusione delle buone pratiche in merito e l’integrazione tra i servizi tramite percorsi sia formativi che organizzativi.

Infine, ha un ruolo sperimentale nell’ambito della prevenzione l’azione “**Farmacia di Comunità**” che vede la farmacia prendere in carico il paziente cronico attraverso l’identificazione precoce di soggetti affetti da alcune delle principali patologie croniche e la conseguente attività di monitoraggio e counselling per una corretta assunzione delle terapie.”

4.2.1. Tabagismo: sostegno/implementazione interventi (pag. 89)

L’indicatore sentinella non è il primo bensì il terzo, relativo alla costituzione dei gruppi aziendali.

Indicatori di processo	Standard per anno di applicabilità			
	2015	2016	2017	2018
La ricognizione: programmazione, realizzazione, diffusione	Programmazione e avvio della ricognizione	Stesura di un report coi risultati della ricognizione e diffusione del report a livello aziendale ed extra aziendale	-----	-----
Corsi di formazione realizzati	Pianificazione di modello/prototipo del corso di formazione per gli operatori delle ASL/ASO interessate	Almeno 1 corso di formazione attivato / corsi programmati	Almeno 2 corsi di formazione realizzati	Diffusione atti e materiali del corso
Indicatore sentinella: Costituzione/formalizzazione gruppi fumo aziendali/ASL	30%	50%	80%	100%
Interventi realizzati dalle ASL/ASO	-----	Almeno 2 interventi attivati che utilizzino la metodologia del counseling	Almeno 2 interventi attivati che utilizzino la metodologia del counseling	Report delle attività svolte (con particolare attenzione ai risultati)

A pag. 84 viene ridefinito il cronoprogramma dell'azione 4.2.5:

	2015	2016	2017	2018
Azione 4.2.5 Consolidamento delle modalità operative del MET (modello operativo di esercizio-terapia) e ampliamento delle integrazioni con i Servizi specialistici per le MCNT	- ricognizione percorsi attivati - avvio progetto "Trapianto...e adesso Sport" - organizzazione formazione per fiwalking leader e report con Rete Oncologica - avvio gruppo di lavoro - piano di lavoro e incontri gruppo di lavoro - organizzazione seminari	- realizzazione progetto - attivazione percorsi - report intermedio gruppo di lavoro - seminari	- elaborazione documento - realizzazione percorsi - adozione indirizzi regionali - seminari	- report su evoluzione modello - realizzazione progetto - report MET - definizione modalità raccolta sistematica - seminari

4.2.5. Consolidamento delle modalità operative del MET (modello operativo di esercizio-terapia) e ampliamento delle integrazioni con i Servizi specialistici per le MCNT (pag. 93)

Gli indicatori vengono completamente riveduti:

Indicatori di processo	Standard per anno di applicabilità			
	2015	2016	2017	2018
Indicatore sentinella: Ricognizione percorsi attivati nelle Aziende Sanitarie secondo apposito Report. N. ambiti/servizi specialistici coinvolti nei percorsi attivati	N. ambiti specialistici per MCNT > 5 N. pazienti trattati > 50	N. ambiti specialistici per MCNT > 6 N. pazienti trattati > 60	N. ambiti specialistici per MCNT > 6 N. pazienti trattati > 70	N. ambiti specialistici per MCNT > 6 N. pazienti trattati > 70 Redazione di report su evoluzione modello di esercizio-terapia "MET"
Realizzazione delle attività previste nel progetto nazionale di ricerca "Trapianto... e adesso Sport"	Completamento dei test basali di valutazione clinico-funzionale e avvio della fase di somministrazione dell'esercizio fisico	Completamento delle fasi operative previste dal progetto nazionale. N. pazienti coinvolti > 29	Documento su modalità operative di collaborazione tra Servizio Pubblico di Medicina dello Sport e Coordinamento Regionale Trapianti	Elaborazione della prosecuzione delle attività di esercizio-terapia per pazienti trapiantati di organo solido
Realizzazione di attività secondo il "MET" con la Rete Oncologica Piemonte e Valle d'Aosta	Organizzazione di almeno un corso per Fitwalking Leaders	Avvio di almeno 1 specifico percorso di esercizio-terapia per pazienti oncologici	Prosecuzione di almeno 1 percorso di esercizio-terapia per pazienti oncologici	Report dell'evoluzione del modello di esercizio-terapia
Indicatore sentinella: Definizione degli indirizzi regionali e modalità di monitoraggio sullo sviluppo dell'attività MET	Redazione piano di lavoro del gruppo multi-disciplinare del Centro di Esercizio-Terapia ASL TO1 per lo sviluppo delle attività del MET	Report di attività intermedio	Adozione di indirizzi regionali sulla promozione dell'esercizio fisico nei soggetti con patologie croniche	Definizione delle modalità di raccolta dati sistematica Report sugli sviluppi del MET
Realizzazione di incontri/seminari/convegni/corsi	Definizione di "format" di presentazione	N. edizioni: almeno 2 annuali	N.edizioni: almeno 2 annuali	N. edizioni: almeno 2 annuali

4.1.5. Percorsi educativo-terapeutici nelle strutture diabetologiche (pag. 95)

Si modifica l'indicatore sentinella e vengono rivisti gli standard per anno.

Indicatori di processo	Standard per anno di applicabilità			
	2015	2016	2017	2018
Indicatore sentinella: Avvio percorsi evidence-based	Almeno un report sulle attività di interazione con il gruppo sul PDTA-DM	Raccolta buone pratiche e Identificazione dei criteri (elementi minimi qualificanti per i percorsi educativo-terapeutici efficaci)	Avvio in almeno 2 strutture diabetologiche regionali di almeno un percorso educativo-terapeutico strutturato con i criteri individuati	Documento di verifica della trasferibilità del percorso ad almeno un'altra malattia cronica

4.3.1 Allattamento al seno: monitoraggio dell'andamento (pag. 88)

Il primo indicatore diventa sentinella:

Indicatori di processo	Standard per anno di applicabilità			
	2015	2016	2017	2018
Indicatore sentinella: Numero di DMI che dispongono del dato allattamento al seno a 6 mesi	Non disponibile	60%	80%	100%
Individuazione modalità di raccolta dati	Report	-----	-----	-----
Proposta ai DMI del set di indicatori da raccogliere	Elaborazione e invio del questionario	Valutazione risposte al questionario, creazione	Definizione degli indicatori	Proposta ai DMI del set di dati da raccogliere all'interno del profilo di salute MI
Numero di équipes territoriali aggiornate	-----	-----	20%	60%

4.2.4. Diffusione e messa in pratica all'interno delle asl degli interventi specifici brevi per la riduzione del consumo rischioso e dannoso di alcol (pag. 92)

Il secondo indicatore viene parzialmente riveduto:

Indicatori di processo	Standard per anno di applicabilità			
	2015	2016	2017	2018
Prevalenza dei consumatori di alcol a maggior rischio (Indicatore d'impatto)	ASSENTE (dato PASSI 2013 Piemonte: consumatori a maggior rischio 18,2%)	Tenuto conto che le attività formative nei confronti degli operatori sono appena iniziate non si prevedono scostamenti significativi della prevalenza	Prevalenza di consumatori a maggior rischio 17,2%	Prevalenza di consumatori a maggior rischio 16,2%

4.1.3. Inserimento della tematica dell'esercizio fisico a scopo terapeutico nei percorsi educativo-formativi dedicati agli stili di vita per pazienti con MCNT e/o per operatori dei relativi Servizi specialistici (pag. 94)

I due indicatori vengono sostituiti da uno solo, che è anche sentinella:

Indicatori di processo	Standard per anno di applicabilità			
	2015	2016	2017	2018
Indicatore sentinella: N. edizioni di corsi, seminari, convegni, incontri rivolti a pazienti e/o operatori sanitari	≥ 5	≥ 5	≥ 5	≥ 5

4.1.6. Sperimentazione di un modello di lavoro ospedale-territorio con interventi di promozione di corretti stili di vita per pazienti ricoverati (pag. 96)

Il primo periodo viene così riscritto:

Sperimentare percorsi di reclutamento, somministrazione di counseling motivazionale ed avvio di percorsi di modificazione degli stili di vita in pazienti ricoverati, individuando il ricovero come un *teachable moment* per la stimolazione al cambiamento verso corretti stili di vita nella popolazione adulta.

4.4.1. Utilizzo di tecniche partecipate per verifica di efficacia e fattibilità di interventi rivolti all'utenza fragile" (pag. 97)

Il secondo periodo della descrizione dell'azione viene così riscritto:

Il "processo pubblico" intende promuovere un confronto guidato da una precisa metodologia che, sulla base delle evidenze disponibili, conduca ad una riflessione condivisa tra gli operatori. I destinatari intermedi dell'azione sono gli operatori di diversi servizi ASL (Prevenzione, DMI, DSM, SERT/D, UVG) e i portatori di interesse.

L'ultimo punto delle attività previste viene leggermente modificato:

Avvio di uno studio di fattibilità degli interventi selezionati come efficaci e sostenibili.

4.1.7. Testare la trasferibilità nei DSM del metodo del "Dialogo Aperto" per il trattamento dei sintomi di esordio in pazienti con crisi psichiatrica (pag. 98)

Il terzo obiettivo viene così riscritto:

- trattare con il metodo del "Dialogo Aperto", secondo gli schemi adattativi concordati, esclusivamente le nuove richieste di intervento per crisi psichiatrica (soggetti incidenti), pervenute ai DSM torinesi da pazienti residenti nel territorio selezionato per il progetto. Gli esordi psichiatrici riguardano soprattutto preadolescenti, adolescenti e giovani (cfr MO 3).

Viene aggiunta la specificazione del target:

Il target intermedio dell'azione è rappresentato dagli operatori dei DSM, mentre il target finale è costituito dagli utenti con esordi psichiatrici del territorio torinese.

4.3.3. Definizione di indicazioni procedurali per la strutturazione di corsi info-educativi per la prevenzione e la riduzione dell'incidentalità stradale correlata all'uso di sostanze psicoattive (pag. 100)

I tre indicatori vengono convertiti in uno solo, che è anche sentinella; viene aggiunto lo standard 2015.

Indicatori di processo	Standard per anno di applicabilità			
	2015	2016	2017	2018
Indicatore sentinella: Realizzazione corsi info-educativi secondo i criteri regionali	Avvio della ricerca e raccolta delle principali evidenze scientifiche ed esperienze nazionali e regionali in tema di corsi info-educativi	Produzione report di ricognizione corsi realizzati	Produzione documento di indicazione procedurale	Almeno il 30% dei corsi realizzati

4.3.5. Formazione sugli incidenti domestici (pag. 101)

Si modificano i primi due indicatori: diventano uno solo, che è anche sentinella.

Indicatori di processo	Standard per anno di applicabilità			
	2015	2016	2017	2018
Indicatore sentinella: Realizzazione prima edizione corso nelle ASL	Preparazione materiali didattici	Nel 50% delle ASL	Nel 100% delle ASL	Nel 100% delle ASL
Evidenza dell'invio dei dati di PS	Una volta nell'anno	Una volta nell'anno	Una volta nell'anno	Una volta nell'anno
Evidenza dell'invio delle note informative		4 volte nell'anno	4 volte nell'anno	4 volte nell'anno

4.2.6. Farmacia di comunità (pag. 102)

L'azione e i suoi indicatori vengono riscritti in modo più dettagliato:

Obiettivo e descrizione dell'azione Il progetto, parte del quale è stato finanziato nel bando CCM 2015, intende sperimentare il ruolo della farmacia come sede per: <ul style="list-style-type: none"> - l'identificazione precoce di soggetti affetti da alcune delle principali patologie croniche (diabete, BPCO, scompenso cardiaco diastolico) in uno stadio molto precoce della patologia, tale da potersi giovare di una diagnosi e di un indirizzamento precoce alla terapia. A questo scopo, i farmacisti operanti in tutte le farmacie pubbliche e private del Piemonte partecipano a un percorso formativo sulle tre patologie in oggetto e sono invitati, su base volontaria, a partecipare al progetto. Per ognuna delle tre patologie i farmacisti identificano tra gli utenti della farmacia soggetti senza la patologia in studio, ma che presentano criteri che identificano soggetti a rischio elevato di diabete (età > 45 anni, familiarità sovrappeso), scompenso diastolico (sovrappeso ed età < 55 anni), BPCO (età > 40 anni). Per ogni condizione sono previsti appositi questionari di valutazione della probabilità di presenza di malattia e percorsi per l'eventuale conferma diagnostica, per il follow-up sugli esiti e, in parallelo, il monitoraggio di indicatori di processo e di outcome; - attività di monitoraggio e counselling (a pazienti con BPCO, diabete e scompenso cardiaco) per una corretta assunzione delle terapie farmacologiche prescritte. I farmacisti (formati come al punto precedente e su base volontaria) identificano, tra gli utenti della farmacia, soggetti con una delle tre patologie in studio e somministrano un questionario che esplora l'aderenza alle prescrizioni farmaceutiche. I soggetti "non aderenti" vengono sottoposti a counselling, invitati a rivolgersi al proprio MMG e a ritornare dopo un certo periodo di tempo per una rivalutazione dell'aderenza. I risultati del progetto sono valutati nel breve periodo, in termini di aumentata aderenza e, nel medio periodo, in termini di riduzione degli accessi in PS e dei ricoveri ospedalieri. 		OSR cui si riferisce OSR 4.2 Sostenere e implementare le azioni validate di prevenzione/ riduzione/ cessazione di comportamenti a rischio all'interno di specifici percorsi preventivi e/o diagnostico-terapeutici		
Livello a cui si colloca: Regionale				
Periodo di attuazione: 2015-2018				
Indicatori di processo	Standard per anno di applicabilità			
	2015	2016	2017	2018
N. farmacie aderenti	Almeno il 20% delle farmacie pubbliche e private della regione aderiscono	Almeno il 30% delle farmacie pubbliche e private della regione aderiscono	Almeno il 40% delle farmacie pubbliche e private della regione aderiscono	Almeno il 50% delle farmacie pubbliche e private della regione aderiscono
Miglioramento di alcuni indicatori di aderenza e di corretto utilizzo dei farmaci	Almeno il 50% di pazienti per patologia migliora l'aderenza	Almeno il 50% di pazienti per patologia migliora l'aderenza	Almeno il 50% di pazienti per patologia migliora l'aderenza	Almeno il 50% di pazienti per patologia migliora l'aderenza

Programma 5. SCREENING DI POPOLAZIONE

Quadro riassuntivo di obiettivi e indicatori (pag. 107)

L'indicatore per OSR 5.13 viene così riscritto:

Utilizzo del sistema standardizzato proposto dall'ISS per la trasmissione dati.

Screening oncologici. Par. "Baseline indicatori regionali 2014" (pag. 111-112)

Dopo la tab. 1 di pag. 112 si aggiunge il testo seguente:

I dati di performance dei programmi di screening nel 2014 riflettono l'acuirsi di criticità legate alla riduzione delle risorse dedicate e all'incertezza del contesto organizzativo. La scelta di garantire il periodismo di screening per le persone già aderenti, operata da molti programmi, ha permesso di mantenere buoni livelli di copertura da esami, ma tende ad aggravare il ritardo nella copertura della popolazione inevitabile. L'impatto degli interventi di riorganizzazione dell'offerta e della governance dei servizi di prevenzione, avviati nel 2015, potrà essere valutato solo nel medio periodo. Nella fase di transizione i ritardi si sono acuiti.

Per queste ragioni si ritiene realistico uno scenario che prevede un consolidamento progressivo tra il 2016 e il 2018 dei livelli di attività regionali sui valori previsti dagli standard nazionali.

5.1.1. Piena implementazione dei tre programmi di screening oncologico (pag. 117)

Si modifica lo standard 2017 degli indicatori, che viene portato a 100%:

Indicatori di processo <i>Indicatori sentinella:</i>	Standard per anno di applicabilità			
	2015	2016	2017	2018
SCREENING MAMMOGRAFICO Età 50-69 anni Numero di donne invitate ad effettuare il test di screening + adesioni spontanee / popolazione bersaglio annuale	75%	85%	100%	100%
SCREENING CERVICO-VAGINALE Età: 25-64 anni Numero di donne invitate ad effettuare il test di screening + adesioni spontanee / popolazione bersaglio annuale	70%	80%	100%	100%
SCREENING COLO-RETTALE Età 58 anni Numero persone invitate a sigmoidoscopia + adesioni spontanee / popolazione bersaglio annuale	82%	85%	100%	100%

5.9.1. Interventi rivolti alle donne con rischio ereditario per tumore della mammella (pag. 121)

Gli standard del terzo indicatore vengono riformulati in termini assoluti. Viene aggiunto un quarto indicatore che registra l'implementazione del programma.

Indicatori di processo	Standard per anno di applicabilità			
	2015	2016	2017	2018
Costituzione del gruppo regionale	Costituzione del gruppo	-	-	-
Definizione del protocollo	-	Definizione del protocollo	-	-
Numero di dipartimenti nei quali viene attuata l'azione almeno in via sperimentale	-	-	4	8
Casi a rischio avviati al percorso previsto dal protocollo / totale casi a rischio individuati	---	---	60%	80%

5.12.1 Test con riflesso rosso (pag. 123)

L'indicatore diventa sentinella.

Indicatori di processo	Standard per anno di applicabilità			
	2015	2016	2017	2018
Indicatore sentinella: N. di punti nascita che effettuano lo screening del riflesso rosso sul totale dei Punti Nascita		90%	90%	100%

5.11.2. Screening audiologico con otoemissioni (pag. 124)

L'indicatore diventa sentinella.

Indicatori di processo	Standard per anno di applicabilità			
	2015	2016	2017	2018
Indicatore sentinella: N. di punti nascita che effettuano lo screening audiologico sul totale dei Punti Nascita		90%	90%	100%

5.13.1. Monitoraggio del TSH neonatale (pag. 124)

Il terzo indicatore viene riscritto:

Indicatori di processo	Standard per anno di applicabilità			
	2015	2016	2017	2018
Utilizzo del sistema standardizzato proposto dall'ISS per la trasmissione dati			A regime	A regime

5.10.1 e 5.10.2 Screening malattie croniche (pag. 125-126)

Diventano una sola azione, con un indicatore sentinella. Di seguito, la nuova azione 5.10.1 che sostituisce le azioni n. 5.10.1 e 5.10.2.

Azione 5.10.1. Screening malattie croniche non trasmissibili

Obiettivi dell'azione:

Delineare il quadro epidemiologico della popolazione destinataria del possibile programma di popolazione per l'identificazione precoce dei soggetti in condizioni di rischio aumentato per MCNT; attuare una ricognizione delle iniziative e delle risorse presenti nel territorio, nonché dei soggetti potenzialmente coinvolgibili nel network. Predisporre lo studio di fattibilità del programma di popolazione per l'identificazione precoce dei soggetti in condizioni di rischio aumentato per MCNT, da sperimentare in una realtà locale selezionata.

OSR cui si riferisce: 5.10. Avvio di uno studio di fattibilità di un programma di popolazione per l'identificazione precoce dei soggetti in condizioni di rischio aumentato per MCNT

Descrizione dell'azione

Attività principali:

- costituzione steering committee;
- analisi della situazione epidemiologica relativa alla distribuzione delle MCNT sul territorio piemontese;
- analisi del profilo della popolazione afferente alle varie ASL piemontesi in termini di abitudini alimentari, pratica di attività fisica, tabagismo;
- verifica della strutture esistenti in ambito territoriale per la messa in atto di strategie preventive legati agli stili di vita;
- ricognizione di progetti, iniziative, attività routinarie già strutturati nel contesto territoriale;
- analisi della letteratura scientifica relativa agli interventi di prevenzione primaria legati agli stili di vita ritenuti efficaci;
- ricerca e valutazione esperienze di altre regioni;
- elaborazione di un documento preliminare di sintesi dei risultati emersi dalle fasi precedenti, da utilizzare per la consultazione degli stakeholder finalizzata alla creazione del network;
- creazione di un network di professionisti sanitari e di stakeholder da coinvolgere per la progettazione dello studio di fattibilità;
- identificazione delle linee di azione e stesura del documento;
- identificazione del contesto di applicazione;
- definizione degli indicatori di processo e di risultato per la valutazione dell'impatto;
- stima dell'impatto economico;
- sperimentazione del programma nelle modalità individuate dallo studio di fattibilità.

Livello cui si colloca: regionale, locale, puntuale.

Periodo di attuazione: 2015-2018.

Indicatori di processo	Standard per anno di applicabilità			
	2015	2016	2017	2018
Analisi epidemiologica e delle iniziative esistenti	Steering committee costituito e funzionante	Documento di analisi agli atti		
Creazione network professionisti e stakeholder		Network costituito e funzionante		
Indicatore sentinella: Avvio programma sperimentale		Studio di fattibilità agli atti	Individuazione territorio sperimentazione (atti regionali)	Report sull'avvio della sperimentazione, entro dicembre 2018

Programma 7 - AMBIENTE E SALUTE

7.7.1. Attuare programmi di controllo in materia di REACH/CLP con individuazione di un sistema di indicatori per il monitoraggio delle situazioni di non conformità (pag. 169)

Viene aggiunto un indicatore sentinella:

	2015	2016	2017	2018
Indicatore sentinella: Numero di controlli effettuati su quanti previsti nel Piano Regionale per le attività di controllo	≥ 80%	≥ 80%	≥ 80%	≥ 80%

7.8.1. Realizzare iniziative di formazione degli operatori sul tema della sicurezza chimica (pag. 170)

Il primo indicatore viene sostituito da un nuovo indicatore, che diventa anche sentinella:

	2015	2016	2017	2018
Indicatore sentinella: Realizzazione corso formazione per ispettori REACH/CLP	Almeno un corso effettuato a livello regionale			

Programma 8 - PREVENZIONE E CONTROLLO DELLE MALATTIE TRASMISSIBILI

In relazione al macro-obiettivo 9, vengono rimodulati i valori regionali attesi al 2018 degli indicatori centrali in senso più rispondente agli standard indicati dal PNP (v. Piano di monitoraggio e valutazione). Inoltre le azioni n. 8.1.1, 8.5.1, 8.5.2 vengono riscritte come segue, in modo da precisare maggiormente le attività previste.

8.1.1. Sviluppo e integrazione dei sistemi di sorveglianza e potenziamento sistemi informativi

OSR cui si riferisce: OSR 8.1; 8.2; 8.3; 8.6; 8.10; 8.11; 8.13

Obiettivi e descrizione dell'azione

1. Migliorare la qualità e la tempestività del sistema di segnalazione e notifica delle malattie infettive:
 - implementazione del sistema di automazione dei flussi informativi intraregionali,
 - predisposizione di sistemi di avviso e alert per malattie selezionate,
 - predisposizione per l'accesso da parte di segnalatori,
 - adozione della nuova versione della piattaforma informatica.
2. Estendere il sistema automatizzato di notifica e sorveglianza speciale delle malattie a tutti i segnalatori:
 - integrazione del sistema nel Portale dei Medici di Medicina Generale e Pediatri di Libera Scelta,
 - sperimentazione e adozione del Sistema su tutto il territorio regionale,
 - sviluppo interfacce dedicate e disponibilità del sistema automatizzato per tutte le Direzioni Ospedaliere e Unità Per il Rischio Infettivo delle ASR e Ospedali convenzionati,
 - sviluppo interfacce dedicate e disponibilità del sistema automatizzato ai Reparti di Malattie infettive per la segnalazione web di alcune o tutte le malattie infettive.
3. Aumentare la sensibilità del sistema regionale di sorveglianza degli Enterobatteri Produttori di Carbapenemasi:
 - incontri tecnici e di formazione,
 - estensione del sistema di sorveglianza alle imprese ospedaliere private.
4. Migliorare la sorveglianza dei microrganismi che presentano antibiotico resistenza:
 - informatizzazione della raccolta annua degli isolamenti di Enterobatteri produttori di Carbapenemasi da qualunque materiale,
 - informatizzazione della raccolta annua dei profili di antibioticoresistenza per alcuni "microorganismi alert",
 - aggiornamento dei database e controllo di qualità.
5. Monitorare l'uso degli antibiotici nell'ambito dell'assistenza sanitaria ospedaliera e territoriale e in ambito zootecnico e di animali da compagnia:
 - predisposizione e avvio di un programma di monitoraggio locale e regionale del consumo degli antibiotici,
 - analisi e produzione di report.
6. Monitorare l'attività vaccinale a livello centrale attraverso l'informatizzazione dei dati vaccinali per costruire indicatori di copertura standardizzati e confrontabili, analizzare i motivi di rifiuto delle vaccinazioni e coordinare le informazioni con il registro dello screening HPV:
 - completamento del programma di estensione regionale delle anagrafi vaccinali,
 - analisi dei dati storici di attività vaccinale,
 - costruzione degli indicatori di copertura per coorte di nascita.
7. Adeguare il sistema regionale agli obiettivi del Piano di Controllo della tubercolosi 2013-2016 approvato come Intesa nella Conferenza Stato-Regioni-Province autonome del 20 dicembre 2012.
 - predisposizione e attivazione del sistema regionale di sorveglianza delle attività di screening e trattamento dei contatti.

8. Potenziare il sistema informativo per la sorveglianza e il controllo delle malattie batteriche invasive, comprese le MT anche attraverso la collaborazione e la comunicazione tra clinici dei Reparti, Laboratori di Microbiologia, Direzione Medica e Servizi di Sanità Pubblica delle ASL:

- mantenimento della sorveglianza attiva dei casi sospetti di malattia batterica invasiva con contatto mensile dei referenti dei laboratori di microbiologia regionali,
- mantenimento dei contatti con il laboratorio di riferimento per la conferma della diagnosi eziologica a fini terapeutici e per l'eventuale profilassi dei contatti,
- organizzazione di evento formativo per sensibilizzare i clinici circa la necessità di eseguire emocolture in pazienti con sintomi clinici suggestivi di sospette infezioni invasive,
- analisi e produzione di report sulla tipizzazione dei patogeni.

Livello cui si colloca: Regionale e Locale (tutte le ASR)

Periodo di attuazione: 2015-2018

Indicatori: invariati.

8.5.1. Definizione di programmi regionali di prevenzione e controllo

OSR cui si riferisce: OSR 8.5; 8.7; 8.9; 8.13

Obiettivi e descrizione dell'azione

1. Sviluppare la programmazione integrata tra le azioni di sorveglianza, prevenzione e controllo delle infezioni comunitarie, quelle correlate all'assistenza e antibioticoresistenze:

- individuazione azioni per l'integrazione delle attività esistenti,
- attivazione strumenti organizzativi e individuazione delle prime aree di intervento,
- sviluppo delle azioni individuate,
- valutazione azioni intraprese,
- individuazione ulteriori attività di sorveglianza,
- sviluppo attività controllo,
- valutazione,
- produzione documenti descrittivi.

2. Assicurare efficacia ed efficienza in caso di emergenza infettiva tramite la definizione di responsabilità, la razionalità e la tempestività degli interventi:

- aggiornamento del piano regionale esistente,
- formazione specifica del personale impiegato,
- definizione della dotazione strumentale,
- integrazione con specialisti e istituzioni coinvolti a vario titolo (in particolare con il personale del 118, Istituto Zooprofilattico sperimentale, ARPA, la Protezione Civile, le Prefetture, le forze dell'Ordine, i Vigili del Fuoco),
- Aggiornamento e sviluppo di un piano regionale per le emergenze infettive coordinato con le indicazioni nazionali e integrato con la pianificazione regionale per la gestione delle emergenze di sanità pubblica.

3. Ridurre i rischi di trasmissione di Infezioni Sessualmente Trasmissibili (IST):

- Ottimizzare l'organizzazione dei servizi e l'appropriatezza delle prestazioni e dei metodi diagnostici di riferimento per orientare ai gruppi a più alto rischio, con attenzione particolare per HIV e per le IST che maggiormente facilitano l'acquisizione e la trasmissione dell'HIV,
- Predisposizione e attuazione della riorganizzazione della rete dei Centri IST del Piemonte.

4. Accrescere il sospetto diagnostico e promuovere l'implementazione di interventi efficaci per aumentare la aderenza al trattamento della TB e dell'ITBL:

- Realizzazione di corsi di formazione e incontri con gli operatori del SSR che a vario titolo si occupano della gestione dei pazienti con diagnosi di tubercolosi respiratoria.

5. Individuare i determinanti che possono incidere sull'interruzione del trattamento e sulla perdita dei pazienti TB al follow-up:

- Analisi dei dati del sistema di sorveglianza speciale delle TB e dei contatti di caso di TB attiva.

6. Mantenere elevati livelli di copertura vaccinale e contrastare il fenomeno di rifiuto delle vaccinazioni:

- aggiornamento del Piano Piemontese di Promozione delle Vaccinazioni in attuazione degli obiettivi del Piano nazionale di Prevenzione vaccinali (indicatore di processo).

7. Predisporre, approvare e attuare un Piano regionale di offerta del test HIV:

- identificazione di comportamenti e condizioni maggiormente indicati per il test

- calcolo di frequenza, luoghi e modalità,

- identificazione delle tipologie di test,

- identificazione delle procedure di counselling pre- e post- test e di restituzione del risultato.

Livello cui si colloca: Regionale e Locale (tutte le ASR)

Periodo di attuazione: 2015-2018

Indicatori di processo	Standard per anno di applicabilità			
	2015	2016	2017	2018
<i>Predisposizione nuovi piani:</i>				
Coronavirus		Documento Analisi organizzativa e Progettazione piano	Realizzazione Piano	Adozione piano regionale
<i>Aggiornamento piani:</i>				
Emergenze infettive	Report Analisi di contesto	Adozione piano regionale	Documento applicazione	
Agenti classe IV	Report Analisi di contesto	Adozione piano regionale	Documento applicazione	
Piano malattie trasmesse da vettori		Report Analisi di contesto	Adozione piano regionale	Documento applicazione
Piano Pandemia Influenzale			Report Analisi di contesto	Adozione piano regionale

8.5.2. Azioni di comunicazione

OSR cui si riferisce: OSR 8.5; 8.7; 8.9; 8.13

Obiettivi e descrizione dell'azione

Attività principali che verranno messe in atto per realizzare l'obiettivo:

1. Sviluppare le campagne informative regionali sull'antibioticoresistenza in coordinamento con le campagne nazionali, orientate dai risultati delle attività di sorveglianza delle antibioticoresistenze e dei risultati del monitoraggio del consumo degli antibiotici:

- Valutazione delle esperienze nazionali e internazionali pregresse o in atto.

- Valutazione target e individuazione modalità comunicative.

- Valutazione di fattibilità per misurazione dell'efficacia tramite la sorveglianza campionaria "PASSI".

- Organizzazione e avvio campagna informativa rivolta al target individuato.

- Attivazione delle attività di misurazione dell'efficacia.

2. Promuovere l'uso consapevole delle sostanze antimicrobiche nelle terapie mediche e nel settore alimentare rivolte ai gruppi professionali sanitari e alle categorie produttive interessate:

- Valutazione organizzativa e valutazione target per MMG e PLS.

- Programmazione campagna di comunicazione rivolta ai prescrittori di sostanze antimicrobiche del territorio (MMG e PLS).

- Individuazione modalità formative per promozione al buon uso degli antibiotici per MMG e PLS.

- Programmazione campagna di comunicazione per gli utilizzatori sostanze antimicrobiche nella produzione alimentare (settore zootecnico).

- Valutazione organizzativa, valutazione target e modalità formative per promozione consapevolezza addetti zootecnia.

3. Promuovere l'adesione consapevole ai programmi vaccinali nella popolazione generale e in specifici gruppi a rischio tramite progetti di comunicazione sociale in tema di vaccinazioni improntati alla trasparenza e alla coerenza informativa anche attraverso i social network e la sensibilizzare dei Medici Medicina Generale, dei Pediatri di Libera Scelta e degli altri operatori sanitari regionali.

- implementazione del Blog "perchévaccino.it" già sperimentato nella AUSL Romagna-Rimini.

- predisposizione e sviluppo della campagna informativa e corsi di aggiornamento rivolta a MMG e PLS.

Livello cui si colloca: Regionale e Locale (tutte le ASR)

Periodo di attuazione: 2015-2018

Indicatori di processo	Standard per anno di applicabilità			
	2015	2016	2017	2018
Campagna antibiotico resistenze	Valutazione strumenti	Individuazione strumenti Sviluppo campagna comunicazione	Produzione documento Avvio campagna informativa	Valutazione campagna informativa
Comunicazione sociale vaccinazioni	Analisi di contesto	Sviluppo Blog	Realizzazione e Attivazione Blog	Valutazione dell'applicazione

Programma 9 - SANITÀ PUBBLICA VETERINARIA E SICUREZZA ALIMENTARE

9.1.1. Gruppo valutazione rischio (pag. 191)

Viene aggiunto nell'indicatore sentinella lo standard per il 2016:

Indicatori di processo	Standard per anno di applicabilità			
	2015	2016	2017	2018
Indicatore sentinella: Evento regionale di sensibilizzazione e informazione/formazione sull'informatizzazione della gestione del farmaco.		Almeno 1 evento nel 30% delle ASL	Almeno 1 evento nel 50% delle ASL	Almeno 1 evento nell'80% delle ASL

9.3.1. Potenziare il sistema di sorveglianza e gestione MTA (pag. 193)

Viene aggiunta una descrizione più puntuale del sistema esistente:

Descrizione dell'azione

La sorveglianza e il controllo dei focolai [...] (WHO, CDC, ECDC, ecc.).

La Regione Piemonte dispone di un sistema regionale di sorveglianza delle MTA per la gestione degli episodi di malattie a trasmissione alimentare che risponde ai requisiti della direttiva 2003/99 integrata con l'aggiunta di altri patogeni. Il sistema integra i dati del sistema di notifica casi umani MTA con una sorveglianza dei principati enteropatogeni mediante raccolta dati dai laboratori clinici piemontesi e raccolta dati positività enteropatogeni riscontrati negli alimenti in occasione del controllo ufficiale. Tale sistema richiede un aggiornamento nelle linee di indirizzo (con eventuale inclusione dei dati sorveglianza agenti zoonotici negli animali) e nelle procedure per l'attuazione di programmi informativi/formativi nelle ASL. L'obiettivo individuato è quello di mantenere aggiornato uno strumento già presente che può essere ulteriormente migliorato, partendo da una baseline che rispetta già oggi lo standard dell'obiettivo centrale 10.3.

Le attività previste per aumentare la capacità del sistema [...]

9.11.1. Definire strategie di comunicazione (pag. 193)

Viene aggiunta una descrizione più puntuale dell'azione e viene chiarito il secondo indicatore:

In regione Piemonte da diversi anni è previsto, ed inserito annualmente nel PRISA, uno specifico indirizzo alle ASL per le attività di comunicazione a soggetti istituzionali e portatori di interesse in materia di sicurezza alimentare ed attività di controllo. Le ASL inseriscono tale attività nel Piano aziendale integrato sicurezza alimentare (PAISA). Le modalità di attuazione di tali interventi sono però a volte disomogenee e migliorabili sul piano dell'efficacia. Per tale ragione si prevede di fare una valutazione delle attività in corso e delle metodologie utilizzate per poi procedere alla stesura di nuovi indirizzi per il miglioramento e l'implementazione dei programmi di comunicazione regionali e delle ASL.

Attività previste:

- Elaborazione di documenti/ relazioni sintetiche su programmi e risultati del controllo ufficiale, aggiornamenti su tematiche di attualità. Condivisione di metodologie di comunicazione efficace;
- Definizione e implementazione di una strategia di comunicazione dell'ACR e delle ACL.

	2015	2016	2017	2018
Numero interventi coordinati di comunicazione/anno in tutte le ASL				100%

9.6.1 Prevenzione malattie infettive fauna selvatica (pag. 196)

Vengono inseriti gli standard per ogni anno di applicabilità del secondo e terzo indicatore di processo. Il secondo indicatore viene riscritto:

Indicatori di processo	Standard per anno di applicabilità			
	2015	2016	2017	2018
Approvazione del piano di monitoraggio	100%	--	--	--
Numero malattie dei selvatici monitorate	4	4	5	6
Proporzione dei campioni prelevati/campioni programmati	100%	100%	100%	100%
Report di verifica dei risultati	--	--	1	1

9.8.1. Migliorare la qualità nutrizionale e la sicurezza dell'offerta alimentare (pag. 198)

In relazione ai disordini da carenza iodica, vengono inserite alcune precisazioni nella descrizione dell'azione e nel primo indicatore.

- Interventi di sorveglianza/ vigilanza nutrizionale nelle ristorazioni collettive e negli esercizi di vendita.
- [...]
- Interventi per verificare la disponibilità e l'utilizzo di sale iodato nelle ristorazione collettive e negli esercizi di vendita.
- Corsi di formazione per operatori del settore alimentare.

	2015	2016	2017	2018
Indicatore sentinella: Raccolta annuale dei dati relativi ai controlli effettuati nelle verifiche di sale iodato e trasmissione al MS e ISS secondo il percorso standardizzato previsto		1	1	1

9.9.1. Formazione del personale delle Autorità competenti (pag. 199)

Vengono inseriti gli standard per ogni anno di applicabilità degli indicatori di processo:

Indicatori di processo	Standard per anno di applicabilità			
	2015	2016	2017	2018
Completamento programma di formazione ACR/ACL del personale addetto ai controlli ufficiali	80%	90%	95%	100%
Numero eventi formativi/anno	1	1	1	1
Percentuale di personale addetto al controllo ufficiale delle ACL e ACR formato per il corso base (approfondimento del pacchetto igiene) previsto dall'Accordo/totale del personale afferente ai servizi dell'Autorità competente	95%	95%	97%	100%
Presenza della programmazione della formazione del personale precedentemente formato sugli argomenti del percorso base	25%	50%	75%	100%

PIANO DI MONITORAGGIO E VALUTAZIONE (pag. 215)

Il Piano di monitoraggio e valutazione del PRP, integrato con l'indicazione dei valori attesi regionali mancanti e dell'anno di realizzazione (per i qualitativi), con la giustificazione di eventuali scostamenti dallo standard nazionale e con gli indicatori sentinella aggiuntivi, viene rielaborato come segue.

PIANO DI MONITORAGGIO E VALUTAZIONE

INDICATORI CENTRALI QUANTITATIVI

Codice indicatore	NOME INDICATORE	DEFINIZIONE OPERATIVA	NAZIONALE		PIEMONTE		GIUSTIFICAZIONE EVENTUALE SCOSTAMENTO DA STANDARD NAZIONALE
			2013 (baseline)	STANDARD	2013 (baseline)	VALORE ATTESO REGIONALE 2018	
1.02.01	Prevalenza di bambini allattati al seno alla fine del sesto mese	Prevalenza di donne con figli minori di 6 anni che riferiscono di aver allattato al seno per sei mesi o più	Anni 2012-2013: 52,6%	+25%	43,6	54,5	
1.04.01	Prevalenza di fumatori nella popolazione	Prevalenza di fumatori di età 18-69 anni	Anno 2013: 27,2%	-10%	25,7	24,5	Si parte già da valori più bassi di quelli nazionali e l'andamento è in diminuzione. Si ipotizza di attestarsi al valore atteso nazionale
1.05.01	Prevalenza di persone che riferiscono che nel proprio ambiente di lavoro il divieto di fumo è sempre o quasi sempre rispettato	Prevalenza di persone di età 18-69 anni che lavorano in locali chiusi e che rispondono "sempre" o "quasi sempre" alla domanda sul rispetto del divieto di fumo sul luogo di lavoro	Anno 2013: 91,4%	+5%	93,0	95	Il Piemonte parte da valori più alti di quelli nazionali. Si ritiene comunque accettabile un risultato del 95%
1.06.01	Prevalenza di consumatori di alcol a rischio	Prevalenza di persone di età 18-69 anni con consumo a rischio di alcol (consumo abituale elevato + consumo binge + consumo fuori pasto)	Anno 2013: 16,7%	-15%	18,2	16,2	Considerando il baseline e l'andamento regionale, si ritiene possibile attestarsi al 16,2% nel 2018
1.7.1-2	Prevalenza delle persone che consumano almeno 3 porzioni di frutta e/o verdura al giorno	Prevalenza di persone di età 18-69 anni che consumano abitualmente 3 o più porzioni di frutta e/o verdura al giorno	Anno 2013: 46,7%	+10%	51,2	55	Il Piemonte parte da valori più alti di quelli nazionali. Si ritiene accettabile un risultato del 55%, prevalenza superiore a quella attesa a livello nazionale (51,4%)
		Prevalenza di bambini di età 8-9 anni che consumano almeno 2 volte al giorno frutta e/o verdura	Anno 2014: 56,8%	+15%	66,6	73	Si parte da valori più alti rispetto a quelli nazionali con un trend di sostanziale stabilità in Piemonte rispetto al 2008 ed una modesta riduzione rispetto al 2012 (67,4%). Si ritiene ragionevole puntare al 50% dello standard previsto
1.08.01	Prevalenza di soggetti che hanno ricevuto suggerimenti da operatori sanitari per la riduzione del consumo di sale	Prevalenza di persone di età 18-69 anni ipertese che hanno ricevuto da operatori sanitari il suggerimento di ridurre il consumo di sale nel cibo	Anno 2013: 88,6%	+5%	85,0	89,2	

Codice indicatore	NOME INDICATORE	DEFINIZIONE OPERATIVA	NAZIONALE		PIEMONTE		GIUSTIFICAZIONE EVENTUALE SCOSTAMENTO DA STANDARD NAZIONALE
			2013 (baseline)	STANDARD	2013 (baseline)	VALORE ATTESO REGIONALE 2018	
1.08.02	Prevalenza di soggetti che hanno ridotto il consumo giornaliero di sale	Prevalenza di soggetti 3 anni e più che dichiarano di non prestare attenzione alla quantità di sale e/o al consumo di cibi salati	Anno 2012: 31,1%	-30%	26,0	18,2	
1.09.01	Prevalenza di soggetti 18-69 anni fisicamente attivi	Prevalenza di persone di età 18-69 anni che svolgono un lavoro pesante e/o aderiscono alle linee guida sulla attività fisica	Anno 2013: 33,4	+30%	32,6	42,4	
1.09.02	Proporzione di ultra64enni fisicamente attivi	Punteggio PASE calcolato con la rilevazione Passi d'Argento nella popolazione over 64 anni	Anni 2012-2013: punteggio PASE=78 per il 40% della popolazione over 64 anni	+15% l'obiettivo è portare questo punteggio da 78 a 90	69,2	78	Si parte da valori più alti rispetto a quelli nazionali. Si ritiene che l'ulteriore miglioramento atteso possa portare ad attestarsi al 78%
1.09.03	Tasso di ospedalizzazione per fratture	Rapporto tra i ricoveri con diagnosi principale o secondaria di frattura del collo del femore popolazione residente	13 per mille	-15%	13,1	11,2	
1.10.03	Proporzione di fumatori che hanno ricevuto da un operatore sanitario il consiglio di smettere	Prevalenza di fumatori di età 18-69 anni che negli ultimi 12 mesi hanno ricevuto dal medico o da un operatore sanitario il consiglio di smettere di fumare	Anno 2013: 51,5%	+30%	50,8	66,1	
1.10.04	Proporzione di persone in eccesso ponderale che hanno ricevuto da un operatore sanitario il consiglio di perdere peso	Prevalenza di persone di età 18-69 anni in eccesso ponderale (IMC > 25 calcolato dai valori autoriferiti di peso e altezza) che negli ultimi 12 mesi hanno ricevuto dal medico o da un operatore sanitario il consiglio di perdere peso	Anno 2013: 51,4%	+30%	55,1	71,7	
1.10.05	Proporzione di consumatori di alcol a rischio che hanno ricevuto da un operatore sanitario il consiglio di ridurre il consumo	Prevalenza di persone di età 18-69 anni con consumo a rischio di alcol che negli ultimi 12 mesi hanno ricevuto dal medico o da un operatore sanitario il consiglio di ridurre il consumo di alcol	Anno 2013: 6,2%	+300%	5,2	13	Lo standard appare troppo ambizioso
1.10.06	Proporzione di persone con patologia cronica che hanno ricevuto da un operatore sanitario il consiglio di praticare regolare attività fisica	Prevalenza di persone di età 18-69 anni con patologia cronica che negli ultimi 12 mesi hanno ricevuto dal medico o da un operatore sanitario il consiglio di fare regolare attività fisica	Anno 2013: 40,9%	+30%	41,4	53,8	
1.12.01	Percentuale di persone che ricevono l'invito a partecipare al programma di screening per il tumore della CERVICIE UTERINA sulla popolazione bersaglio	Proporzione di persone in età target invitate	Anno 2012: 77%	+30% (per raggiungere il 100% previsto dai LEA)	67 (2014)	100	
	Percentuale di persone che ricevono l'invito a partecipare al programma di screening MAMMOGRAFICO sulla popolazione bersaglio		Anno 2012: 73%	+37% (per raggiungere il 100% previsto dai LEA)	70 (2014)	100	

Codice indicatore	NOME INDICATORE	DEFINIZIONE OPERATIVA	NAZIONALE		PIEMONTE		GIUSTIFICAZIONE EVENTUALE SCOSTAMENTO DA STANDARD NAZIONALE
			2013 (baseline)	STANDARD	2013 (baseline)	VALORE ATTESO REGIONALE 2018	
	Percentuale di persone che ricevono l'invito a partecipare al programma di screening COLORETTALE sulla popolazione bersaglio		Anno 2012: 57%	+75% (per raggiungere il 100% previsto dai LEA)	80% FS a 58 anni (2014)	100	
1.13.01	Percentuale di persone che hanno aderito all'invito sulla popolazione bersaglio (SCREENING CERVICALE)	Proporzione di persone in età target invitati che eseguono il test di primo livello	Anno 2012: 41% degli invitati pari al 32% della popolazione target	+55% (per raggiungere il 50% previsto dai LEA)	53,8% degli invitati pari al 43,2% della popolazione target	50	
	Percentuale di persone che hanno aderito all'invito sulla popolazione bersaglio (SCREENING MAMMOGRAFICO)		Anno 2012: 57,5% degli invitati pari al 42% della popolazione target	=+45% (per raggiungere il 60% previsto dai LEA)	67,8% degli invitati pari al 47,0% della popolazione target	60	
	Percentuale di persone che hanno aderito all'invito sulla popolazione bersaglio (SCREENING COLORETTALE)		Anno 2012: 46% degli invitati pari al 26% della popolazione target	+95% (per raggiungere il 50% previsto dai LEA)	FS +FIT 32,4% della popolazione target	50 (58-69 anni)	
5.01.01	Tasso di decessi per incidente stradale	Rapporto tra il numero dei morti in incidente stradale e la popolazione residente (tasso per 1.000.000 di abitanti). Si considera "decesso da incidente stradale" un decesso che avviene entro 30 giorni dall'incidente	Anno 2013: 56,2/1.000.000 abitanti	-20%	59/1.000.000 abitanti	47,2/1.000.000 abitanti	Tasso al baseline calcolato da schede ISTAT-ACI (il vero tasso di mortalità, calcolabile da schede di morte ISTAT, è più alto, ma aggiornato solo al 2012). Principale criticità nel raggiungimento del risultato: la prevenzione dell'incidentalità è correlabile a politiche infrastrutturali e interventi assistenziali, solo in minima parte a interventi di prevenzione sanitaria e sanità pubblica
5.02.01	Tasso di ricoveri per incidente stradale	Percentuale ricoveri per incidente stradale sul totale dei ricoveri per traumi ed avvelenamenti	Anno 2013: 7,2%	-10%	6,0	5,4	
5.03.01	Proporzione di soggetti che utilizzano dispositivi di sicurezza per adulti e bambini	Prevalenza di persone di età 18-69 anni che viaggiano in auto (in città e fuori), e che, alla domanda sull'uso delle cinture di sicurezza quando stanno sui sedili posteriori, rispondono: "sempre"	Anno 2013: 20,2%	+50%	30,3	40	Si parte da valori più alti rispetto a quelli nazionali. Si ritiene ragionevole un risultato atteso basato su un aumento del 33%
		Prevalenza di persone di età 18-69 anni che negli ultimi 12 mesi sono salite su una motocicletta/scooter/motorino, come guidatore o passeggero e che, alla domanda sull'uso del casco quando vanno in motocicletta/scooter/motorino, sia in città sia fuori, rispondono "sempre"	Anno 2013: 95,3%	100% delle Regioni raggiunge lo standard >95	96,4	95	Considerato l'andamento regionale, si ritiene di potersi attestare al 95%

Codice indicatore	NOME INDICATORE	DEFINIZIONE OPERATIVA	NAZIONALE		PIEMONTE		GIUSTIFICAZIONE EVENTUALE SCOSTAMENTO DA STANDARD NAZIONALE
			2013 (baseline)	STANDARD	2013 (baseline)	VALORE ATTESO REGIONALE 2018	
5.03.02	Guida sotto effetto dell'alcol (Percentuale di persone 18-69 anni non astemie che dichiarano di aver guidato un'auto o una moto, negli ultimi 30 giorni, entro un'ora dall'aver bevuto 2 o più unità di bevande alcoliche)	Prevalenza di persone 18-69 anni non astemie che dichiarano di aver guidato un'auto o una moto, negli ultimi 30 giorni, entro un'ora dall'aver bevuto 2 o più unità di bevande alcoliche	Anno 2013: 8,7%	-30%	8,8	6,2	
6.01.01	Tasso annuale di incidenza degli incidenti domestici seguiti da ricovero per fasce di età e genere	Numero di ricoveri per incidente domestico	Anno 2013: 89.868 ricoveri (in aumento del 27% negli ultimi 3 anni)	Fermare il trend in ascesa	7723	7723	
6.02.01	Proporzione di ultra64enni fisicamente attivi sopra il 40° percentile	Vedi 1.09.02	Anni 2012-2013: punteggio PASE=78 per il 40% della popolazione over 65 anni	vedi 1.09.02	69,2	78	Vedi 1.09.02
6.03.02	Misurazione della percezione del rischio (Passi - Passi d'Argento entro 5 anni)	Prevalenza di persone di età 18-69 anni che dichiarano che il rischio di infortunio nel loro ambiente domestico, per sé o per i propri familiari, è alto o molto alto	Anno 2013: 5,7	30%	4,2	5,5	
6.04.01	Proporzione di persone che hanno ricevuto informazioni dagli operatori sanitari (Passi - Passi d'Argento entro 5 anni)	Prevalenza di persone di età 18-69 anni che dichiarano di aver ricevuto, nei 12 mesi precedenti l'intervista, informazioni da operatori sanitari su come prevenire gli infortuni domestici	Adulti 18-69 anni: 13% (anno 2012 solo 10 Regioni)	100%	9,5	18,9	
		Prevalenza di persone ultra 64enni che dichiarano di aver ricevuto, nei 12 mesi precedenti l'intervista, informazioni su come evitare le cadute in casa	Anziani > 64 anni: 17% (Passi d'Argento, anni 2012/2013)		13,4	26,8	
7.02.01	Emersione del fenomeno tecnopatico misurata mediante l'incremento delle segnalazioni e delle denunce delle malattie lavoro correlate per comparti, o per i rischi, oggetto di intervento con particolare riferimento a: - comparto agricolo forestale - comparto delle costruzioni - rischio cancerogeno e chimico - rischi per apparato muscolo scheletrico	Incremento relativo delle segnalazioni di malattie professionali	+ 47% nel periodo 2009-2013 a livello nazionale	+10%	1.966 casi	2.064 casi (+5% rispetto al 2013)	Standard ritenuto non raggiungibile. Infatti, mentre il trend delle MP nazionale è in aumento (+47%) nel 2009-2013, in Piemonte è in diminuzione (-7,7%) probabilmente a causa dell'emersione delle malattie muscoloscheletriche, già avvenuta nel passato almeno in alcuni territori. Si ritiene inoltre che le MP denunciate a INAIL non siano un buon indicatore per misurare le attività dei SPreSAL per l'emersione delle MP. Tra gli indicatori di processo sono stati quindi aggiunti due indicatori ritenuti più adeguati (azioni 6.2.1 e 6.2.2)

Codice indicatore	NOME INDICATORE	DEFINIZIONE OPERATIVA	NAZIONALE		PIEMONTE		GIUSTIFICAZIONE EVENTUALE SCOSTAMENTO DA STANDARD NAZIONALE
			2013 (baseline)	STANDARD	2013 (baseline)	VALORE ATTESO REGIONALE 2018	
7.07.01	Riduzione dei tassi di frequenza infortunistica con particolare riguardo agli infortuni gravi e mortali per comparti o per i rischi oggetto di intervento, con particolare riferimento a: - comparto agricoltura - comparto edilizia	Riduzione relativa dell'indice di frequenza totale degli infortuni con prognosi maggiore di 40 gg o con postumi permanenti superiori al 5% INAIL, o mortali	IF: 4,36 ogni 1000 addetti per tutti i settori ATECO (esclusa agricoltura) IF: 7,62 ogni 1000 addetti nelle costruzioni Agricoltura, valore assoluto: 11.417 infortuni gravi	-10%	IF: 3,78 ogni 1000 addetti per tutti i settori ATECO (esclusa agricoltura) IF: 6,26 ogni 1000 addetti nelle costruzioni Agricoltura, valore assoluto: 944 infortuni gravi	IF: 3,78 ogni 1000 addetti per tutti i settori ATECO (esclusa agricoltura) IF: 6,26 ogni 1000 addetti nelle costruzioni Agricoltura, valore assoluto: 944 infortuni gravi	Si ritiene non raggiungibile lo standard previsto. Da diversi anni il Piemonte ha tassi di infortunio grave più bassi di quelli nazionali. Inoltre è prevedibile che l'attesa ripresa economica si accompagni a un aumento dei tassi infortunistici. Si ritiene dunque che un obiettivo raggiungibile per il Piemonte sia il mantenimento dei tassi infortunistici registrati al baseline
8.05.03	Proporzione di operatori (salute e ambiente, MMG e PLS) che hanno beneficiato di formazione specifica (fine 2018)	Proporzione di operatori appartenenti al profilo sanitario di dipartimenti di prevenzione, ARPA, MMG e PLS formati	Non rilevato	50% in ogni Regione	1%	50%	
9.1-2.1	Proporzione di casi di morbillo rosolia notificati per i quali è stato svolto l'accertamento di laboratorio	Tasso di indagine di laboratorio: Rapporto percentuale tra numero di casi sospetti di morbillo o rosolia testati in un laboratorio di riferimento qualificato e numero di casi sospetti di morbillo e rosolia. Deve essere escluso dal denominatore qualunque caso sospetto che non abbia analisi di laboratorio e che sia a) confermato da collegamento epidemiologico oppure b) scartato come non caso di morbillo/rosolia a causa di un collegamento epidemiologico ad: • un caso di altra malattia infettiva confermato in laboratorio oppure • un caso di morbillo/rosolia negativo a IgM	78,8% (morbillo); 59,3% (rosolia)	100% delle Regioni raggiunge lo standard > 90% per morbillo e rosolia	82,1 (morbillo) 66,7 (rosolia)	90 90	
9.03.01	Proporzione di notifiche inserite nel sistema informativo per le malattie infettive	Percentuale di notifiche inviate da ASL a regione/PA attraverso il sistema informativo regionale sul totale di notifiche pervenute all'assessorato alla Sanità della Regione	Non rilevato	100% delle notifiche inviate con il sistema informativo regionale al Ministero nei termini previsti dalla normativa	86	100	
9.04.01	Proporzione di casi di malattia batterica invasiva notificati per i quali è stato svolto l'accertamento di laboratorio e per i quali esista una diagnosi etiologica	Proporzione di casi di malattie invasive da meningococco e pneumococco, notificati al sistema MIB rispetto alle SDO	60%	+50%	73	100	
9.05.01	Proporzione dei casi di TBC polmonare e infezione tubercolare latente che sono stati persi al follow-up	Proporzione di casi di tubercolosi polmonare bacillifera persi al follow up sul numero totale di casi di tubercolosi polmonare bacillifera notificati nell'anno (da rilevare ogni 2 anni)	25-30%	-50%	13	10	

Codice indicatore	NOME INDICATORE	DEFINIZIONE OPERATIVA	NAZIONALE		PIEMONTE		GIUSTIFICAZIONE EVENTUALE SCOSTAMENTO DA STANDARD NAZIONALE
			2013 (baseline)	STANDARD	2013 (baseline)	VALORE ATTESO REGIONALE 2018	
9.05.02	Proporzione di nuove diagnosi di HIV late presenter (CD4<350/iL indipendentemente dal numero di CD4)/ soggetti con nuova diagnosi di HIV	Rapporto percentuale tra numero di nuove diagnosi di HIV con un numero di linfociti CD4 minore di 350 cell/μL e numero di soggetti con nuova diagnosi di HIV. I late presenter (LP) sono quei pazienti che al momento della prima diagnosi di sieropositività hanno un numero di linfociti CD4 minore di 350 cell/μL o hanno una patologia indicativa di AIDS indipendentemente dal numero di CD4	57% (Anno 2013)	-25%	53	40	
9.06.01	Proporzione della popolazione regionale coperta da anagrafe vaccinale informatizzata	Percentuale di Regioni che hanno realizzato l'anagrafe vaccinale regionale unica informatizzata (rif. PNV 2005-2007 e PNPV 2010-2012, PNEMoRc 2003 e 2010-2015)	15/21 Regioni completamente informatizzate; 8/15 stesso software in tutte le ASL; 6/15 dato individuale accessibile al livello regionale	100% Tutte le Regioni hanno realizzato l'anagrafe vaccinale regionale unica informatizzata	0	100%	
9.07.01	Copertura vaccinale in specifici gruppi a rischio per patologia/status	Definizione PASSI: Copertura vaccinale per la vaccinazione antinfluenzale in persone di 18-64 anni affette da almeno una malattia cronica (ictus, infarto, altre malattie cardiovascolari, diabete, insufficienza renale, malattie respiratorie e asma bronchiale, tumori, malattie croniche del fegato)	18,5% (dato riferito alla campagna antinfluenzale stagionale 2012-2013)	+100%	20,8	41,5	
9.07.02	Coperture vaccinali per le vaccinazioni previste dal PNPV e tasso di rifiuti	Tutti gli indicatori di copertura previsti dal PNPV e relativi baseline e standard	Vedi sotto (da Tabella 1)		Vedere dettaglio sotto		
	DTPa (nuovi nati)		95,4%	≥ 95%	96,62% (24 mesi)	≥ 95%	
	Poliomelite (nuovi nati)		95,4%	≥ 95%	96,68% (24 mesi)	≥ 95%	
	Epatite B (nuovi nati)		95,3%	≥ 95%	96,49% (24 mesi)	≥ 95%	
	Haemofilus Influenzae B (nuovi nati)		94,5%	≥ 95%	96,23% (24 mesi)	≥ 95%	
	DTPa (5-6 anni)		non disp.	≥ 95%	94,3%	≥ 95%	
	Poliomielite (5-6 anni)		non disp.	≥ 95%	92,02%	≥ 95%	
	dTpa negli adolescenti (range 11-18 anni)		non disp.	≥ 90%	69,70%	≥ 90%	
	1a dose MPR entro i 2 anni di età		88,1%	≥ 95%	92,07%	95%	
	2a dose di MPR nei bambini di 5-6 anni di età		non disp.	≥ 95%	90,06%	95%	
2a dose di MPR negli adolescenti (11-18 anni);		non disp.	≥ 95%	78,93%	≥ 95%		

Codice indicatore	NOME INDICATORE	DEFINIZIONE OPERATIVA	NAZIONALE		PIEMONTE		GIUSTIFICAZIONE EVENTUALE SCOSTAMENTO DA STANDARD NAZIONALE
			2013 (baseline)	STANDARD	2013 (baseline)	VALORE ATTESO REGIONALE 2018	
	vaccinazione antinfluenzale >65		55,4%	>75% (obiettivo minimo perseguibile) e >95% (obiettivo ottimale)	51,14%	> 75% (obiettivo minimo perseguibile) e > 95% (obiettivo ottimale)	
	vaccinazione antipneumococcica (nuovi nati;)		86,6%	≥ 95%	92,68%	95,00%	
	vaccinazione antimeningococcica (nuovi nati;)		78,5%	≥ 95%	88,58%	95,00%	
	vaccinazione antipneumococcica adolescenti (range 11-18 anni);		non disp.	≥ 95%?	non effettuata	nd	Vaccinazione non effettuata in Regione Piemonte per la coorte 2014
	vaccinazione antimeningococcica adolescenti (range 11-18 anni);		non disp.	≥ 95%	60,91%	≥ 95%	
	vaccinazione anti HPV nelle dodicenni (dalla coorte del 2002),		56,6% (coorte 2001)	≥ 80%	62,30%	80	
	vaccinazione anti HPV nelle dodicenni (dalla coorte del 2003)			≥ 95%	62,30%	≥ 95%	
	1a dose di antivaricella entro i 2 anni di età (dalla coorte 2014)		non disp.	≥ 95%	non effettuata	nd	Vaccinazione non ancora effettuata in Regione Piemonte per la coorte 2014
	2a dose di nei bambini di 5-6 anni di età (dalla coorte 2014)		non disp.	≥ 95%	non effettuata	nd	
	2a dose negli adolescenti (dalla coorte 2014)		non disp.	≥ 95%	6,51%	≥ 95%	Vaccinazione effettuata solo sui soggetti ancora suscettibili in quella coorte. Il calcolo per il baseline è stato effettuato sulla popolazione generale
	mancata vaccinazione anti-polio spiegata		82,0%	100%	100%	100%	
	mancata vaccinazione anti-morbillo spiegata		non disp.	100%	100%	100%	
9.10.01	Proporzione di Aziende Sanitarie in cui è stata attivata la sorveglianza delle CPE	Proporzione di strutture ospedaliere, appartenenti ad aziende sanitarie e aziende ospedaliere, aderenti alla Circolare "Sorveglianza e controllo delle infezioni da batteri produttori di carbapenemasi (CPE)" del 26/02/2013, sul totale delle strutture ospedaliere	Non rilevato	100% per Regione	non disp.	100%	

Codice indicatore	NOME INDICATORE	DEFINIZIONE OPERATIVA	NAZIONALE		PIEMONTE		GIUSTIFICAZIONE EVENTUALE SCOSTAMENTO DA STANDARD NAZIONALE
			2013 (baseline)	STANDARD	2013 (baseline)	VALORE ATTESO REGIONALE 2018	
10.08.02	Proporzione di cani identificati e iscritti all'anagrafe regionale, restituiti al proprietario, rispetto al numero di cani catturati	L'identificazione dei cani attraverso un microchip e la conseguente iscrizione nell'anagrafe degli animali da affezione costituiscono uno dei principali strumenti di prevenzione del randagismo. All'interno della popolazione di cani vaganti sul territorio l'identificazione consente la restituzione al legittimo proprietario ed il richiamo a forme di possesso responsabile degli animali. La percentuale di cani vaganti catturati già microchippati - pertanto restituibili ai proprietari - sul totale dei catturati è un indicatore che misura il grado di diffusione dello strumento "anagrafe" sul territorio regionale. L'indicatore si ritiene soddisfatto se il numero di cani catturati nel territorio regionale, risultati identificati ed iscritti, è in incremento rispetto al numero di cani catturati totali	32,33% - media nazionale su 17 Regioni e Province autonome che hanno trasmesso il dato (Attualmente la situazione si presenta con un notevole grado di eterogeneità tra le regioni)	Incremento assoluto di almeno 10% su base nazionale, valore ottenibile definendo obiettivi differenziati secondo il valore baseline regionale al 2014: <ul style="list-style-type: none"> almeno il raggiungimento della media nazionale rilevata al 2014 (32,33%) per le Regioni al di sotto del 25%; incremento del 15% per le Regioni tra il 25,00% e il 35,00%, incremento del 10% per le Regioni tra il 35,01% e il 45,00%; incremento del 5% per le Regioni tra il 45,01% e il 55,00%; mantenimento del valore attuale per le Regioni con valore > 55% 	54,4%	57%	Tenuto conto dell'andamento tendenziale, con le relative fluttuazioni, e dei risultati conseguiti nel periodo 2006-2013
10.08.03	Proporzione di controlli effettuati rispetto al numero di canili/rifugi presenti sul territorio	Ai sensi dell'articolo 24 del regolamento di polizia veterinaria i canili/rifugi sono soggetti a controlli da parte dei servizi veterinari competenti con una frequenza appropriata	Il numero dei controlli attualmente non è rilevato in maniera standardizzata. Il numero di strutture (=904) discende dalla Rendicontazione 2011	100% In ogni Regione è svolto almeno 1 controllo/anno per ciascun rifugio e canile sanitario non gestito direttamente dal servizio veterinario della ASL	95%	100% almeno 1 controllo/anno per ciascun rifugio e canile pubblico o privato	
10.11.01	Percentuale di personale formato per il corso base previsto dall'accordo, sul totale del personale afferente ai Servizi dell'Autorità competente	Per il miglioramento dell'attività di controllo ufficiale è necessario prevedere uno specifico percorso di formazione e mantenimento nel tempo di un'adeguata qualificazione degli addetti al controllo ufficiale/audit. L'accordo Stato Regioni del 7 febbraio 2013 stabilisce tre percorsi formativi distinti	È previsto che il monitoraggio dello stato di attuazione dell'accordo, e dunque della formazione in esso prevista, sarà effettuato a partire dal 2015. Pertanto il valore baseline nazionale sarà	100% del personale addetto al controllo ufficiale delle ACL e ACR è formato per il primo percorso (di approfondimento del pacchetto igiene) entro il 2018. 100% delle Regioni	Al 2013 tutto il personale addetto ai controlli ufficiali ha ricevuto una formazione equivalente al primo percorso. Al 2013 sono stati	100% del personale addetto al controllo ufficiale delle ACL e ACR di nuova assunzione formato per il primo percorso e, ove necessario, per il secondo (audit	

Codice indicatore	NOME INDICATORE	DEFINIZIONE OPERATIVA	NAZIONALE		PIEMONTE		GIUSTIFICAZIONE EVENTUALE SCOSTAMENTO DA STANDARD NAZIONALE
			2013 (baseline)	STANDARD	2013 (baseline)	VALORE ATTESO REGIONALE 2018	
			noto entro la fine del 2015; la rilevazione delle risorse umane destinatarie del primo percorso formativo verrà svolta nel 2015	hanno programmato il mantenimento della formazione del personale precedentemente formato sugli argomenti del primo percorso	realizzati 15 corsi di formazione che hanno coinvolto personale addetto ai controlli ufficiali di tutte le ASL (circa 900 operatori formati)	imprese settore alimentare) e il terzo percorso (audit autorità competenti) 100% del personale aggiornato nell'ambito delle specifiche competenze	
10.12.01	Rendicontazione dell'attività di audit svolta	<p>Nel caso in cui le autorità competenti regionali siano articolate in strutture organizzative differenti, per l'igiene e nutrizione e alimenti, da un lato, e Servizi veterinari, dall'altro, entrambi devono svolgere un'attività di audit nei settori di pertinenza. Inoltre tutte le autorità competenti locali devono aver ricevuto almeno un audit entro il 2018. L'indicatore è soddisfatto qualora l'attività di audit regionale, svolta (o sotto la propria responsabilità) da tutte le articolazioni organizzative regionali competenti in sicurezza alimentare e sanità pubblica veterinaria, qualora ve ne siano più di una abbia garantito:</p> <p>a) annualmente una copertura territoriale pari o superiore al 20% delle ASL b) ed una copertura annuale del 20% dei sistemi di controllo (SC) di cui al "Country Profile Italia" della Commissione europea (ad esclusione dei sistemi di controlli sulle importazioni e salute delle piante):</p> <ul style="list-style-type: none"> - SC della salute animale - SC degli alimenti di origine animale - SC dei mangimi e della alimentazione degli animali - SC delle TSEs e dei sottoprodotti di origine animale - SC dei farmaci veterinari e residui - SC degli alimenti e dell'igiene generale - SC dei fitosanitari e dei loro residui - SC del benessere animale. 	<p>Tutte le Regioni e Province Autonome svolgono audit sulle autorità competenti locali, ma ve ne sono alcune in cui non tutte le articolazioni organizzative regionali competenti in sicurezza alimentare e sanità pubblica veterinaria svolgono audit sulle ASL. Al momento tutte le Regioni si attengono al criterio di copertura. Entro il 2015 verrà misurato il grado di copertura del territorio e dei sistemi di controllo raggiunto, tenendo conto dell'attività avviata dal 2014</p>	<p>100% Tutte le articolazioni organizzative regionali competenti in sicurezza alimentare e sanità pubblica veterinaria hanno svolto attività di audit su tutte le autorità competenti locali (ASL) e hanno assicurato una copertura di tutti i sistemi di controllo di cui al "Country Profile Italia" della Commissione europea</p>	<p>Audit svolti nel 2013 in 8 ASL su 12 relativi a 3 SC: - settore controlli sull'igiene della distribuzione e commercializzazione e alimenti di origine animale (REG. CE n. 852/2004) - settore controlli sull'impiego di fitosanitari - settore benessere animale in allevamento e durante il trasporto</p>	<p>a) si prevede mantenimento copertura annuale territoriale superiore al 20% delle ASL b) si prevede mantenimento copertura annuale del 20% dei SC di cui al Country profile</p>	

INDICATORI CENTRALI QUALITATIVI

Codice indicatore	NOME INDICATORE	DEFINIZIONE OPERATIVA	STANDARD NAZIONALE	PIEMONTE: ANNO DI REALIZZAZIONE
1.10.01	Realizzazione di uno studio di fattibilità a livello regionale di un programma di popolazione per l'identificazione precoce dei soggetti in fascia d'età 45-60 anni in condizioni di rischio aumentato per MCNT (entro un anno dall'avvio del PRP)	Proporzione di Regioni che hanno realizzato lo studio di fattibilità. Nell'ambito della progettazione lo studio di fattibilità è un elaborato realizzato ex ante in funzione della definizione e valutazione di un programma o di un progetto sulla base di una preliminare idea di massima. Lo studio di fattibilità comprende attività di natura tecnica ed economica. Lo studio deve prevedere: <ul style="list-style-type: none"> • l'analisi del profilo di salute della popolazione di riferimento; • le caratteristiche funzionali, tecniche, gestionali, economico-finanziarie del programma da realizzare; • l'analisi delle possibili alternative rispetto alla soluzione realizzativa individuata; • la verifica della possibilità di realizzazione sulla base delle risorse disponibili; • la descrizione del programma da adottare, con indicazione della proporzione della popolazione target da coinvolgere, delle risorse da impiegare, delle tempistiche di realizzazione e del relativo piano di valutazione 	100% entro il 2016 Tutte le Regioni hanno realizzato lo studio di fattibilità entro il 2016	2016
1.10.02	Attivazione del programma secondo le modalità individuate dallo studio di fattibilità e presenza di indicatori di estensione e adesione (entro il 2018)	Proporzione di Regioni che hanno attivato un programma di popolazione per l'identificazione precoce dei soggetti in fascia d'età 45-60 anni in condizioni di rischio aumentato per MCNT. Il programma deve prevedere la rilevazione di indicatori di estensione e adesione. Considerato che in molte realtà regionali si tratta di avviare una nuova linea di attività, il programma dovrà essere almeno avviato entro il 2018	100% Tutte le Regioni hanno attivato il programma	2018
1.11.01	Adozione di indirizzi regionali sulla promozione dell'esercizio fisico nei soggetti con patologie croniche (entro un anno dall'avvio del PRP) e loro attuazione (entro il 2018)	Proporzione di Regioni che hanno adottato ed attuato indirizzi regionali sulla promozione dell'esercizio fisico nei soggetti con patologie croniche	100% Tutte le Regioni hanno adottato gli indirizzi regionali entro il 2016 e hanno attuato gli indirizzi regionali entro il 2018	Avvio: 2016 Realizzazione: 2018
1.14.01	Adozione di indirizzi regionali programmatori per lo screening per il cancro della cervice uterina introducendo il test HPV-DNA (entro un anno dall'avvio del PRP)	Proporzione di Regioni che hanno adottato indirizzi regionali programmatori per lo screening per il cancro della cervice uterina introducendo il test HPV-DNA	100% entro il 2016 Tutte le Regioni hanno adottato gli indirizzi regionali entro il 2016	2016
1.14.02	Avvio del programma di screening per il cancro della cervice uterina introducendo il test HPV-DNA (entro il 2018)	Proporzione di Regioni che hanno attivato in maniera esclusiva il test HPV-DNA come test di primo livello per lo screening del cervicocarcinoma	100% Tutte le Regioni hanno attivato in maniera esclusiva il test HPV-DNA	2018
1.15.01	Adozione di indirizzi regionali programmatori (entro un anno dall'avvio del PRP)	Proporzione di Regioni che hanno adottato gli indirizzi regionali	100% Tutte le Regioni hanno adottato gli indirizzi regionali entro il 2016	2016
1.15.02	Adozione dei percorsi in tutte le aziende secondo programmazione regionale (entro il 2018)	Proporzione di Regioni che hanno adottato i percorsi in tutte le aziende	100% Tutte le Regioni hanno adottato i percorsi in tutte le aziende	2018 (90% dei Dipartimenti)
2.01.01	Proporzione di neonati sottoposti a screening audiologico neonatale	Attivazione dello screening audiologico in tutti i punti nascita di ciascuna Regione	100% Tutte le Regioni hanno attivato lo screening audiologico neonatale in tutti i punti nascita	Tutti gli anni
2.02.01	Proporzione di neonati sottoposti a screening oftalmologico neonatale	Attivazione dello screening oftalmologico in tutti i punti nascita di ciascuna Regione	100% Tutte le Regioni hanno attivato lo screening oftalmologico neonatale in tutti i punti nascita	Tutti gli anni

Codice indicatore	NOME INDICATORE	DEFINIZIONE OPERATIVA	STANDARD NAZIONALE	PIEMONTE: ANNO DI REALIZZAZIONE
3.02.01	Proporzione soggetti in età preadolescenziale, adolescenziale e giovanile con sintomi psichiatrici e/o DCA presi in carico entro 1 anno dall'insorgenza dei sintomi	Numero di incontri tra professionisti sanitari e professionisti della scuola volti a sensibilizzare rispetto al tema dell'espressione del disagio psicosociale	100% Almeno un incontro/ anno in ogni Regione	2018
6.03.01	Adeguamento del sistema di sorveglianza (Passi - Passi d'Argento, OKKio alla salute entro 2 anni)	Estensione a tutte le Regioni del modulo opzionale PASSI che indaga sull'aver ricevuto dagli operatori sanitari informazioni su come prevenire gli infortuni domestici. Passi d'Argento, rileva la proporzione di anziani che hanno ricevuto informazioni su come prevenire le cadute in particolare le cadute in casa Estensione a tutte le Regioni del modulo opzionale PASSI che indaga sull'aver ricevuto dagli operatori sanitari informazioni su come prevenire gli infortuni domestici.	100% Estensione a tutte le Regioni dei moduli opzionali PASSI e PASSI d'Argento relativi a informazioni su incidenti domestici e cadute in casa fornite da operatori sanitari	Utilizzo moduli opzionali in PASSI da 2014 e PDA quando ripartirà la sorveglianza
6.05.01	Potenziamento in tutte le Regioni dei flussi informativi strutturati per la conoscenza degli avvelenamenti in ambiente domestico	Produzione di un report sul fenomeno degli avvelenamenti in ambiente domestico	100% Produzione di un report in tutte le Regioni	2018
7.01.01	Produzione di report regionale annuale relativo al monitoraggio dei rischi e dei danni da lavoro e dei sistemi informativi attivati	Proporzione di Regioni che producono un report all'anno	100% Un Report all'anno in tutte le Regioni	Tutti e 4 gli anni
7.3-4-5.1	Adozione di programmazione in seno ai comitati regionali di coordinamento ex art. 7 Dlgs 81/08 di azioni di promozione per: - il sostegno al ruolo di RLS/RLST e della bilateralità - la promozione della responsabilità sociale d'impresa - la prevenzione dei rischi da incongruenze organizzative	Proporzione di Regioni che programmano azioni di promozione	100% Tutte le Regioni programmano azioni di promozione	2018
7.08.01	Adozione di atti di indirizzo nazionali e regionali finalizzati a garantire uniformità e trasparenza nell'attività di vigilanza e controllo e loro monitoraggio	Proporzione di Regioni che adottano gli atti (Comma 3 lettera c) art. 5 Dlgs 81/08 e dall'art. 7 dello stesso decreto legislativo)	100% Tutte le Regioni adottano gli atti di indirizzo	Tutti e 4 gli anni
8.01.01	Disponibilità di rapporti di attività intra e inter istituzionali per la programmazione integrata per la tematica ambiente e salute	Disponibilità di documenti che evidenziano la programmazione integrata nell'ambito della tematica ambiente e salute	100% Almeno 1 documento in tutte le Regioni	2016-2017-2018
8.01.02	Disponibilità di rapporti di attività delle reti di referenti in ambito sanitario per la tematica ambiente e salute	Evidenza documentata di esistenza di una rete e della relativa attività	100% Evidenza documentata in ogni Regione	2017
8.02.01	Esistenza di accordi interistituzionali (ARPA, IZS, Registri Patologia e altri) per progettazione, pianificazione e realizzazione di studi di background per contaminanti ubiquitari (primo triennio)	Documentazione di accordo	100% Evidenza documentata in ogni Regione	2016
8.02.02	Rapporti degli studi realizzati di conseguenza (ultimo biennio)	Realizzazione di uno studio di esposizione su contaminanti ambientali cui sono esposti gruppi di popolazione	100% - Evidenza di almeno 1 studio di esposizione a contaminanti ambientali cui sono esposti gruppi di popolazione in ogni Regione	2018
8.03.01	Atti di indirizzo regionali per la valutazione integrata di impatto sulla salute che comprenda strumenti in supporto sia dei valutatori sia dei proponenti	Produzione di atti di indirizzo regionali	100% Esistenza di atti di indirizzo in ogni Regione	2017

Codice indicatore	NOME INDICATORE	DEFINIZIONE OPERATIVA	STANDARD NAZIONALE	PIEMONTE: ANNO DI REALIZZAZIONE
8.04.01	Atti di indirizzo regionali per la gestione di problematiche (accertate o presunte) sanitarie attribuibili all'inquinamento ambientale	Produzione di atti di indirizzo regionali	100% Esistenza di atti di indirizzo in ogni Regione	2018
8.05.01	Definizione di un curriculum formativo (per la fine 2016)	Curriculum formativo per gli operatori della salute e dell'ambiente, MMG e PLS, sui temi di integrazione ambiente-salute, della valutazione di impatto e di danno sanitario e della comunicazione del rischio	100% Esistenza di un curriculum formativo in ogni Regione	2016
8.05.02	Realizzazione di corsi di formazione per i formatori (dal 2017)	Corso di formazione	100% Almeno 1 corso di formazione in ogni Regione	2017
8.06.01	Regioni che hanno recepito le linee guida	Atto formale di recepimento delle linee guida nazionali o, in assenza, adozione di indirizzo regionale specifico	100% Esistenza di atto formale di recepimento in ogni Regione	2018
8.07.01	Indicatori di funzionamento del sistema di segnalazione delle situazioni di non conformità relativamente ai regolamenti REACH e CLP tra Autorità competenti per il controllo	Definizione di un sistema di indicatori che monitori la realizzazione degli obiettivi del piano nazionale controlli	100% Esistenza di un sistema di indicatori in ogni Regione	2018
8.08.01	Numero di corsi di formazione per formatori nell'ambito dei servizi prevalentemente interessati al controllo delle sostanze chimiche	Corsi di formazione nell'ambito dei servizi prevalentemente interessati al controllo delle sostanze chimiche	100% Almeno 1 corso di formazione in ogni Regione	2018
8.09.01	Disponibilità dei dati sugli ex esposti ai Centri Operativi Regionali (COR)	Produzione di un Report	100% Produzione di un Report in ogni Regione	2018
8.10.01	Approvazione di linee guida per orientare i regolamenti edilizi in chiave eco-compatibile	Adozione di indirizzi regionali specifici	100% Adozione di indirizzi specifici in ogni Regione	2018
8.11.01	Interventi di promozione del corretto uso dei telefoni cellulari con particolare attenzione al target di età pediatrica	Evidenza documentata della realizzazione di interventi di promozione	100% Evidenza documentata in ogni Regione	2018
8.12.01	Interventi informativi alla popolazione, in particolare ai giovani e giovanissimi, sui rischi legati all'eccessiva esposizione agli UV	Evidenza documentata della realizzazione di interventi informativi	100% Evidenza documentata in ogni Regione	2018
9.08.01	Esistenza di un programma di comunicazione basato sull'evidenza per la gestione della corretta informazione sui vaccini ai fini della adesione consapevole	Proporzione di Regioni che realizzano un programma di comunicazione. Il programma deve prevedere interventi periodici di cui deve essere valutato l'impatto	100% Tutte le Regioni hanno realizzato un programma di comunicazione	2017
9.09.01	Esistenza di Piani e Protocolli regionali attuativi dei piani nazionali	Proporzione di Regioni che documentano l'adozione di un piano di risposta alle emergenze	100% - Tutte le Regioni hanno documentato l'adozione di un piano di risposta alle emergenze	2016/2017
9.11.01	Restituzione annuale delle informazioni relative al consumo di antibiotici alle Aziende Sanitarie	Proporzione di Regioni che producono un report annuale che documenti l'uso degli antibiotici, con finalità di controllo dell'antibiotico resistenza	100% Tutte le Regioni hanno prodotto un report annuale	2017
9.12.01	Esistenza di un programma regionale di comunicazione basato sull'evidenza per aumentare la consapevolezza nell'uso di antibiotici	Proporzione di Regioni che realizzano il programma di comunicazione. Il programma deve prevedere interventi periodici di cui deve essere valutato l'impatto	100% Tutte le Regioni hanno realizzato un programma di comunicazione	2016/2017
9.13.01	Disponibilità di informazioni sull'andamento delle infezioni correlate all'assistenza in tutte le Aziende sanitarie	Proporzione di CIO che producono un report annuale sulle infezioni correlate all'assistenza	100% Tutte le Regioni hanno prodotto un report annuale	2017

Codice indicatore	NOME INDICATORE	DEFINIZIONE OPERATIVA	STANDARD NAZIONALE	PIEMONTE: ANNO DI REALIZZAZIONE
10.01.01	Adozione di protocolli per l'intervento integrato	Adozione di misure di coordinamento e cooperazione tra la Regione e le altre Amministrazioni che effettuano controlli sulla filiera alimentare al fine di assicurare l'efficace coordinamento di cui all'Articolo 4, paragrafo 3 del regolamento 882/2004	100% Ogni Regione adotta uno o più protocolli di intervento integrato, che descrivono i meccanismi attraverso i quali si raggiunge l'obiettivo (es. riunioni, comitati congiunti, gruppi di collegamento, ecc.)	2016
10.02.01	Adozione di iniziative finalizzate all'implementazione del sistema informativo nazionale per la tracciabilità del farmaco veterinario	Adozione di un sistema informatizzato per tracciare il percorso produttivo e distributivo dei farmaci veterinari, con i seguenti obiettivi: •migliorare gli strumenti di analisi e controllo dell'intera filiera sul territorio nazionale •migliorare gli strumenti di "rintracciabilità" a disposizione delle autorità competenti •monitorare e studiare l'antibiotico-resistenza, attraverso strumenti di analisi delle vendite di antibiotici •permettere l'integrazione con i sistemi per la dematerializzazione della ricetta veterinaria, al fine di snellire le procedure operative attualmente sostenute dagli operatori	100% Svolgimento di almeno 1 evento/anno per Regione di sensibilizzazione/informazione/formazione sull'informatizzazione della gestione del farmaco, rivolto ai portatori di interesse (a partire dai distributori e grossisti fino a coinvolgere i medici veterinari prescrittori se e quando l'obbligo di ricetta elettronica sarà a regime)	2018
10.03.01	Protocolli di collaborazione che garantiscano un panel di analisi routinarie per la diagnosi di malattie trasmissibili dagli animali e con gli alimenti (almeno il set di patogeni previsti dalla direttiva 2003/99), conforme ai migliori standard internazionali	Protocollo di intesa tra aziende sanitarie, IZS e ARPA per l'adozione di un set diagnostico standardizzato e relative procedure ai fini dell'implementazione del sistema di allerta e sorveglianza delle malattie zoonotiche di origine alimentare	100% Esistenza in ogni Regione di un protocollo di intesa tra aziende sanitarie, IZS e ARPA	2018
10.04.01	Implementazione dell'anagrafe degli operatori del settore dei mangimi	Inserimento nel Sistema Informativo Nazionale per la gestione delle anagrafiche degli OSM (piattaforma SINVSA) di tutti i nuovi operatori del settore dei mangimi (OSM) registrati o riconosciuti a partire dal 2015 e trasferimento delle anagrafiche preesistenti in possesso di Regioni e P.A. secondo le tempistiche e le modalità dettate dal Piano Nazionale Alimentazione Animale 2015-2017	100% In ogni Regione è implementato, in modo informatizzato, il sistema informativo nazionale SINVA per la gestione delle anagrafiche degli OSM, anche in cooperazione applicativa	2018
10.04.02	Adeguamento delle anagrafiche gestite dalle Autorità competenti alla "Masterlist regolamento CE 852/2004"	La classificazione delle attività soggette a registrazione ai sensi del Reg. 852/2004 (di seguito Master List 852) è stata elaborata dal gruppo di lavoro "Anagrafi e Nomenclatore" del Ministero della Salute e trasmessa con nota prot. DGSAF 9875-P-15/05/2013	100% In ogni Regione conformità completa delle anagrafi regionali, o in alternativa delle ASL, alla masterlist 852	2018
10.05.01	Predisposizione di piani operativi integrati di intervento per la gestione delle emergenze/eventi straordinari	Adozione di piani operativi di intervento per la gestione delle emergenze che definiscano le modalità di cooperazione tra le componenti sanitarie e con altri attori che concorrono alla gestione (es. protezione civile, vigili del fuoco, forze di polizia, ecc.)	100% In ogni Regione è predisposto un piano di intervento per la gestione delle emergenze con elevato livello di integrazione	2017
10.05.02	Svolgimento di almeno un evento esercitativo di scala regionale, in applicazione del piano di emergenza, riguardante la sicurezza alimentare	Come previsto dall'Intesa Stato regioni del 24 gennaio 2008, l'Unità di Crisi regionale e delle province autonome di Trento e Bolzano ha il compito, di "promuovere l'organizzazione di corsi di formazione e addestramento dei servizi veterinari, dei SIAN, degli IZS e delle ARPA"	100% - In ogni Regione è realizzato un evento esercitativo, di scala regionale, che coinvolga il personale dei servizi veterinari, dei SIAN, degli IZS e delle ARPA, tramite la simulazione della gestione di un'emergenza nel campo della sicurezza alimentare (esercitazione di campo, table-top exercise, ecc..)	2015 e 2017
10.05.03	Svolgimento di almeno un evento esercitativo di scala regionale, in applicazione del piano di emergenza riguardante una malattia animale	Con appositi dispositivi normativi l'Italia ha adottato piani di emergenza per diverse malattie infettive e diffuse animali: afta epizootica, malattia vescicolare del suino, blue tongue, peste suina classica, peste suina africana, influenza aviaria, malattia di Newcastle	100% - In ogni Regione è realizzato un evento esercitativo, di scala regionale, recante la simulazione della gestione di un'emergenza relativa ad una malattia animale (esercitazione di campo, table-top exercise, ecc...)	2017

Codice indicatore	NOME INDICATORE	DEFINIZIONE OPERATIVA	STANDARD NAZIONALE	PIEMONTE: ANNO DI REALIZZAZIONE
10.06.01	Attuazione di Piani di sorveglianza in popolazioni di animali selvatici	I piani di sorveglianza sanitaria degli animali selvatici devono avere come obiettivo prioritario la rapida rilevazione di un determinato agente eziologico nel territorio soggetto a sorveglianza (earlydetection), nonché la contestuale raccolta di dati sanitari per la valutazione del rischio circa la trasmissione di tale agente alle popolazioni domestiche e agli esseri umani e sulla base di questa l'adozione di idonee misure di gestione. Le malattie da sottoporre a sorveglianza sono: afta epizootica, peste suina classica, peste suina africana, rabbia, influenza aviaria, west niledisease, pseudopeste aviare, brucellosi, tubercolosi	100% - In ogni Regione è attuato un piano di sorveglianza per almeno 4 delle malattie di cui alla definizione	2015
10.07.01	Riesame annuale della capacità di laboratorio da parte delle Autorità competenti in coerenza con gli standard di funzionamento di cui all'Intesa Stato Regioni del 7 febbraio 2013	Adeguamento del processo di pianificazione regionale dei campionamenti per l'analisi, al fine di soddisfare le esigenze emerse in sede di riesame delle attività di controllo ufficiale	100% - In ogni Regione evidenza documentale che attesti che il processo di pianificazione dei campionamenti per l'analisi soddisfa le esigenze previste (comunitarie, nazionali e locali, ivi incluse quelle laboratoristiche)	2018
10.08.01	Predisposizione e realizzazione di piani di informazione/comunicazione rivolti alle popolazioni target	Realizzazione nell'ambito del programma di prevenzione del randagismo (articolo 3 della legge 281/91) di un piano di informazione ed educazione circa il possesso responsabile degli animali da affezione, degli obblighi di identificazione e delle condizioni di benessere animale	100% - In ogni Regione è realizzato un Piano di informazione/comunicazione rivolto alla popolazione, finalizzato a promuovere una corretta interazione uomo-animale	2018
10.09.01	Realizzazione di un programma integrato di formazione/informazione per gli operatori del settore alimentare	Implementazione di programmi regionali per effettuare corsi di formazione agli operatori del settore, anche in relazione alla normativa EU	100% - Ogni Regione predispone un programma che preveda almeno un evento formativo all'anno	2015
10.10.01	Implementazione di un flusso informativo per la comunicazione del monitoraggio del Tsh neonatale	In ottemperanza all'Intesa Stato regioni del 26 febbraio 2009, il monitoraggio del TSH neonatale permette di avere un quadro nazionale sullo stato nutrizionale iodico della popolazione al fine di implementare corrette politiche per la prevenzione dei disordini della carenza iodica	100% - In ogni Regione è attivato il sistema di trasmissione dei dati all'ISS secondo il format in uso	Dal 2016
10.10.02	Proporzione di controlli che rilevano la presenza di sale iodato presso punti vendita e ristorazione collettiva	Proporzione di Regioni che adottano protocolli per trasmettere i dati (tramite un flusso formale) che provengono dai controlli effettuati nei punti vendita e nella ristorazione collettiva nella verifica di sale iodato al Ministero della salute e all'ISS (Osservatorio nazionale iodoprofilassi)	100% - Esistenza in ogni Regione di un percorso standardizzato e a regime di trasmissione dei dati relativi ai controlli effettuati nelle verifiche di sale iodato al Ministero della salute e all'ISS (Osservatorio nazionale iodoprofilassi)	Dal 2016

INDICATORI CENTRALI SEMIQUALITATIVI

Codice indicatore	NOME INDICATORE	DEFINIZIONE OPERATIVA	STANDARD NAZIONALE	PIEMONTE: ANNO DI REALIZZAZIONE
1.03.01	Proporzione di istituti scolastici che aderiscono (con almeno l'80% delle classi) alla progettazione regionale specifica	Proporzione di istituti scolastici di ogni ordine e grado che aderiscono, sulla base di un accordo stipulato tra Regione e Ufficio Scolastico Regionale, ai programmi di promozione della salute nel contesto scolastico con almeno l'80% delle classi target	Ogni Regione individua il suo standard. Lo standard nazionale è: 100% delle Regioni raggiunge almeno l'80% dello standard individuato dalla Regione stessa (con un minimo del 10% di scuole coinvolte). Il Piemonte come standard ha scelto di coinvolgere almeno il 20% delle scuole	2018
3.01.01	Proporzione di istituti scolastici che aderiscono (con almeno l'80% delle classi) alla progettazione regionale specifica	Proporzione di istituti scolastici di ogni ordine e grado che aderiscono, sulla base di un accordo stipulato tra Regione e Ufficio scolastico regionale, ai programmi di promozione della salute nel contesto scolastico con almeno l'80% delle classi target	Ogni Regione individua il suo standard. Lo standard nazionale è: 100% delle Regioni raggiunge almeno l'80% dello standard individuato dalla Regione stessa (con un minimo del 10% di scuole coinvolte). Il Piemonte come standard ha scelto di coinvolgere almeno il 20% delle scuole	2018
4.01.01	Proporzione di istituti scolastici che aderiscono alla progettazione regionale specifica inserita nei programmi integrati di promozione della salute	Proporzione di istituti scolastici di ogni ordine e grado che aderiscono, sulla base di un accordo stipulato tra Regione e Ufficio scolastico regionale, ai programmi di promozione della salute nel contesto scolastico con almeno l'80% delle classi target	Ogni Regione individua il suo standard. Lo standard nazionale è: 100% delle Regioni raggiunge almeno l'80% dello standard individuato dalla Regione stessa (con un minimo del 10% di scuole coinvolte). Il Piemonte come standard ha scelto di coinvolgere almeno il 20% delle scuole	2018
7.06.01	Proporzione di istituti scolastici che aderiscono alla progettazione regionale specifica inserita nei programmi integrati di promozione della salute	Proporzione di istituti scolastici che aderiscono, sulla base di un accordo stipulato tra Regione e Ufficio scolastico regionale, ai programmi di promozione della salute e di sviluppo delle competenze in materia di SSL nel contesto scolastico, con almeno l'80% delle classi target	Ogni Regione individua il suo standard. Lo standard nazionale è: 100% delle Regioni raggiunge almeno l'80% dello standard individuato dalla Regione stessa (con un minimo del 10% di scuole coinvolte). Il Piemonte come standard ha scelto di coinvolgere almeno il 20% delle scuole	2016 e 2018

QUADRO RIEPILOGATIVO DEGLI INDICATORI SENTINELLA

Programma	Azione	Definizione	Fonte	Numeratore	Denominatore	Formula di calcolo	Criteri SMART	Valore baseline	Standard 2015	Standard 2016	Standard 2017	Standard 2018
1	1.3.1	Numero di scuole che hanno adottato almeno 1 progetto di buona pratica/numero di scuole a cui è stato inviato o presentato il catalogo	Rendiconti PLP	N. scuole che hanno adottato almeno 1 progetto di buona pratica	N. totale di scuole a cui è stato inviato o presentato il catalogo	N. scuole che hanno adottato almeno 1 progetto di buona pratica/ N. scuole a cui è stato inviato o presentato il catalogo	ok	//	Almeno 10%	Almeno 20%	Almeno 40%	Almeno 50%
2	2.2.1	Etichette caricate in Banca dati	Banca dati regionale	N. etichette caricate	N. etichette raccolte ultima rilevaz. OKkio alla Salute	N. etichette caricate/n. etichette raccolte	ok	30%	50%	100%	//	//
		Guida per i consumatori per la lettura ragionata dell'etichetta elaborata e diffusa	Banca dati regionale			Si/no		//	//	//	Redazione guida Sì	Diffusione guida sui siti istituzionali - Sì
	2.2.2	N. percorsi informativi attivati	Rendiconti PLP			N. percorsi informativi attivati		0	Contatti con strutture	Almeno un percorso nel 50% delle ASL	Almeno un percorso in tutte le ASL	Almeno un percorso nel 50% dei distretti ASL
	2.3.1	Definizione accordo e produzione materiale per la comunicazione	Sito regionale			Si/no		Non disponibile	Documento accordo e materiali disponibili sul sito	//	//	//
		Attività di implementazione/ monitoraggio	Rendiconti PLP	N. attività implementate e/o monitorate	N. totale di ASL	N. attività/N. totale ASL	ok	0	0	> 1	> 1	> 1
	2.4.1	Formalizzazione Rete contesti divertimento	Provvedimento formalizzazione			Si/no		Non disponibile	Costituzione e formalizzazione della rete Sì	//	//	//
N. di ASL che attivano progetti nel contesto del divertimento		Rendiconti PLP	N. ASL che attivano almeno 1 progetto/	N. totale ASL	N. ASL con progetti/N. tot. ASL	ok	Non disponibile	Non disponibile	Almeno 4 ASL attivano progetti	Almeno 4 ASL attivano progetti	Almeno 5 ASL attivano progetti	
3	3.2.1	Progetti realizzati localmente sul territorio di ciascuna ASL	Rendiconti PLP			N. progetti realizzati		//	//	Caricamento in Pro.Sa di tutti gli interventi/progetti WHP attuati al 2016	Attivazione di almeno 1 progetto nel 40% delle ASL	Attivazione di almeno 1 progetto nel 100% delle ASL
	3.3.1	Esiti studi fattibilità rete WHP	Report			Si/no		Non disponibile	//	Bozza del Report elaborata	Report elaborato	//
		Avvio rete WHP	Sito regionale			Si/no		//	//	//	//	Formalizzazione rete WHP

Programma	Azione	Definizione	Fonte	Numeratore	Denominatore	Formula di calcolo	Criteri SMART	Valore baseline	Standard 2015	Standard 2016	Standard 2017	Standard 2018	
4	4.1.1	N. punti di sostegno in cui è stata realizzata la formazione per gli allattamenti difficili sul totale punti	Rendiconti PLP	N. punti di sostegno in cui è stata realizzata la formazione per gli allattamenti difficili	N. totale punti di sostegno allattamento	N. punti di sostegno in cui è stata realizzata la formazione per gli allattamenti difficili / totale punti x 100	ok	Non disponibile	Calendario incontri nei 30 punti di sostegno	Almeno 50%	Almeno 75%	100%	
	4.2.1	Costituzione/ formalizzazione gruppi fumo aziendali /ASL	Rendiconti PLP	ASL che hanno attivato il gruppo fumo	N. totale ASL	ASL che hanno attivato il gruppo fumo / N. tot. ASL	ok	//	30%	50%	80%	100%	
	4.2.3	Coordinamento delle iniziative di prevenzione consumo dannoso/rischioso alcool	Report gruppo alcool				Si/no		//	Contatti e individuazione membri del gruppo di lavoro ALCOL	Insedimento gruppo di coordinamento e formalizzazione	Monitoraggio e valutazione iniziative implementate nelle ASL nell'anno precedente ed eventuali revisioni format	Valutazione iniziative formative implementate, report finale attività del gruppo di lavoro alcool e sua diffusione
		Realizzazione corsi di formazione da parte delle ASL	Rendiconti PLP						//	//	Almeno un evento formativo a livello regionale per formatori delle ASL	Almeno il 30% delle ASL piemontesi hanno effettuato corsi	Almeno il 50% delle ASL piemontesi hanno effettuato corsi
	4.2.5	Ricognizione percorsi attivati nelle Aziende Sanitarie secondo apposito Report. N. ambiti/servizi specialistici coinvolti nei percorsi attivati	Rendiconti PLP	N. ambiti specialistici N. pazienti trattati	//	//			//	N. ambiti specialistici per MCNT > 5 N. pazienti trattati > 50	N. ambiti specialistici per MCNT > 6 N. pazienti trattati > 60	N. ambiti specialistici per MCNT > 6 N. pazienti trattati > 70	N. ambiti specialistici per MCNT > 6 N. pazienti trattati > 70 Redazione report su evoluzione modello "MET" esercizio-terapia
		Definizione degli indirizzi regionali e modalità di monitoraggio sullo sviluppo dell'attività MET	Regione Piemonte						//	Redazione piano di lavoro gruppo per lo sviluppo delle attività del MET	Report di attività intermedio	Adozione indirizzi regionali promozione esercizio fisico nei soggetti con patologie croniche	Definizione modalità di raccolta dati sistematica Report sugli sviluppi del MET
	4.1.3	N. edizioni di corsi, seminari, convegni, incontri rivolti a pazienti e/o operatori sanitari	Rendiconti PLP	N. edizioni di corsi, seminari, convegni	//	//			//	≥ 5	≥ 5	≥ 5	≥ 5

Programma	Azione	Definizione	Fonte	Numeratore	Denominatore	Formula di calcolo	Criteri SMART	Valore baseline	Standard 2015	Standard 2016	Standard 2017	Standard 2018
	4.1.5	Avvio percorsi evidence-based	Report gruppo di lavoro			Si/no		//	Almeno un report sulle attività di interazione con il gruppo sul PDTA-DM	Raccolta buone pratiche e identificazione dei criteri (elementi minimi qualificanti per i percorsi educativo-terapeutici efficaci)	Avvio in almeno 2 strutture diabetologiche regionali di almeno un percorso educativo-terapeutico strutturato con i criteri individuati	Documento di verifica della trasferibilità del percorso ad almeno un'altra malattia cronica
	4.1.8	Programma di implementazione degli interventi di prevenzione e counselling nutrizionale nelle ASL	Rendiconti PLP	N. ASL che adottano programma counseling nutrizionale	N. totale ASL	N. ASL che adottano programma counseling nutrizionale/N. totale ASL	ok	Non disponibile	Non applicabile	30% delle ASL adottano il programma	50% delle ASL adottano il programma	100% delle ASL adottano il programma
	4.3.1	% DMI che dispongono del dato allattamento al seno a 6 mesi	Regione Piemonte	N. DMI che dispongono del dato	Totale DMI	N. DMI che dispongono del dato / Totale DMI	ok	Non disponibile	Non disponibile	60%	80%	100%
	4.3.3	Realizzazione corsi info-educativi secondo i criteri regionali	Rendiconti PLP					//	Avvio ricerca e raccolta principali evidenze scientifiche ed esperienze	Produzione report ricognizione corsi realizzati	Produzione documento di indicazione procedurale	Almeno 30% corsi realizzati
	4.3.5	Realizzazione prima edizione corso nelle ASL	Rendiconti PLP	N. ASL che hanno realizzato il corso	N. totale ASL	N. ASL che hanno realizzato il corso / N. totale ASL	ok	//	Preparazione materiali didattici	50%	100%	100%
5	5.1.1	Numero di donne invitate ad effettuare il test di screening mammografico	Data base Prevenzione Serena	Numero di donne invitate ad effettuare il test di screening + adesioni spontanee	Popolazione bersaglio 50-69 anni annuale	N. donne invitate + adesioni spontanee/popolazione bersaglio x 100	ok	70,2%	75%	85%	100%	100%
	5.1.1	Numero di donne invitate ad effettuare il test di screening cervico-vaginale	Data base Prevenzione Serena	Numero di donne invitate ad effettuare il test di screening + adesioni spontanee	Popolazione bersaglio 25-64 anni annuale	N. donne invitate + adesioni spontanee/popolazione bersaglio x 100	ok	78%	70%	80%	100%	100%
	5.1.1	Numero di persone invitate a sigmoidoscopia	Data base Prevenzione Serena	Numero di persone invitate + adesioni spontanee	Popolazione bersaglio 58 anni annuale	N. persone invitate + adesioni spontanee/popolazione bersaglio x 100	ok	80,2%	82%	85%	100%	100%

Programma	Azione	Definizione	Fonte	Numeratore	Denominatore	Formula di calcolo	Criteri SMART	Valore baseline	Standard 2015	Standard 2016	Standard 2017	Standard 2018
	5.1.2	Lettera informativa per mammografia alle donne 45-49 anni	Data base Prevenzione Serena	Numero di dipartimenti che hanno inviato la lettera informativa	N. dipartimenti di screening	N. dipartimenti che hanno inviato/n. dipartimenti	ok	Non disponibile	5/9	7/9	9/9	9/9
	5.3.1	Lettera preavviso screening colo-rettale	Data base Prevenzione Serena	Numero di dipartimenti che hanno inviato la lettera di preavviso	N. dipartimenti di screening	N. dipartimenti che hanno inviato/n. dipartimenti	ok	Non disponibile	1/9	3/9	7/9	9/9
	5.2.1	Invitate a test HPV di primo livello	Data base Prevenzione Serena	Invitate a test HPV di primo livello nell'anno	Totale invitate nell'anno (complessivo regionale)	Invitate a test HPV di primo livello nell'anno/ totale invitate nell'anno	ok	Non disponibile (attività avviata in 6 dip. su 9)	30%	40%	50%	90%
	5.10.1	Avvio programma sperimentale	Regione Piemonte					//	//	Studio di fattibilità agli atti	Individuazione territorio sperimentazione	Report avvio sperimentazione
	5.11.2	N. di punti nascita che effettuano lo screening audiologico sul totale dei punti nascita	Regione Piemonte	N. di punti nascita che effettuano lo screening audiologico	N. totale punti nascita	N. di punti nascita che effettuano lo screening audiologico / N. totale dei punti nascita	ok	//	//	90%	90%	100%
	5.12.1	N. di punti nascita che effettuano lo screening del riflesso rosso sul totale dei punti nascita	Regione Piemonte	N. di punti nascita che effettuano lo screening del riflesso rosso	N. totale punti nascita	N. di punti nascita che effettuano lo screening del riflesso rosso / N. totale dei punti nascita	ok	//	//	90%	90%	100%
6	6.1.1	Report regionale descrittivo dei rischi e danni	flussi Inail-Regioni, Informo, SPRESALWeb, comunicazioni dei medici competenti ex art. 40/81			Si/no		Assenza report	Definizione dei contenuti minimi dei report regionali e locali	Report disponibile in almeno il 50% delle ASL	Report locali disponibili sul sito, della Regione, di Dors e presentato al CRC	Report regionale disponibile sul sito della Regione, di Dors e presentato al CRC
	6.4.1	Aggiornamento e pubblicazione degli elenchi dei soggetti formatori abilitati all'erogazione dei corsi	Comunicazione da enti abilitanti			N. aggiornamenti pubblicati on line		Non disponibile	Pubblicazione on line di almeno due aggiornamenti	Pubblicazione on line di almeno due aggiornamenti	Pubblicazione on line di almeno due aggiornamenti	Pubblicazione on line di almeno due aggiornamenti
	6.5.1	Predisposizione di documento di linee di indirizzo operativo	Siti istituzionali			Si/no		Assenza di linee di indirizzo operativo	Predisposizione di bozza di documento	Approvazione e diffusione del documento	//	//

Programma	Azione	Definizione	Fonte	Numeratore	Denominatore	Formula di calcolo	Criteri SMART	Valore baseline	Standard 2015	Standard 2016	Standard 2017	Standard 2018
	6.6.1	Percorsi formativi per insegnanti	Rendicontazioni e gruppo di lavoro			N. percorsi/ seminari/moduli		Non applicabile	Costituzione Gruppo di lavoro e progettazione percorso formativo	Realizzazione di almeno tre seminari calibrati ai tre diversi gradi scolastici	Realizzazione di un nuovo corso di formazione per insegnanti, per ogni segmento formativo	Realizzazione di almeno 4 moduli di aggiornamento
	6.7.2	Report regionale sull'applicazione del Piano Regionale Edilizia	Sito istituzionale			Si/no		Non applicabile	Report sull'applicazione del piano regionale in edilizia in tutte le ASL, con specificazione della quota di vigilanza congiunta	Report sull'applicazione del piano regionale in edilizia in tutte le ASL, con specificazione della quota di vigilanza congiunta	Report sull'applicazione del piano regionale in edilizia in tutte le ASL, con specificazione della quota di vigilanza congiunta	Report sull'applicazione del piano regionale in edilizia in tutte le ASL, con specificazione della quota di vigilanza congiunta
	6.7.3	ASL che applicano il Piano Regionale Agricoltura	Rendiconti PLP	N. di ASL che applicano il Piano Regionale Agricoltura	N. totale ASL	N.di ASL che applicano il Piano Regionale Agricoltura/ N. totale ASL	ok	70%	80%	80%	80%	100%
7	7.2.1	Protocollo regionale sulle attività di biomonitoraggio umano ed animale	Regione Piemonte			Si/no		//	//	Costituzione di un gruppo di lavoro sul biomonitoraggio	Report di attività del gruppo di lavoro sul biomonitoraggio	Protocollo regionale sulle attività di biomonitoraggio umano ed animale pubblicato
	7.2.2	Atlante regionale Ambiente Salute	Sito regionale			Si/no		//	//	Pubblicazione prima parte Atlante Regionale	Pubblicazione seconda parte Atlante Regionale	Pubblicazione terza parte Atlante Regionale
	7.7.1	Documento di formalizzazione annuale del Piano Regionale dei Controlli REACH-CLP	Regione Piemonte			Si/no		1 documento formalizzato presente annualmente a partire dal 2012	1 documento formalizzato	1 documento formalizzato	1 documento formalizzato	1 documento formalizzato
		N. controlli effettuati su quanti previsti nel Piano regionale per le attività di controllo	Regione Piemonte	N. controlli effettuati	N. controlli previsti nel Piano regionale di controllo	N. controlli effettuati / N. controlli previsti nel Piano regionale di controllo	ok	//	≥ 80%	≥ 80%	≥ 80%	≥ 80%
7.8.1	Realizzazione corso formazione per ispettori REACH/CLP	Regione Piemonte			Si/no		//	Almeno un corso effettuato a livello regionale	Almeno un corso effettuato a livello regionale	Almeno un corso effettuato a livello regionale	Almeno un corso effettuato a livello regionale	

Programma	Azione	Definizione	Fonte	Numeratore	Denominatore	Formula di calcolo	Criteri SMART	Valore baseline	Standard 2015	Standard 2016	Standard 2017	Standard 2018
	7.13.1	Interventi di controllo congiunti ARPA-ASL su apparecchiature abbronzanti	Rendiconti PLP	N. di interventi di controllo congiunti ARPA-ASL su apparecchiature abbronzanti	N.di interventi di controllo programmati	N. interventi di controllo congiunti ARPA-ASL su apparecchiature abbronzanti/n. interventi programmati	ok	10/12	11/12	11/12	11/12	11/12
8	8.1.1	Adozione nuova piattaforma informatizzata	Regione Piemonte	N. ASL che hanno attivato la nuova piattaforma	N. totale ASL	N. ASL che hanno attivato la nuova piattaforma/ N. totale ASL	ok	Nuova piattaforma assente	Progetto	Sviluppo	12/12	12/12
		Completamento programma anagrafi vaccinali	Sistemi informativi ASL	N. ASL che hanno attivato l'anagrafe informatizzata	N. totale ASL	N. ASL che hanno attivato l'anagrafe informatizzata/ N. totale ASL	ok	11/12	11/12	11/12	11/12	12/12
		Attivazione sistema sorveglianza contatti TB	Regione Piemonte	N. ASL che hanno attivato sistema sorveglianza contatti TB	N. totale ASL	N. ASL che hanno attivato sistema sorveglianza contatti TB / N. totale ASL	ok	Sistema sorveglianza assente	Progetto	Sviluppo	12/12	12/12
		Attivazione sistema sorveglianza uso antibiotici	Regione Piemonte				Si/no	Sistema sorveglianza assente	Progetto	Sviluppo	Attivo	Attivo
9	9.1.1	Evento regionale di sensibilizzazione e informazione/ formazione sull'informatizzazione della gestione del farmaco	Regione Piemonte	N. eventi	N. totale ASL	N. eventi/n. ASL x 100	ok	//	//	Almeno 1 evento nel 30% delle ASL	Almeno 1 evento nel 50% delle ASL	Almeno 1 evento nell'80% delle ASL
	9.1.2	Protocolli di intervento integrato che descrivano i meccanismi attraverso i quali si raggiunge l'obiettivo (es. riunioni, comitati congiunti, gruppi di collegamento, ecc.)	Regione Piemonte					Non disponibile	//	Protocollo disponibile	//	//

Programma	Azione	Definizione	Fonte	Numeratore	Denominatore	Formula di calcolo	Criteri SMART	Valore baseline	Standard 2015	Standard 2016	Standard 2017	Standard 2018
	9.7.1	Protocollo tecnico revisionato per le analisi microbiologiche che attesti che il processo di pianificazione dei campionamenti per l'analisi soddisfa le esigenze previste (comunitarie, nazionali e locali, incluse quelle laboratoristiche)	Regione Piemonte			Si/no		Non disponibile	//	//	//	Almeno 1
	9.8.1	Raccolta annuale dei dati relativi ai controlli effettuati nelle verifiche di sale iodato e trasmissione al MS e ISS secondo il percorso standardizzato previsto	Data base regionale			Si/no		Non disponibile	//	1	1	1
	9.10.1	Numero audit sulle ACL/anno	Database regionale			Numero audit sulle ACL/anno		Non disponibile	da 4 a 6	da 4 a 6	da 4 a 6	da 4 a 6
10	10.1.1	N. ASL che utilizzano Prosa per la rendicontazione PLP	Database regionale	N. ASL che utilizzano il set di indicatori per il monitoraggio	N totale ASL	N. ASL che utilizzano set/n. totale ASL x 100	ok		Presenza set di indicatori per monitoraggio progetti	50%	75%	100%
	10.1.2	N. ASL che rispettano gli indirizzi annuali sulle sorveglianze di popolazione sul totale delle ASL	Regione Piemonte	N. ASL che rispettano gli indirizzi annuali sulle sorveglianze di popolazione	N. totale di ASL	N. ASL che rispettano indirizzi/n. totale ASL x 100	ok	90%	100%	100%	100%	100%
	10.1.3	N. programmi sottoposti a <i>health equity audit</i> approfondito/previsti	Regione Piemonte	N. programmi sottoposti a <i>health equity audit</i> approfondito	N. programmi sottoposti a <i>health equity audit</i> previsti	N. programmi sottoposti a <i>health equity audit</i> approfondito/previsti	ok	Non disponibile	25%	50%	100%	100%