



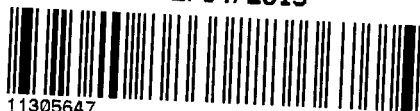
Presidenza del Consiglio dei Ministri

SEGRETERIA DELLA CONFERENZA PERMANENTE
PER I RAPPORTI TRA LO STATO LE REGIONI
E LE PROVINCE AUTONOME

Servizio III°: "Sanità e politiche sociali"

Codice sito 4.10/2015/27

Presidenza del Consiglio dei Ministri
CSR 0001533 P-4.23.2.10
del 02/04/2015



Al Ministero della salute

- Gabinetto
gab@postacert.sanita.it
- Direzione generale della prevenzione sanitaria
dgprev@postacert.sanita.it

Al Ministero dell'economia e delle finanze

- Gabinetto
confgabmef@pec.mef.gov.it
- Dipartimento della Ragioneria Generale dello Stato - Coordinamento delle attività dell'Ufficio del Ragioniere generale dello Stato
rqs.ragioneregenerale.coordinamento@pec.mef.gov.it

Al Presidente della Conferenza delle Regioni e delle Province autonome
c/o CINSEDO
conferenza@pec.regioni.it

Ai Presidenti delle Regioni e delle Province autonome di Trento e Bolzano
(CSR PEC LISTA 3)

LORO SEDI

Oggetto: Accordo, ai sensi dell'articolo 4, comma 1, del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281, tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano concernente il "Piano nazionale per la prevenzione per gli anni 2014-2018 – Documento per la valutazione".

Si trasmette, per il seguito di competenza, l'atto dell'accordo sancito dalla Conferenza Stato - Regioni, nella seduta del 25 marzo 2015.

Il predetto accordo è anche disponibile sul sito www.statoregioni.it con il codice: 4.10/2015/27.

Il Direttore
Antonio Naddo



Presidenza del Consiglio dei Ministri

CONFERENZA PERMANENTE PER I RAPPORTI TRA LO STATO, LE REGIONI E LE PROVINCE AUTONOME DI TRENTO E DI BOLZANO

Accordo, ai sensi dell'articolo 4, comma 1, del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281, tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano concernente il "Piano nazionale per la prevenzione per gli anni 2014-2018 – Documento per la valutazione".

Rep. Atti n. 56/CSR del 25 marzo 2015

LA CONFERENZA PERMANENTE PER I RAPPORTI TRA LO STATO, LE REGIONI E LE PROVINCE AUTONOME DI TRENTO E BOLZANO

Nella odierna seduta del 25 marzo 2015:

VISTO l'articolo 4, comma 1, del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281, che affida a questa Conferenza il compito di promuovere e sancire accordi tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano, in attuazione del principio di leale collaborazione, al fine di coordinare l'esercizio delle rispettive competenze e svolgere attività di interesse comune;

VISTA l'Intesa Stato – Regioni del 10 luglio 2014, n. 82, concernente il Nuovo Patto per la salute 2014 – 2016, che all'articolo 17, comma 1, conferma per gli anni 2014 – 2016, a valere sulle risorse di cui all'articolo 1, comma 1 del Patto, la destinazione di 200 milioni di euro annui, oltre alle risorse individuate a valere sulla quota di finanziamento vincolato per la realizzazione degli obiettivi del Piano sanitario nazionale, ai sensi dell'articolo 1, comma 34, della legge 27 dicembre 1996, n. 662 e successive integrazioni;

CONSIDERATO che l'Intesa Stato – Regioni del 13 novembre 2014, n. 156, concernente il Piano nazionale della prevenzione per gli anni 2014-2018, dispone:

- all'articolo 1, comma 3, che le Regioni si impegnano ad adottare, entro il 31 maggio 2015, il Piano regionale di prevenzione per la realizzazione del Piano nazionale della prevenzione 2014-2018 attraverso programmi individuati sulla base di quanto disposto al punto 2 del medesimo articolo 1 e
- all'articolo 1, comma 6, che i criteri per la valutazione e la certificazione dei Piani regionali medesimi sono individuati con apposito accordo Stato – Regioni;

VISTA la nota pervenuta in data 18 febbraio 2015, diramata da questo il 24 febbraio 2015, con la quale il Ministero della salute ha inviato, ai fini del perfezionamento del previsto accordo in sede di Conferenza Stato-Regioni, la proposta indicata in oggetto;

VISTA la nota in data 5 marzo 2015, la Regione Veneto, Coordinatrice della Commissione salute, ha comunicato l'assenso tecnico favorevole;





Presidenza del Consiglio dei Ministri

CONFERENZA PERMANENTE PER I RAPPORTI
TRA LO STATO, LE REGIONI E LE PROVINCE AUTONOME
DI TRENTO E DI BOLZANO

ACQUISITO, in corso di seduta, l'assenso del Governo, delle Regioni e delle Province autonome di Trento e Bolzano;

SANCISCE ACCORDO

tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano sul documento "Piano Nazionale per la Prevenzione per gli anni 2014 – 2018 – Documento per la valutazione", di cui all' Allegato A, parte integrante del presente atto.

IL SEGRETARIO
Antonio Nadeo



IL PRESIDENTE
Gianclaudio Bressa

Piano Nazionale della Prevenzione 2014-2018 - Documento di valutazione

Indice

1. Premessa
2. Obiettivi della valutazione
3. Requisiti per la valutazione
4. Criteri e oggetto della valutazione
5. Regole e tempistica della certificazione dei PRP

1. Premessa

Il PNP 2010-2012 (Intesa Stato Regioni 29 aprile 2010) ha riaffermato l'importanza e la necessità di poter disporre di (oltre che di produrre) "evidenze" in tre momenti principali dell'azione: 1) prove di efficacia teorica (efficacy); 2) monitoraggio e valutazione degli interventi; 3) misura di impatto sugli outcome (effectiveness). A tal fine il Piano ha promosso da una parte lo sviluppo, a livello intra-regionale, di una pianificazione di qualità, mettendo a punto diversi strumenti e attività a supporto di tale obiettivo, dall'altra ha ugualmente sostenuto la cultura e l'utilizzo della valutazione, sia attraverso il supporto alla implementazione e all'uso dei sistemi di sorveglianza, sia attraverso il monitoraggio dello stato di avanzamento degli interventi programmati, sia promuovendo la costruzione di un sistema integrato di valutazione di impatto della prevenzione.

Sebbene costituiscano un aspetto di estrema rilevanza e innovazione, il monitoraggio e la valutazione del PNP 2010-2012 hanno rivelato diverse criticità. Ad esempio, non sempre il monitoraggio dei PRP ha adottato una struttura "formale", con strumenti standardizzati e quindi comparabili tra le Regioni; gli indicatori (prevalentemente di output e di processo) utilizzati per misurare, anche a fini certificativi, lo stato di avanzamento nella realizzazione dei Piani sono risultati estremamente eterogenei, spesso derivanti da raccolte di dati ad hoc e non da flussi correnti, e in generale non strettamente ancorati ad una misura dei risultati raggiunti rispetto agli obiettivi fissati.

Ciononostante, un importante traguardo conseguito rispetto al percorso fino ad oggi portato avanti è il consolidarsi del ruolo della valutazione con il significato cruciale di sforzo congiunto, da parte di Stato e Regioni, di dare conto al Paese dei risultati delle politiche di salute e di fornire indicazioni per gli orientamenti futuri. In questa ottica, fin dal primo Piano di Prevenzione, la valutazione è stata costantemente concepita come una componente irrinunciabile del Piano stesso, con la duplice funzione di misurare l'impatto che esso produce sia nei processi, sia negli esiti di salute, sia nel sistema, a livello centrale, regionale e locale, e di garantire la coesione nazionale nel conseguimento degli obiettivi di salute nel rispetto degli equilibri di bilancio. Strumento operativo per questa ultima funzione è l'attività di verifica degli adempimenti LEA, di cui all'Intesa Stato Regioni 23 marzo 2005 (di seguito denominata certificazione), svolta mediante un lavoro istruttorio preparato dagli uffici del Ministero, competenti nelle materie degli adempimenti, con il supporto dell'Age.Na.S. e dell'AIFA, e a cura del Comitato permanente per la verifica dell'erogazione dei Livelli Essenziali di Assistenza in condizioni di appropriatezza ed efficacia nell'utilizzo delle risorse (Comitato LEA).

Il Piano 2014-2018 è frutto dell'impegno condiviso con le Regioni di strutturare un impianto complessivo che sia pensato per e funzionale al processo di valutazione e, quindi, alla verifica del raggiungimento di tutti gli obiettivi. Per svolgere al meglio questo complesso ruolo, il PNP è corredato di un adeguato "piano di valutazione", il più possibile legato agli obiettivi che si intendono perseguire a tutti i livelli e basato su un approccio condiviso, che conduca non solo alla messa a punto di metodi e procedure di monitoraggio e valutazione dei processi e dei risultati comuni e rigorosi, ma anche alla creazione delle condizioni necessarie all'utilizzo dei risultati stessi della valutazione, per il miglioramento dell'efficacia e della sostenibilità degli interventi e dei processi in atto e per la produzione dei cambiamenti attesi.

Parte integrante del sistema di valutazione deve essere l'uso dei sistemi informativi e di sorveglianza, che il PNP 2014-2018 continua, infatti, a promuovere e valorizzare, per il necessario e corretto espletamento di tutte le funzioni (conoscenza, pianificazione, azione, governance, empowerment) che da tale uso derivano.



Il Piano 2014-2018 prevede la possibilità nel 2017 di una ri-modulazione alla luce dell'avanzamento verso gli obiettivi concordati e i relativi risultati attesi e dell'eventuale mutamento del contesto nazionale e di quelli regionali, fermo restando il quadro logico centrale.

La struttura del PNP prevede, inoltre, la definizione dei Quadri Logici centrali (QLc) e regionali (QLr). Il QLc è vincolante e comprende: il macro obiettivo (MO), i relativi fattori di rischio/determinanti da contrastare/promuovere per raggiungere il MO, l'insieme delle strategie da adottare, gli obiettivi centrali da perseguire per raggiungere il MO, gli indicatori centrali (e relativi standard) per la valutazione del raggiungimento degli obiettivi. Il QLr discende dal QLc e quindi prevede il programma regionale articolato in: obiettivi specifici del programma (e connessi indicatori e standard), funzionali al raggiungimento del relativo obiettivo centrale, azioni con cui dare attuazione alle strategie definite nel QLc e popolazioni destinatarie delle azioni.

Dal processo di valutazione vengono estrapolati gli elementi necessari per le finalità della certificazione.

Il presente Documento esplicita gli obiettivi, i requisiti, i criteri, l'oggetto della valutazione e le regole e la tempistica della certificazione.

Per gestire un monitoraggio sostanziale e non solo formale del Piano, delle sue difficoltà attuative e dei fattori di successo, è necessario che l'impianto nazionale di valutazione del Piano, sia improntato ad una logica di sviluppo unitario sul piano tecnico-scientifico, organizzativo e operativo, seppure nel pieno rispetto delle scelte attuative regionali.

In tale prospettiva, opererà presso il Ministero della salute un Tavolo di lavoro con la partecipazione, oltre che dei competenti Uffici di questo Dicastero e di rappresentanti delle Regioni, di altri attori, quali AGENAS, ISS, ISTAT.

2. Obiettivi della valutazione

Obiettivi della valutazione sono:

- documentare e valutare i progressi di salute raggiunti con il PNP, i PRP e le Azioni centrali;
- documentare e valutare azioni e processi intrapresi per il raggiungimento degli obiettivi di salute, in termini di appropriatezza;
- fornire evidenze per orientare la programmazione futura in tema di prevenzione e promozione della salute.

3. Requisiti per la valutazione

I requisiti necessari allo svolgimento del processo valutativo sono:

- 3.1** l'esplicitazione dei valori attesi (di seguito denominati **standard**), a livello nazionale, degli indicatori dei QLc (indicatori centrali), sia di tipo quantitativo (indicatori di risultato diretti e indiretti o indicatori di output), sia di tipo qualitativo (indicatori di performance o di raggiungimento di obiettivi puntuali attinenti il sistema salute).
Lo standard indica il miglioramento, rispetto al valore *base-line*, che ci si aspetta di poter raggiungere, a livello nazionale, attraverso le strategie messe in campo dal PNP, dai PRP e dalle Azioni centrali;
Con il presente documento (Allegato 1) sono riportati i valori di *base-line* nazionali e fissati gli standard nazionali al 2018 di tutti gli indicatori centrali;
- 3.2** l'indicazione nel PRP, per ciascuno degli indicatori centrali di cui all'Allegato 1, dello standard al 2018, che ciascuna Regione intende raggiungere, con i programmi messi in campo per la realizzazione dei MO e degli obiettivi centrali;
- 3.3** la definizione degli standard regionali è corredata da: descrizione del contesto regionale, esplicitazione dei dati epidemiologici correnti (inclusi il valore baseline e il trend dei fenomeni (laddove disponibile), descrizione dei risultati acquisiti nel corso dei PRP precedenti e degli asset locali;
- 3.4** l'individuazione, tra gli indicatori di processo di ogni programma, di "indicatori sentinella" e relativi standard, idonei a valutare e documentare l'avanzamento dei programmi verso il raggiungimento degli obiettivi specifici. Il numero degli indicatori sentinella è commisurato alla complessità del programma. La scelta di tali indicatori deve essere adeguatamente motivata;



3.5 la struttura del PRP, la quale deve prevedere.

3.5.1 l'esplicitazione del Quadro Logico regionale:

- a. la definizione di programmi regionali, il più possibile integrati in modo tale da poter includere più obiettivi centrali nello stesso programma;
- b. le popolazioni destinatarie dei programmi;
- c. gli obiettivi specifici, e relativi indicatori e standard, funzionali al raggiungimento del corrispondente obiettivo centrale;
- d. le azioni con cui dare attuazione alle strategie definite nel QLC;

3.5.2 il piano di monitoraggio e valutazione del PRP che definisce:

- a. gli indicatori del QLC di cui al punto 3.1;
- b. gli standard regionali al 2018 degli indicatori dei QLC, individuati tenuto conto degli standard riportati all'Allegato 1. Tutte le Regioni definiscono il valore dello standard regionale tenendo conto della differenza tra il rispettivo valore baseline regionale e lo standard nazionale e fermo restando che tutte le Regioni devono concorrere al raggiungimento dello standard nazionale;
- c. gli indicatori sentinella così come definiti al punto 3.3 ed i relativi standard per ogni anno;
- d. la fonte informativa che deve essere, ove possibile, costituita da registri, sorveglianze e sistemi informativi a dimensione nazionale (ISTAT, PASSI, OKKIO, SDO, Sistema informativo screening etc.) o quanto meno regionale.

4. Criteri ed oggetto della valutazione

Nello svolgimento della valutazione si applicano i seguenti criteri attinenti la pianificazione, i processi e gli esiti.

4.1 Anno 2014: valutazione del recepimento regionale del PNP

- viene valutata la sussistenza dei requisiti stabiliti nell'Intesa 13 novembre 2014.

4.2 Anno 2015: valutazione della pianificazione del PRP

- vengono verificati, tenuto conto dei criteri riportati nella *Griglia di valutazione della pianificazione*, di seguito indicata *Griglia* (Allegato 2):
 - a. la sussistenza dei requisiti di struttura del PRP di cui al punto 3.4;
 - b. il rispetto, nei PRP, dei principi del PNP;
 - c. la congruenza tra QLR e QLC;
 - d. la coerenza interna dei PRP (tra i diversi programmi e all'interno dei programmi).

4.3 Anni 2016, 2017: valutazione di processo

Viene misurato il livello di avanzamento dei programmi verso il raggiungimento degli obiettivi specifici, attraverso lo scostamento tra valori osservati e standard degli indicatori "sentinella". Tale valutazione avviene annualmente sulla base dei cronoprogrammi regionali, a far data dall'avvio dei PRP.

4.4 Anno 2018: valutazione di processo e valutazione di risultato

Viene documentato e valutato attraverso i relativi indicatori il livello di raggiungimento degli obiettivi centrali. Tale valutazione si effettua a conclusione del periodo di riferimento del PNP e ferma restando l'eventuale ri-modulazione di metà percorso.

5. Tempistica e Regole della valutazione finalizzata alla certificazione dei PRP

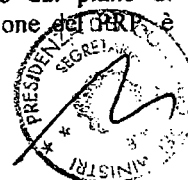
Con la richiamata Intesa Stato Regioni 23 marzo 2005, sono stati individuati gli adempimenti a carico delle Regioni per l'accesso al maggior finanziamento delle risorse destinate al Servizio Sanitario nazionale.

Uno degli adempimenti LEA è U) Prevenzione, del quale il Piano nazionale della prevenzione è parte integrante.

Di seguito sono indicate regole e tempistica della valutazione finalizzata alla certificazione, in relazione al PNP.

5.1 Anno 2015:

- a. entro il 31/05/2015, la Regione delibera l'adozione del PRP, strutturato tenendo presente requisiti e criteri indicati ai punti 3 e 4 e corredato dal piano di monitoraggio e valutazione (punto 3.5.2). Nella fase di elaborazione del PRP è



possibile l'interlocazione tecnica Regioni-Ministero, finalizzata all'ottimizzazione della pianificazione;

- b. entro 30 giorni dalla data di adozione dell'atto, la Regione trasmette al Ministero il PRP deliberato;
- c. entro 90 giorni dalla ricezione del PRP, il Ministero fornisce il risultato della valutazione della pianificazione del PRP, ai fini di una riformulazione della stessa.

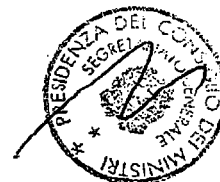
5.2 Anni 2016, 2017 e 2018

La Regione ogni anno fa pervenire, entro il primo trimestre, adeguata e documentata rendicontazione relativa all'annualità precedente e inerente lo stato di avanzamento, sulla base del piano di monitoraggio e valutazione di cui al punto 3.5.2.

5.3 Verificata la rendicontazione pervenuta sulla base e con le modalità sopra indicate, la certificazione ha esito positivo nei seguenti casi:

- 1. Per l'anno 2015
 - a) il PRP soddisfa tutti i criteri e requisiti di cui al punto 4.2.
- 2. Per gli anni 2016, 2017
 - a) almeno il 70% di tutti gli indicatori sentinella di tutti i programmi presenta uno scostamento tra valore osservato e standard non superiore al 20%
- 3. Per l'anno 2018
 - a) almeno l'80% di tutti gli indicatori sentinella di tutti i programmi presenta uno scostamento tra valore osservato e standard non superiore al 20%
 - b) la rendicontazione è corredata dalla documentazione dei valori osservati regionali per tutti gli indicatori centrali.

5.4 I valori osservati di cui di cui al punto 5.3.3, lettera b, non sono oggetto della certificazione.



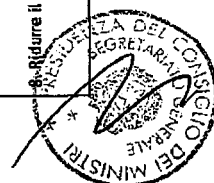
Piano Nazionale per la Prevenzione 2014-2018 - Documento di valutazione

Allegato 1

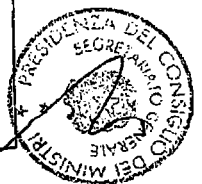


MACRO 1. Ridurre il carico prevenibile ed evitabile di morbosità, mortalità e disabilità delle malattie non trasmissibili

Obiettivo centrale	Codice Indicatore	Nome Indicatore	Definizione operativa	Valore Baseline	Standard	Fonte dei dati
1. Stesura e realizzazione di un piano di azione intersettoriale di promozione della salute nei diversi ambiti, con definizione di accordi e condivisione di indirizzi con i settori della pianificazione territoriale	1.1.1	Numero di accordi quadro intersettoriali nazionali attivati e/o mantenuti	Da definire nell'ambito delle Azioni centrali di supporto al PNP di cui al Paragrafo 1.3 del Piano nazionale della prevenzione 2014-2018 (Intesa Stato Regioni 13 novembre 2014)			
	1.1.2	Proportione di Regioni che hanno recepito gli accordi				
2. Aumentare i bambini in allattamento materno esclusivo fino al sesto mese (180 giorni di vita)	1.2.1	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%	ISTAT. Indagine Multiscopo sulle famiglie "Condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari"
3. Promuovere il potenziamento dei fattori di protezione (life skill, empowerment) e l'adozione di comportamenti sani (alimentazione, attività fisica, fumo e alcol) nella popolazione giovanile e adulta	1.3.1	Proportione di istituti scolastici che aderiscono (con almeno l'80% delle classi) alla progettazione regionale specifica	Proportione 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 proprio valore baseline	Ogni Regione individua il suo standard. Lo standard nazionale è: 100% delle Regioni raggiunge almeno l'80% dello standard individuato dalla Regione stessa (con un minimo del 10% di scuole coinvolte)	Regioni
4. Ridurre il numero di fumatori	1.4.1	Prevalenza di fumatori nella popolazione	Prevalenza di fumatori di età 18-69 anni	Anno 2013: 27,2%	-10,0%	Sistema di sorveglianza PASSI Istat. Indagine multiscopo sulle famiglie "Aspetti della vita quotidiana"
5. Estendere la tutela dal fumo passivo	1.5.1	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%	Sistema di sorveglianza PASSI
6. Ridurre il consumo di alcol a rischio	1.6.1	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%	Sistema di sorveglianza PASSI Istat. Indagine multiscopo sulle famiglie "Aspetti della vita quotidiana"
7. Aumentare il consumo di frutta e verdura	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%	Sistema di sorveglianza PASSI
			Prevalenza di bambini di età 8-9 anni che consumano almeno 2 volte al giorno frutta e/o verdura	Anno 2014: 56,8%	+15	Sistema di sorveglianza Okkio alla salute
8. Ridurre il consumo eccessivo di sale	1.8.1	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%	Sistema di sorveglianza PASSI



Obiettivo centrale	Codice indicatore	Nome indicatore	Definizione operativa	Valore Baseline	Standard	Fonte dei dati
9. Aumentare l'attività fisica delle persone	1.8.2	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%	Sistema di sorveglianza PASSI. Istat. Indagine multiscopo sulle famiglie "Aspetti della vita quotidiana"
	1.9.1	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%	Sistema di sorveglianza PASSI. Istat. Indagine multiscopo sulle famiglie "Aspetti della vita quotidiana"
	1.9.2	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	Sistema di sorveglianza Passi d'Argento
10. Aumentare l'offerta di approccio comportamentale o farmacologico per le persone con fattori di rischio per MCNT	1.10.1	Realizzazione di uno studio di fattibilità a livello regionale di un programma di popolazione per l'identificazione precoce dei soggetti in fascia d'età 45-60 anni in condizioni di rischio aumentato per MCNT (entro un anno dall'avvio del PRP)	<p>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:</p> <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 	Non rilevato	100% entro il 2016 Tutte le Regioni hanno realizzato lo studio di fattibilità entro il 2016	Regioni



Obiettivo centrale	Codice indicatore	Nome indicatore	Definizione operativa	Valore Baseline	Standard	Fonte dei dati
11. Adozione di indirizzi regionali sulla promozione dell'esercizio fisico nei soggetti con patologie croniche (entro un anno dall'avvio del PRP) e loro attuazione (entro il 2018)	1.10.2	Attivazione del programma secondo le modalità individuate dallo studio di fattibilità e presenza di indicatori di estensione e adesione (entro il 2018)	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	Non rilevato	100% Tutte le Regioni hanno attivato il programma	Regioni
	1.10.3	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	Sistema di sorveglianza PASSI
	1.10.4	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 compreso tra 25,0 e 29,9 kg/m ² 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%	Sistema di sorveglianza PASSI
	1.10.5	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%	Sistema di sorveglianza PASSI
	1.10.6	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%	Sistema di sorveglianza PASSI
	1.11.1	Adozione di indirizzi regionali sulla promozione dell'esercizio fisico nei soggetti con patologie croniche (entro un anno dall'avvio del PRP) e loro attuazione (entro il 2018)	Proporzione di Regioni che hanno adottato ed attuato indirizzi regionali sulla promozione dell'esercizio fisico nei soggetti con patologie croniche	Non rilevato	100% Tutte le Regioni hanno adottato gli indirizzi regionali entro il 2016 e hanno attuato gli indirizzi regionali entro il 2018	Regioni
12. Aumentare l'estensione reale dei programmi di screening alla popolazione target (per ognuno dei 3 tumori oggetto di screening)	1.12.1	Percentuale di persone che ricevono l'invito a partecipare al programma di screening per il tumore della CERVICe UTERINA sulla popolazione bersaglio	Proporzione di persone in età target invitate	Anno 2012: 77%	+30% (per raggiungere il 100% previsto dal LEA)	Osservatorio nazionale screening

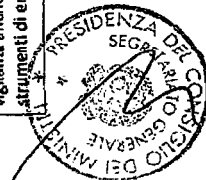


Obiettivo centrale	Codice indicatore	Nome indicatore	Definizione operativa	Valore Baseline	Standard	Fonte dei dati
		Percentuale di persone che ricevono l'invito a partecipare al programma di screening MAMMOGRAFICO sulla popolazione bersaglio		Anno 2012: 73%	+37% (per raggiungere il 100% previsto dal LEA)	
		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 dal LEA)	
13. Aumentare i soggetti a rischio sottoposti a screening oncologico	1.13.1	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 dal LEA)	Osservatorio nazionale screening
		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 dal LEA)	
		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 dal LEA)	
		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)		Non rilevato	100% entro il 2016 Tutte le Regioni hanno adottato gli indirizzi regionali entro il 2016	
14. Riorientare/avviare i programmi di screening per il cancro della cervice uterina introducendo il test HPV-DNA	1.14.1	Avvio del programma di screening per il cancro della cervice uterina introducendo il test HPV-DNA (entro il 2018)	Proporzione di Regioni che hanno adottato gli indirizzi regionali per lo screening del cervicocarcinoma	Non rilevato	100% Tutte le Regioni hanno attivato in maniera esclusiva il test HPV-DNA	Regioni
	1.14.2	Adozione di indirizzi regionali programmatori (entro un anno dall'avvio del PRP)	Proporzione di Regioni che hanno adottato gli indirizzi regionali	Non rilevato	100% Tutte le Regioni hanno adottato gli indirizzi regionali entro il 2016	Regioni
15. Identificare precocemente i soggetti a rischio eredo-familiare per tumore della mammella	1.15.1	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	Non rilevato	100% Tutte le Regioni hanno adottato i percorsi in tutte le aziende	Regioni
	1.15.2					



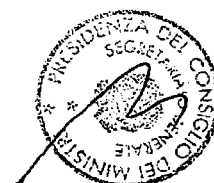
MACRO 7. Prevenire infortuni e malattie professionali

Obiettivo centrale	Codice Indicatore	Nome Indicatore	Definizione operativa	Valore Baseline	Standard	Fonte dei dati
Implementare il grado di utilizzo dei sistemi e degli strumenti informativi di cui agli Atti di Indirizzo del Comitato ex articolo 5/81 approvati mediante Accordo di conferenza tra Stato e Regioni	7.1.1	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	Solo alcune Regioni	100% Un Report all'anno in tutte le Regioni	Regioni
Incrementare la collaborazione tra operatori sanitari per favorire l'emersione e il riconoscimento delle MP	7.2.1	Emersione del fenomeno tectopatico 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 - rischio per apparato muscolo scheletrico	Incremento relativo delle segnalazioni di malattie professionali	+ 47% nel periodo 2009-2013 a livello nazionale	+10%	INAIL
Sostenere il ruolo di RLS/RLST e della bilateralità	7.3-4-5.1	Adozione di programmazione in seno ai comitati regionali di coordinamento ex art 7 Digs 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	Solo alcune Regioni	100% Tutte le Regioni programmano azioni di promozione	Regioni
Promuovere/favorire l'adozione da parte delle imprese di buone prassi e percorsi di Responsabilità sociale		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 nei contesti scolastico, con almeno l'80% delle classi target	Ogni Regione individua il proprio	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)	Regioni
Promuovere/favorire programmi di miglioramento del benessere organizzativo nelle aziende		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%	INAIL
Coinvolgere l'istituzione scolastica nello sviluppo delle competenze in materia di SSL nei futuri lavoratori	7.6.1	Proporzione di istituti scolastici che aderiscono alla progettazione regionale specifica inserita nei programmi integrati di promozione della salute	Proporzione di Regioni che adottano gli atti (Comma 3 lettera c) art. 5 Digs 81/08 e dall'art. 7 dello stesso decreto legislativo)	Solo alcune Regioni	100% Tutte le Regioni adottano gli atti di indirizzo	Regioni
Promuovere il coordinamento dell'attività di vigilanza e l'approccio di tipo proattivo dei servizi pubblici attraverso l'adozione di piani integrati di prevenzione degli infortuni	7.7.1	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	Proporzione di Regioni che adottano gli atti (Comma 3 lettera c) art. 5 Digs 81/08 e dall'art. 7 dello stesso decreto legislativo)	Solo alcune Regioni	100% Tutte le Regioni adottano gli atti di indirizzo	Regioni
8. Migliorare la qualità e l'omogeneità dell'attività di vigilanza anche attraverso l'incremento dell'utilizzo di strumenti di enforcement quali l'audit	7.8.1	Adozione di atti di indirizzo 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 Digs 81/08 e dall'art. 7 dello stesso decreto legislativo)	Solo alcune Regioni	100% Tutte le Regioni adottano gli atti di indirizzo	Regioni



MACRO 2. Prevenire le conseguenze dei disturbi neurosensoriali

Obiettivo centrale	Codice indicatore	Nome Indicatore	Definizione operativa	Valore Baseline	Standard	Fonte dei dati
1. Effettuare lo screening audiologico neonatale in tutti i punti nascita	2.1.1	Proporzione di neonati sottoposti a screening audiologico neonatale	Attivazione dello screening audiologico in tutti i punti nascita di ciascuna Regione	In Italia non è ancora attivato un programma di screening audiologico neonatale universale e non sono disponibili dati di prevalenza riferiti alla popolazione nazionale. Da uno studio Agenas risulta che 132 punti nascita su 180 appartenenti a 14 regioni italiane dichiarano di effettuare uno screening audiologico neonatale	100% Tutte le Regioni hanno attivato lo screening audiologico neonatale in tutti i punti nascita	Regioni
2. Effettuare lo screening oftalmologico neonatale in tutti i punti nascita	2.2.1	Proporzione di neonati sottoposti a screening oftalmologico neonatale	Attivazione dello screening oftalmologico in tutti i punti nascita di ciascuna Regione	In Italia non è ancora attivato un programma di screening oftalmologico neonatale universale e non sono disponibili dati di prevalenza riferiti alla popolazione nazionale	100% Tutte le Regioni hanno attivato lo screening oftalmologico neonatale in tutti i punti nascita	Regioni



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

Obiettivo centrale	Codice Indicatore	Nome Indicatore	Definizione operativa	Valore Baseline	Standard	Fonte dei dati
3. Promuovere il potenziamento dei fattori di protezione (life skill, empowerment) e l'adozione di comportamenti sani (alimentazione, attività fisica, fumo e alcol) nella popolazione giovanile e adulta	3.1.1	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, sulle 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 proprio	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)	Regioni
2. Identificare tempestivamente i soggetti con problemi emozionali e/o comportamentali e di disagio sociale	3.2.1	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	Non rilevato	100% Almeno un incontro/ anno in ogni Regione	Regioni



MACRO 4. Prevenire le dipendenze (sostanze, comportamenti)

Obiettivo centrale	Codice indicatore	Nome indicatore	Definizione operativa	Valore Baseline	Standard	Fonte dei dati
1. Aumentare la percezione del rischio e l'empowerment degli individui	4.1.1	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 proprio	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)	Regioni



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

Obiettivo centrale	Codice indicatore	Nome indicatore	Definizione operativa	Valore Baseline	Standard	Fonte dei dati
1. Ridurre il numero di decessi per incidente stradale	5.1.1	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%	Rilevazione ACI/ Istat
2. Ridurre il numero di ricoveri per incidente stradale	5.2.1	Tasso di ricoveri per incidente stradale	Percentuale ricoveri per incidente stradale sul totale dei ricoveri per traumi ed avvelenamenti	Anno 2013: 7,2%	-10%	SDO
3. Aumentare i soggetti con comportamenti corretti alla guida			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%	Sistema di sorveglianza PASSI
	5.3.1	Proportione di soggetti che utilizzano dispositivi di sicurezza per adulti e bambini	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	Sistema di sorveglianza PASSI
	5.3.2	Guida sotto effetto dell'alcol (percentuale di persone che dichiarano di aver guidato un'auto o una moto, negli ultimi 30 giorni, entro un'ora dall'aver bevuto 2 o più unità di bevande alcoliche)	Prevalenza di persone 18-69 anni che dichiarano di aver guidato un'auto o una moto, negli ultimi 30 giorni, entro un'ora dall'aver bevuto 2 o più unità di bevande alcoliche	Anno 2013: 8,7%	-30%	Sistema di sorveglianza PASSI



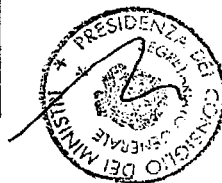
MACRO 6. Prevenire gli incidenti domestici

Obiettivo centrale	Codice Indicatore	Nome indicatore	Definizione operativa	Valore Baseline	Standard	Fonte dei dati
1. Ridurre gli incidenti domestici e del tempo libero	6.1.1	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	SDO
2. Aumentare il livello di attività fisica negli ultra64enni	6.2.1	Proportione di ultra64enni fisicamente attivi sopra il 40° percentile	Punteggio PASE calcolato con la rilevazione Passi d'Argento relativo al 40% della popolazione italiana over65 (nel 2012 è 78. l'obiettivo è portare questo punteggio - che comprende il 40% della popolazione over65 - a 90)	Anni 2012-2013: punteggio PASE=78 per il 40% della popolazione over 65 anni	+15%	Sistema di sorveglianza Passi d'Argento
3. Aumentare la conoscenza e la consapevolezza dei rischi e delle misure di prevenzione attuabili nella popolazione generale e a rischio, nei genitori e nel care giver	6.3.1	Adeguamento del sistema di sorveglianza (Passi - Passi d'Argento, OKio 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	Solo in alcune Regioni	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	Regioni
4. Migliorare la conoscenza del fenomeno e delle azioni di prevenzione da parte degli operatori sanitari, MMG e PLS	6.4.1	Proportione 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. Prevalenza di persone ultra 64enni che dichiarano di aver ricevuto, nei 12 mesi precedenti l'intervista, informazioni su come evitare le cadute in casa	Adulti 18-69 anni: 13% (anno 2012 solo 11 Regioni) Anziani >64 anni: 17% (Passi d'Argento, anni 2012/2013)	+100%	Sistemi di sorveglianza PASSI, Passi d'Argento
5. Migliorare la conoscenza del fenomeno degli avvelenamenti in ambiente domestico	6.5.1	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	non rilevato	100% Produzione di un report in tutte le Regioni	Regioni



MACRO 7. Prevenire infortuni e malattie professionali

Obiettivo centrale	Codice indicatore	Nome Indicatore	Definizione operativa	Valore Baseline	Standard	Fonte dei dati
Implementare il grado di utilizzo dei sistemi e degli strumenti informativi di cui agli Atti di Indirizzo del Comitato ex articolo 5/81 approvati mediante Accordo di conferenza tra Stato e Regioni	7.1.1	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	Solo alcune Regioni	100% Un Report all'anno in tutte le Regioni	Regioni
Incrementare la collaborazione tra operatori sanitari per favorire l'emersione e il riconoscimento delle MP	7.2.1	Emersione del fenomeno tecnologico 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%	INAIL
Sostenere il ruolo di RLS/RLST e della bilateralità	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:	Proporzione di Regioni che programmano azioni di promozione	Solo alcune Regioni	100% Tutte le Regioni programmano azioni di promozione	Regioni
Promuovere/favorire l'adozione da parte delle imprese di buone prassi e percorsi di Responsabilità sociale		- il sostegno al ruolo di RLS/RLST e della bilateralità - la promozione della responsabilità sociale d'impresa - la prevenzione dei rischi da incongruenze organizzative				
Promuovere/favorire programmi di miglioramento del benessere organizzativo nelle aziende						
Coinvolgere l'istituzione scolastica nello sviluppo delle competenze in materia di SSL nei futuri lavoratori	7.6.1	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 e di sviluppo delle competenze in materia di SSL nel contesto scolastico, con almeno l'80% delle classi target	Ogni Regione individua il proprio	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)	Regioni
Promuovere il coordinamento dell'attività di vigilanza e l'approccio di tipo proattivo dei servizi pubblici attraverso l'adozione di piani integrati di prevenzione degli infortuni	7.7.1	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%	INAIL
Migliorare la qualità e l'omogeneità dell'attività di vigilanza anche attraverso l'incremento dell'utilizzo di strumenti di enforcement quali l'audit	7.8.1	Adozione di atti di indirizzo 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)	Solo alcune Regioni	100% Tutte le Regioni adottano gli atti di indirizzo	Regioni



MACRO 8. Ridurre le esposizioni ambientali potenzialmente dannose per la salute

Oobiettivo centrale	Codice Indicatore	Nome Indicatore	Definizione operativa	Valore Baseline	Standard	Fonte dei dati
1. Realizzare attività di supporto alle politiche ambientali di miglioramento qualità aria, acqua, suolo secondo il modello della "Salute in tutte le politiche"	8.1.1	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	Non rilevato	100% Almeno 1 documento in tutte le Regioni	Regioni
	8.1.2	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	Non rilevato	100% Evidenza documentata in ogni Regione	Regioni
2. Migliorare la conoscenza del rapporto inquinanti ambientali/salute attraverso: - Il monitoraggio degli inquinanti ambientali cui è esposta la popolazione - Il potenziamento della sorveglianza epidemiologica	8.2.1	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	Non rilevato	100% Evidenza documentata in ogni Regione	Regioni
	8.2.2	Rapporti degli studi realizzati di conseguenza (ultimo biennio)	Realizzazione di uno studio di esposizione su contaminanti ambientali cui sono esposti gruppi di popolazione	Non rilevato	100% Evidenza di almeno 1 studio di esposizione a contaminanti ambientali cui sono esposti gruppi di popolazione in ogni Regione	Regioni
3. Sviluppare percorsi e strumenti interdisciplinari per la valutazione preventiva degli impatti sulla salute delle modifiche ambientali	8.3.1	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	Non rilevato	100% Esistenza di atti di indirizzo in ogni Regione	Regioni
4. Sviluppare modelli, relazioni interistituzionali per la valutazione degli impatti sulla salute dei fattori inquinanti	8.4.1	Atti di indirizzo regionali per la gestione di problematiche (accertate o presunte) sanitarie attribuibili all'inquinamento ambientale	Produzione di atti di indirizzo regionali	Non rilevato	100% Esistenza di atti di indirizzo in ogni Regione	Regioni
5. Sviluppare le conoscenze tra gli operatori della salute e dell'ambiente, MMG e PLS, sui temi di integrazione ambiente-salute, della valutazione di impatto e di danno sanitario e della comunicazione del rischio	8.5.1	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	Non rilevato	100% Esistenza di un curriculum formativo in ogni Regione	Regioni
	8.5.2	Realizzazione di corsi di formazione per i formatori (dal 2017)	Corso di formazione	Non rilevato	100% Almeno 1 corso di formazione in ogni Regione	Regioni
	8.5.3	Proportione di operatori (salute e ambiente, MMG e PLS) che hanno beneficiato di formazione specifica (fine 2018)	Proportione di operatori appartenenti al profilo sanitario di dipartimenti di prevenzione, ARPA, MMG e PLS formati	Non rilevato	50% in ogni Regione	Regioni



Obiettivo centrale	Codice Indicatore	Nome indicatore	Definizione operativa	Valore Baseline	Standard	Fonte dei dati
6. Comunicare il rischio in modo strutturato e sistemico	8.6.1	Regioni che hanno recepito le linee guida	Atto formale di recepimento delle linee guida nazionali o, in assenza, adozione di indirizzo regionale specifico	Non rilevato	100% Esistenza di atto formale di recepimento in ogni Regione	Regioni
7. Realizzare programmi di controllo in materia di REACH/CLP su sostanze chimiche/miscela contenute nei fitosanitari, cosmetici, biocidi, detersivi e sulle sostanze chimiche/miscela, in genere, pericolose per l'uomo e per l'ambiente basati sulla priorità del rischio secondo i criteri europei e sulla categorizzazione dei rischi	8.7.1	Indicatori di funzionamento del sistema di segnalazione delle situazioni di non conformità relativamente ai regolamenti REACH e CLP tra Autorità competenti per il controllo	Definizione di un sistema di indicatori che monitori la realizzazione degli obiettivi del piano nazionale controlli	Non rilevato	100% Esistenza di un sistema di indicatori in ogni Regione	Regioni
8. Formare gli operatori dei servizi pubblici sui temi della sicurezza chimica e prevalentemente interessati al controllo delle sostanze chimiche con la finalità di informare e assistere le imprese e i loro Responsabili dei servizi di Prevenzione e Protezione (RSPP) e ambientali interessati all'uso e alla gestione delle sostanze chimiche	8.8.1	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	Non rilevato	100% Almeno 1 corso di formazione in ogni Regione	Regioni
9. Contribuire alla conoscenza dell'impatto della problematica amianto sulla popolazione	8.9.1	Disponibilità dei dati sugli esposti ai Centri Operativi Regionali (COR)	Produzione di un Report	Non rilevato	100% Produzione di un Report in ogni Regione	Regioni
10. Promuovere le buone pratiche in materia di sostenibilità ed eco-compatibilità nella costruzione/ristrutturazione di edifici, anche in relazione al rischio radon	8.10.1	Approvazione di linee guida per orientare i regolamenti edilizi in chiave eco-compatibile	Adozione di indirizzi regionali specifici	Non rilevato	100% Adozione di indirizzi specifici in ogni Regione	Regioni
11. Sensibilizzare la popolazione sul corretto uso della telefonia cellulare	8.11.1	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	Non rilevato	100% Evidenza documentata in ogni Regione	Regioni
12. Sensibilizzare la popolazione, soprattutto i giovani e i giovanissimi e i professionisti coinvolti, sui rischi legati all'eccessiva esposizione a radiazioni UV	8.12.1	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	Non rilevato	100% Evidenza documentata in ogni Regione	Regioni

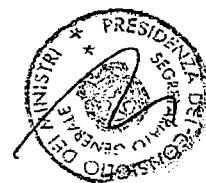


MACRO 9. Ridurre la frequenza di infezioni/malattie infettive prioritarie

Obiettivo centrale	Codice indicatore	Nome indicatore	Definizione operativa	Valore baseline	Standard	Fonte dei dati
Aumentare la frequenza di identificazione e caratterizzazione dell'agente patogeno per le malattie prioritarie			Tasso di indagine di laboratorio: Rapporto percentuale tra numero di casi sospetti di morbilli o rosolia testati in un laboratorio di riferimento qualificato e numero di casi sospetti di morbilli 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 morbilli/rosolia a causa di un collegamento epidemiologico ad: • un caso di altra malattia infettiva confermato in laboratorio oppure • un caso di morbilli/rosolia negativo a IgM	78,8% (morbilli); 59,3% (rosolia)	100 % delle Regioni raggiunge lo standard >90% per morbilli e per rosolia	Sistema di sorveglianza integrata del morbilli e della rosolia
Identificare tempestivamente i casi e i rischi infettivi, anche mediante sistemi di allerta precoce	9.1-2.1	Proporzione di casi di morbilli rosolia notificati per i quali è stato svolto l'accertamento di laboratorio				
Informare i sistemi di sorveglianza per le malattie infettive, in modo interoperabile	9.3.1	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	Sistema di notifica
Aumentare la segnalazione delle malattie infettive da parte degli operatori sanitari (medici di famiglia, medici ospedalieri, laboratori)	9.4.1	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%	Sistema di sorveglianza speciale delle MIB, SDO
Ridurre i rischi di trasmissione da malattie infettive croniche o di lunga durata (TBC, HIV)	9.5.1	Proporzione dei casi di TBC polmonare e infezione tubercolare latente che sono stati al follow-up	Proporzione di casi di tubercolosi polmonare bacilliferi persi al follow up sul numero totale di casi di tubercolosi polmonare bacilliferi notificati nell'anno (da rilevare ogni 2 anni)	25-30%	-50%	Sistema di notifica



Obiettivo centrale	Codice indicatore	Nome indicatore	Definizione operativa	Valore Baseline	Standard	Ponte dei dati
	9.5.2	Proporzione di nuove diagnosi di HIV late presenter (CD4<350/μl 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. 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%	Sistema di sorveglianza HIV. Questo indicatore si può calcolare utilizzando i Sistemi di sorveglianza delle nuove diagnosi di infezione da HIV regionali e quello del Centro Operativo AIDS (COA) dell'Istituto Superiore di Sanità
Completare l'informatizzazione delle anagrafi vaccinali interoperabili a livello regionale e nazionale tra di loro e con altre basi di dati (malattie infettive, eventi avversi, residente/assistiti)	9.6.1	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	Regioni
Aumentare la copertura vaccinale e l'adesione consapevole nella popolazione generale e in specifici gruppi a rischio: operatori sanitari, adolescenti, donne in età fertile, popolazioni difficili da raggiungere, migranti, gruppi a rischio per patologie)	9.7.1	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%	Sistema di sorveglianza PASSI



Obiettivo centrale	Codice indicatore	Nome indicatore	Definizione operativa	Valore Baseline	Standard	Fonte dei dati
	9.7.2	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	Vedere Tabella 1	<p>100% delle regioni raggiungono i seguenti standard:</p> <p>≥ 95% per vaccinazioni: anti DTPa, Poliomielite, Epatite B, Hib nei nuovi nati, e anti DTPa e Poliomielite a 5-6 anni;</p> <p>≥ 90% per vaccinazione dTpa negli adolescenti (range 11-18 anni);</p> <p>≥ 95% per 1a dose di MPR entro 12 anni di età e per 2a dose di MPR nei bambini di 5-6 anni di età e negli adolescenti (11-18 anni);</p> <p>>75% (obiettivo minimo perseguibile) e >95% (obiettivo ottimale) per vaccinazione antinfluenzale negli ultrasessantatenni;</p> <p>≥ 95% per vaccinazione antipneumococcica e antimeningococcica nei nuovi nati;</p> <p>≥ 95% per vaccinazione antimeningococcica negli adolescenti (range 11-18 anni);</p> <p>≥ 80% per vaccinazione anti HPV nelle dodicenni (dalla coorte del 2002), ≥ 95% nelle dodicenni dalla coorte del 2003;</p> <p>≥ 95% per 1a dose di antivaricella entro i 2 anni di età (dalla coorte 2014) e per 2a dose di nei bambini di 5-6 anni di età e negli adolescenti (dalla coorte 2014);</p> <p>100% di mancata vaccinazione anti-polio e anti-morbillo spiegata</p>	Sistema di rilevazione delle coperture vaccinali e delle motivazioni di mancata vaccinazione anti-polio e anti-morbillo



Obiettivo centrale	Codice indicatore	Nome indicatore	Definizione operativa	Valore Baseline	Standard	Fonte dei dati
8. Pianificare la comunicazione finalizzata alla corretta gestione e informazione sui vaccini e sulle malattie infettive prevenibili mediante vaccinazione	9.8.1	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	Non rilevato	100% Tutte le Regioni hanno realizzato un programma di comunicazione	Regioni
9. Predispone piani nazionali condivisi tra diversi livelli istituzionali per la preparazione e la risposta alle emergenze infettive (AC)	9.9.1	Esistenza di Piani e Protocolli regionali attuativi dei piani nazionali	Proporzione di Regioni che documentano l'adozione di un piano di risposta alle emergenze	Non rilevato	100% Tutte le Regioni hanno documentato l'adozione di un piano di risposta alle emergenze	Regioni
10. Migliorare la qualità della sorveglianza delle infezioni invasive da Enterobatteri produttori di carbapenemasi (CPE)	9.10.1	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	Regioni
11. Monitorare il consumo di antibiotici in ambito ospedaliero e territoriale	9.11.1	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	Non rilevato	100% Tutte le Regioni hanno prodotto un report annuale	Regioni
12. Promuovere la consapevolezza da parte della comunità nell'uso degli antibiotici	9.12.1	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	Non rilevato	100% Tutte le Regioni hanno realizzato un programma di comunicazione	Regioni
13. Definire un programma di sorveglianza e controllo delle infezioni correlate all'assistenza	9.13.1	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	Non rilevato	100% Tutte le Regioni hanno prodotto un report annuale	Regioni

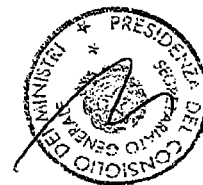
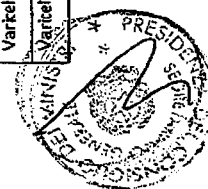


Tabella 1

Coperture Vaccinali per le vaccinazioni previste dal PNPV 2012-2014 31/12/2013 (ciclo completo)

Difterite (nuovi nati)	95,4%
Tetano (nuovi nati)	95,4%
Perosse (nuovi nati)	95,4%
Poliomielite (nuovi nati)	95,4%
Epatite B (nuovi nati)	95,3%
Haemophilus influenzae tipo B (nuovi nati)	94,5%
Difterite (5-6 anni)	Non Disp.
Tetano (5-6 anni)	Non Disp.
Perosse (5-6 anni)	Non Disp.
Difterite (11-18 anni)	Non Disp.
Tetano (11-18 anni)	Non Disp.
Perosse (11-18 anni)	Non Disp.
Morbillo (1a dose)	88,1%
Parotite (1a dose)	88,1%
Rosolia (1a dose)	88,1%
Morbillo (2a dose)	Non Disp.
Parotite (2a dose)	Non Disp.
Rosolia (2a dose)	Non Disp.
Morbillo (3a dose)	Non Disp.
Parotite (3a dose)	Non Disp.
Rosolia (3a dose)	Non Disp.
Antinfluenzale >65 anni	55,4%
Pneumococco tredicivalente (nuovi nati)	86,6%
Meningococco C coniugato (nuovi nati)	78,5%
Pneumococco tredicivalente (11-18 anni)	Non Disp.
Meningococco C coniugato (11-18 anni)	Non Disp.
HPV (coorte 2001)	56,6%
Varicella (nuovi nati)	Non Disp.
Varicella (5-6 anni)	Non Disp.
Varicella (11-18 anni)	Non Disp.



Mancata vaccinazione ANTIPOLIO ricondotta a ben precise motivazioni	82%
Mancata vaccinazione ANTIMORBILLO ricondotta a ben precise motivazioni	Non Disp.

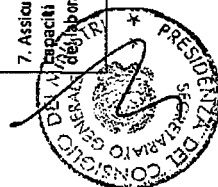


MACRO 10. Rafforzare le attività di prevenzione in sicurezza alimentare e sanità pubblica veterinaria per alcuni aspetti di attuazione del Piano Nazionale Integrato dei Controlli

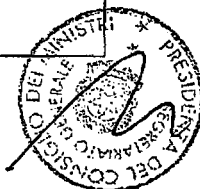
Obiettivo centrale	Codice Indicatore	Nome Indicatore	Definizione operativa	Valore baseline	Standard	Fonte dei dati
Adottare piani di controllo/monitoraggio integrati per la gestione del rischio biologico, fisico e chimico (ambientale e tecnologico) nelle matrici alimentari e negli alimenti per animali, nell'ottica dell'integrazione tra sanità pubblica, ambiente e agricoltura	10.1.1	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	Non rilevato	100% Ogni Regione adotta uno o più protocolli di intervento integrato, che descrivono i meccanismi attraverso i quali si raggiungono l'obiettivo (es. riunioni, comitati congiunti, gruppi di collegamento, ecc.)	Regioni
Ridurre il fenomeno dell'antibiotico resistenza tramite la corretta gestione del farmaco	10.2.1	Adozione di iniziative finalizzate all'implementazione del sistema informativo nazionale per la tracciabilità del farmaco veterinario	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	Non rilevato	100% Svolgimento di almeno 1 evento/anno per Regione di sensibilizzazione/informazione/formazione sull'informaticizzazione 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)	Regioni
Sviluppare protocolli di collaborazione tra ospedali/laboratori di diagnostica/ sorveglianza umana e laboratori deputati alla diagnostica/sorveglianza nel settore alimentare e veterinario	10.3.1	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 al fine dell'implementazione del sistema di allerta e sorveglianza delle malattie zoonotiche di origine alimentare	Non rilevato	100% Esistenza in ogni Regione di un protocollo di intesa tra aziende sanitarie, IZS e ARPA	Regioni
Completare i sistemi anagrafici	10.4.1	Implementazione dell'anagrafe degli operatori del settore dei mangimi	Inserimento nel Sistema Informativo Nazionale per la gestione delle anagrafiche degli OSM (piattaforma SINVA) 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	4 Regioni operative al 100%	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	Sistema Informativo Nazionale per la gestione delle anagrafiche degli OSM (piattaforma SINVA)
	10.4.2	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 Nomenclature" del Ministero della Salute e trasmessa con nota prot. DGSAF 9875-P-15/05/2013	Non rilevato in maniera standardizzata	100% In ogni Regione conformità completa delle anagrafi regionali, o in alternativa delle ASL, alla masterlist 852	Regioni



Obiettivo centrale	Codice Indicatore	Nome indicatore	Definizione operativa	Valore baseline	Standard	Fonte dei dati
Gestire le emergenze veterinarie e relative alla sicurezza alimentare epidemiche e non e gli eventi straordinari	10.5.1	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.)	Non rilevato in maniera standardizzata	100% In ogni Regione è predisposto un piano di intervento per la gestione delle emergenze con elevato livello di integrazione	Regioni
	10.5.2	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 della provincia autonome di Trento e Bolzano ha il compito, di "promuovere l'organizzazione di corsi di formazione e addestramento dei servizi veterinari", del SIAN, degli IZS e delle ARPA	Nel triennio 2010-2012 sono stati svolti tre eventi esercitativi di scala nazionale (con simulazione in aula di gestione di emergenza di sicurezza alimentare) che hanno coinvolto 300 rappresentanti regionali, delle ASL, IZS, operatori del settore alimentare e NAS	100% In ogni Regione è realizzato un evento esercitativo, di scala regionale, che coinvolge il personale dei servizi veterinari, del 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...)	Regioni
	10.5.3	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	Dal 2006 al 2011 sono stati svolti tre esercizi di simulazione, che hanno riguardato la gestione di un'emergenza per Influenza aviaria, Peste equina e Afta epizootica e che hanno coinvolto circa 250 rappresentanti regionali, delle ASL, IZS, operatori del settore zootecnico	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...)	Regioni
Prevenire le malattie infettive e diffuse di interesse veterinario trasmissibili tramite vettori animali	10.6.1	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 (early detection), 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 nile disease, pseudopeste aviaria, brucellosi, tubercolosi	Non rilevato in maniera standardizzata	100% In ogni Regione è attuato un piano di sorveglianza per almeno 4 delle malattie di cui alla definizione	DGSAP - CERIAS
7. Assiornare un'appropriata capacità di laboratorio della rete di laboratori pubblici	10.7.1	Riesame annuale della capacità di laboratorio da parte delle Autorità competenti in coerenza con gli standard di funzionamento di cui all'Intesa Stato Regioni del 7 febbraio	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	Non rilevato in maniera standardizzata	100% In ogni Regione evidenza documentale che attesti che il processo di pianificazione dei campionamenti per l'analisi soddisfa le esigenze previste	Regioni



Obiettivo centrale	Codice Indicatore	Nome Indicatore	Definizione operativa	Valore baseline	Standard	Fonte dei dati
		2013			(comunitarie, nazionali e locali, ivi incluse quelle laboratoristiche)	
Prevenire il randagismo, comprese misure che incentivino le iscrizioni in anagrafe degli animali da affezione, ed i relativi controlli, sui cani e rifugi	10.8.1	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	Campagne di comunicazione contro l'abbandono degli animali 2008-2009- 2011- 2012	100% In ogni Regione è realizzato un Piano di Informazione/comunicazione rivolto alla popolazione, finalizzato a promuovere una corretta interazione uomo-animale	Relazione ai sensi del DM 06/05/2008
	10.8.2	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: • 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%	Anagrafe nazionale degli animali da affezione Relazione ai sensi del DM 06/05/2008
Aumentare l'offerta di alimenti idonei a soggetti allergici e intolleranti, ivi inclusi le persone celiache	10.8.3	Proporzione di controlli effettuati rispetto al numero di cani/rifugi presenti sul territorio	Al sensi dell'articolo 24 del regolamento di polizia veterinaria i cani/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	Relazione ai sensi del DM 06/05/2008
	10.9.1	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	Non rilevato in maniera standardizzata	100% Ogni Regione predispone un programma che preveda almeno un evento formativo all'anno	Regioni
Ridurre i disordini da carenza iodica	10.10.1	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	Regioni e PPAA: 3 su 21	100% In ogni Regione è attivato il sistema di trasmissione dei dati all'ISS secondo il format in uso	Osservatorio nazionale ISS e Ministero della salute
	10.10.2	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)	Non rilevato	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)	ASL regionali, Ministero della salute ed Istituto Superiore di Sanità



Obiettivo centrale	Codice indicatore	Nome indicatore	Definizione operativa	Valore baseline	Standard	Fonte dei dati
Formare adeguatamente in merito alle tecniche e all'organizzazione del controllo ufficiale	10.11.1	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	E' 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 noto entro la fine del 2015; la rilevazione delle risorse umane destinate al primo percorso formativo verrà svolta nel 2015	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 hanno programmato il mantenimento della formazione del personale precedentemente formato sugli argomenti del primo percorso	Tavolo Tecnico di Coordinamento Istituito dall'Accordo 7 febbraio 2013
Realizzare gli audit previsti dall'articolo 4, paragrafo 6, del regolamento CE 853/2004	10.12.1	Rendicontazione dell'attività di audit svolta	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: 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): - 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.	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 ragguagliando, tenendo conto dell'attività avviata dal 2014	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	Indicatore AAJ1.4 (Adempimenti LEA)



Allegato 2 - Griglia di valutazione della pianificazione

Criterio	SI	NO
1. Persegue tutti i Macro obiettivi e tutti gli obiettivi centrali del PNP		
2. E' supportato da azioni basate sulle migliori evidenze di efficacia disponibili		
3. Dà evidenza di integrazione e realizzazione nell'ambito della più complessiva programmazione regionale		
4. Dà evidenza della sostenibilità delle azioni proposte		
5. Prevede l'utilizzo di sistemi di sorveglianza consolidati nella programmazione e nel monitoraggio e valutazione dei risultati		
6. Garantisce la trasversalità degli interventi, perseguita anche in termini di integrazione ai fini del raggiungimento degli obiettivi, tra diversi settori, istituzioni, servizi, aree organizzative		
7. E' orientato alla prevenzione e al contrasto delle disuguaglianze		
8. Dà evidenza dell'applicazione di un approccio per setting e per ciclo di vita		
Criterio	SI	NO
9. La declinazione regionale degli obiettivi centrali viene effettuata sulla base di una giustificazione (di contesto, profilo di salute, continuità con quanto conseguito nel precedente PRP,...) dell'obiettivo del programma regionale e del relativo indicatore di risultato e corrispondente standard		
10. Gli obiettivi specifici sono definiti in modo coerente con gli obiettivi centrali, con l'analisi di contesto regionale e sono tali da contribuire a garantire il perseguimento degli obiettivi centrali		
11. La pianificazione regionale si sviluppa per programmi integrati, ovvero che includano obiettivi centrali tra loro coerenti		
12. I Quadri logici dei programmi regionali sono costruiti tenendo presente la coerenza con i quadri logici centrali, la coerenza interna dei programmi e, ove possibile, si articolano in: <ul style="list-style-type: none"> • obiettivi specifici e relativi indicatori e valori attesi • azioni • popolazioni target degli interventi e relative coperture per ciascun anno di attività • cronoprogramma • modalità con cui viene effettuato il monitoraggio dei programmi • analisi dei rischi 		
Criterio	SI	NO
13. Sono individuati i valori attesi per il 2018 degli indicatori degli obiettivi centrali		
14. Sono individuati i valori attesi per ogni anno degli indicatori di processo degli obiettivi specifici		
15. E' individuato, nell'ambito degli indicatori di cui al punto 14 l'insieme di indicatori "sentinella", funzionali a monitorare lo stato di avanzamento nell'attuazione dei programmi dei PRP verso il raggiungimento degli obiettivi specifici regionali		
16. Per i suddetti indicatori vengono forniti: <ul style="list-style-type: none"> • definizione • fonte • numeratore (ove applicabile) • denominatore (ove applicabile) • formula di calcolo (ove applicabile) • valore baseline (ove applicabile) 		

