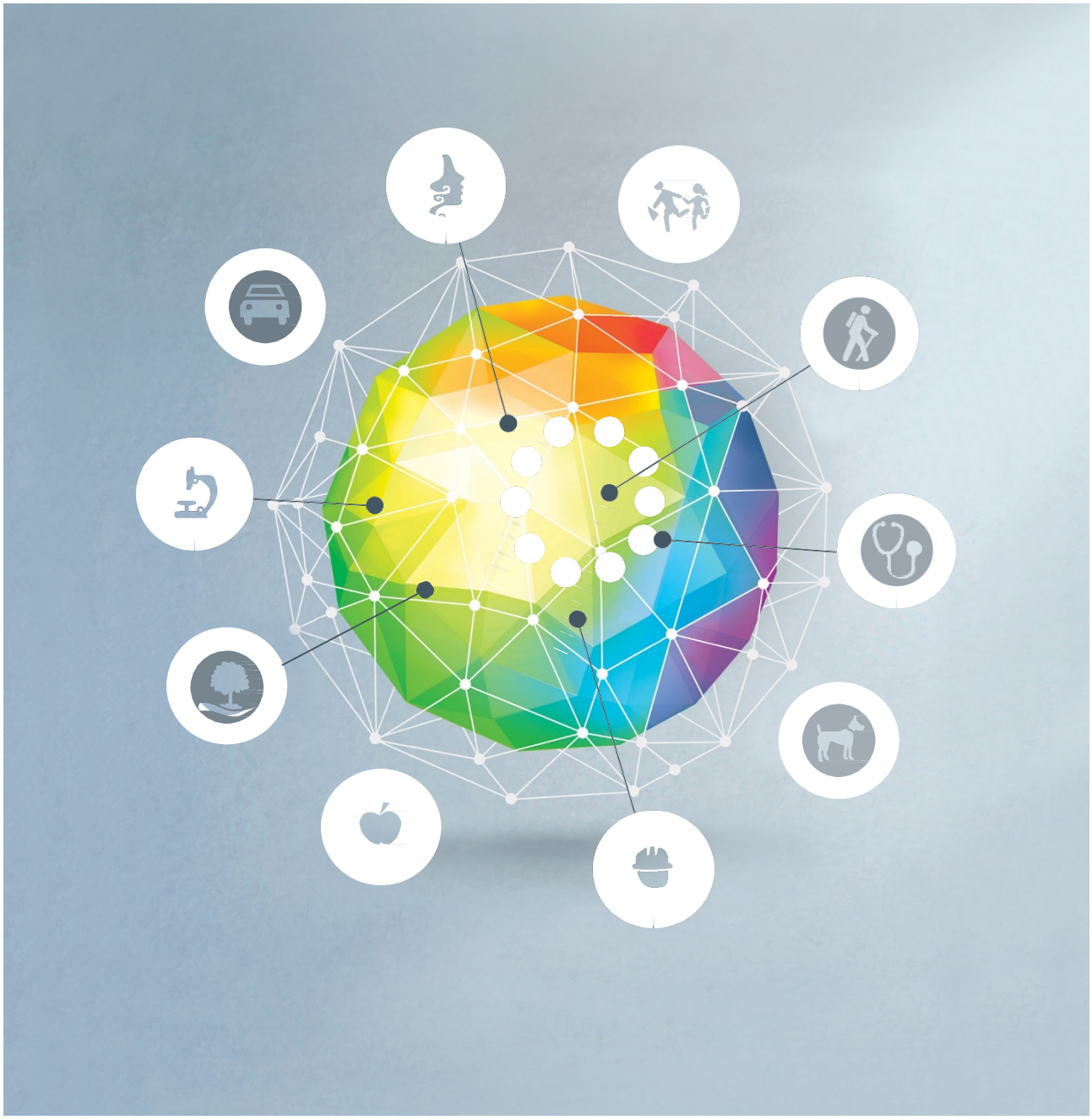
Regione Umbria

PIANO REGIONALE di PREVENZIONE 2014-2018

PIANO di MONITORAGGIO e VALUTAZIONE



Regione Umbria

Il piano di monitoraggio e valutazione del

Piano Regionale di Prevenzione 2014-2018

Premessa alla lettura del piano di monitoraggio e valutazione

Il piano di monitoraggio e valutazione del PRP è organizzato in due parti:

- **Parte 1 - Indicatori del quadro logico centrale e relativi standard regionali al 2018**, che riporta per ciascun macro-obiettivo del PNP gli indicatori centrali, le rispettive baseline regionali e gli standard regionali al 2018 e i progetti del PRP che concorrono al raggiungimento degli obiettivi centrali;
- **Parte 2 - Indicatori per il monitoraggio dello stato di avanzamento dei progetti (compresi i "sentinella")**, che riporta per ciascuno dei 10 programmi che compongono il PRP, i progetti che realizzano gli obiettivi dello stesso, con i relativi indicatori di processo di ciascun progetto per gli anni 2015, 2016, 2017, 2018. Fra gli indicatori di processo, **in grassetto** sono evidenziati gli **indicatori sentinella** di ciascun programma.

Si precisa che i progetti sono stati costruiti in modo tale da raggiungere più obiettivi di salute individuati dal PNP, indipendentemente dal programma in cui sono inseriti. Pertanto solo una lettura complessiva del Piano dà la misura dello sforzo che si intende mettere in campo per raggiungere i suddetti obiettivi.

Parte 1

Indicatori del quadro logico centrale e relativi standard regionali al 2018

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

Obiettivi centrali PNP	Indicatori centrali PNP				Codice dei progetti che concorrono al raggiungimento dell'OC	Baseline regionale dell'indicatore centrale	Standard regionale al 2018 dell'Indicatore centrale
	Codice	Nome	Definizione operativa	Standard al 2018			
1.1 Stesura e realizzazione di un piano di azione intersettoriale di promozione della salute nei diversi ambiti, con definizione di accordi e condivisione di indirizzi con i settori della pianificazione territoriale	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	Proporzione di Regioni che hanno recepito gli accordi			/	/	Recepimento degli accordi che verranno stipulati a livello nazionale
1.2 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	+25%	3.4-4.2-4.3	71,6% (percentuale di allattamento al seno al sesto mese, dati bilanci salute 2013)	90%
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 e adulta	1.3.1	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, 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)	3.1-3.2-3.4-3.7-3.9-3.10-7.6-1.8		In via di definizione con l'Ufficio scolastico regionale
1.4 Ridurre il numero dei fumatori	1.4.1	Prevalenza di fumatori nella popolazione	Prevalenza di fumatori di età 18-69 anni	-10%	1.6-1.7-4.1-7.1	32,1% (anno 2013)	28,8%

Obiettivi centrali PNP	Indicatori centrali PNP				Codice dei progetti che concorrono al raggiungimento dell'OC	Baseline regionale dell'indicatore centrale	Standard regionale al 2018 dell'Indicatore centrale
	Codice	**Nome**	**Definizione operativa**	**Standard al 2018**			
1.5 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	+5%	1.6-4.2-7.1	87,8% (anno 2013)	92,2%
1.6 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)	-15%	1.4-1.5-3.2 -7.1	19,2% (anno 2013)	16,3%
1.7 Aumentare il consumo di frutta e verdura	1.7.1	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	+10%	3.4-4.1-7.1-8.2-8.5	42,3% (anno 2013)	46,5%
			Prevalenza di bambini di età 8-9 anni che consumano almeno 2 volte al giorno frutta e/o verdura	+15%	3.4-1.1-8.4-1.8	59,4% (anno 2013)	68,3%
1.8 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	+5%	2.1-3.4-4.1-8.2-8.5	91,6% (anno 2013)	96,1%
	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	-30%	3.4- (1.1)	29,9% (anno 2013)	20,9
1.9 Aumentare l'attività fisica delle persone	1.9.1	Prevalenza di soggetti fisicamente attivi	Prevalenza di persone di età 18-69 anni che svolgono un lavoro pesante e/o aderiscono alle linee guida sulla attività fisica	+30%	1.2 - 9.2	40,1% (anno 2013)	52,2%
	1.9.2	Proporzione di ultra64enni fisicamente attivi	Punteggio PASE calcolato con la rilevazione Passi d'Argento nella popolazione over 64 anni	+15% L'obiettivo è portare questo punteggio da 78 a 90	1.2 - 1.3 - 9.2	63,3% (anno 2012-2013)	72,8%

Obiettivi centrali PNP	Indicatori centrali PNP				Codice dei progetti che concorrono al raggiungimento dell'OC	Baseline regionale dell'indicatore centrale	Standard regionale al 2018 dell'Indicatore centrale
	Codice	**Nome**	**Definizione operativa**	**Standard al 2018**			
1.9 Aumentare l'attività fisica delle persone	1.9.3	Tasso di ospedalizzazione per fratture (soggetti di età >75 anni)	Rapporto tra ricoveri con diagnosi principale o secondaria di frattura del collo del femore e popolazione residente (età > 75 anni)	- 15%	1.2 - 1.3 – 6.9 – 9.2	14,3X1000 (anno 2013)	12,2X1000
1.10 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)	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: • 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	2.1	/	Studio di fattibilità realizzato

Obiettivi centrali PNP	Indicatori centrali PNP				Codice dei progetti che concorrono al raggiungimento dell'OC	Baseline regionale dell'indicatore centrale	Standard regionale al 2018 dell'Indicatore centrale
	Codice	Nome	Definizione operativa	Standard al 2018			
1.10 Aumentare l'offerta di approccio comportamentale o farmacologico per le persone con fattori di rischio per MCNT	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	100% Tutte le Regioni hanno attivato il programma	2.1	/	Programma attivato
	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	+30%	1.6 -1.7 -2.1 - 4.1 - 3.4	50,4 (anno 2013)	65,5%
	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 > 25,0 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	+30%	2.1 – 4.1	39,1% (anno 2013)	50,9%
	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	+300%	1.5	4,4% (anno 2013)	17,4%

Obiettivi centrali PNP	Indicatori centrali PNP				Codice dei progetti che concorrono al raggiungimento dell'OC	Baseline regionale dell'indicatore centrale	Standard regionale al 2018 dell'Indicatore centrale
	Codice	Nome	Definizione operativa	Standard al 2018			
1.10 Aumentare l'offerta di approccio comportamentale o farmacologico per le persone con fattori di rischio per MCNT	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	+30%	2.1	46,5% (anno 2013)	60,5%
1.11 Sviluppare programmi per promuovere e diffondere la pratica dell'esercizio fisico, anche attraverso la prescrizione, nelle persone con patologie croniche	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	100% Tutte le Regioni hanno adottato gli indirizzi regionali entro il 2016 e hanno attuato gli indirizzi regionali entro il 2018	1.2 - 1.3 - 2.1	/	Indirizzi regionale adottati e attuati
1.12 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	+30%	2.2 - 6.12	101%	100%
		Percentuale di persone che ricevono l'invito a partecipare al programma di screening MAMMOGRAFICO sulla popolazione bersaglio		+37%	2.2 – 6.12	104%	100%
		Percentuale di persone che ricevono l'invito a partecipare al programma di screening COLORETTALE sulla popolazione bersaglio		+75%	2.2 – 6.12	88,4%	+15%

Obiettivi centrali PNP	Indicatori centrali PNP				Codice dei progetti che concorrono al raggiungimento dell'OC	Baseline regionale dell'indicatore centrale	Standard regionale al 2018 dell'Indicatore centrale
	Codice	**Nome**	**Definizione operativa**	**Standard al 2018**			
1.13 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	+55	2.2 – 6.12 – 4.5	54% degli invitati pari al 49% della popolazione target (anno 2013)	+5%
		Percentuale di persone che hanno aderito all'invito sulla popolazione bersaglio (SCREENING MAMMOGRAFICO)		+45%	2.2 – 6.12	58% degli invitati pari al 62% della popolazione target (anno 2013)	63% della popolazione target
		Percentuale di persone che hanno aderito all'invito sulla popolazione bersaglio (SCREENING COLORETTALE)		+95%	2.2 – 6.12	44% degli invitati pari al 48% della popolazione target (anno 2013)	+5%

Obiettivi centrali PNP	Indicatori centrali PNP				Codice dei progetti che concorrono al raggiungimento dell'OC	Baseline regionale dell'indicatore centrale	Standard regionale al 2018 dell'Indicatore centrale
	Codice	Nome	Definizione operativa	Standard al 2018			
1.14 Riorientare/avviare i programmi di screening per il cancro della cervice uterina introducendo il test HPV-DNA	1.14.1	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)	/	100% entro il 2016 Tutte le Regioni hanno adottato gli indirizzi regionali entro il 2016	/	Già adottati	/
	1.14.2	Avvio del programma di screening per il cancro della cervice uterina introducendo il test HPV-DNA (entro il 2018)	/	100% Tutte le Regioni hanno attivato in maniera esclusiva il test HPV-DNA	/	Già a regime	/
1.15 Identificare precocemente i soggetti a rischio eredo-familiare per tumore della mammella	1.15.1	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	4.4	/	Adozione linee di indirizzo
	1.15.2	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	4.4	/	Adozione percorsi in tutte le aziende

MACRO 2. Prevenire le conseguenze dei disturbi neurosensoriali

Obiettivi centrali PNP	Indicatori centrali PNP				Codice dei progetti che concorrono al raggiungimento dell'OC	Baseline regionale dell'indicatore centrale	Standard regionale al 2018 dell'Indicatore centrale
	Codice	Nome	Definizione operativa	Standard al 2018			
2.1 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	100% Tutte le Regioni hanno attivato lo screening audiologico neonatale in tutti i punti nascita	/	Screening attivo in tutti i punti nascita	/
2.2 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	100% Tutte le Regioni hanno attivato lo screening oftalmologico neonatale in tutti i punti nascita	/	Screening attivo in tutti i punti nascita	/

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

Obiettivi centrali PNP	Indicatori centrali PNP				Codice dei progetti che concorrono al raggiungimento dell'OC	Baseline regionale dell'indicatore centrale	Standard regionale al 2018 dell'Indicatore centrale
	Codice	Nome	Definizione operativa	Standard al 2018			
3.1 Rafforzare le capacità di resilienza e promozione dei processi di empowerment personali e sociali.	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, 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)	3.1-3.2-3.5-3.6-3.7-3.9-3.10	/	In via di definizione con l'Ufficio scolastico regionale
3.2 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	100% Almeno un incontro/ anno in ogni Regione	3.3 -3.6 -3.7-3.8	/	Almeno un incontro/ anno realizzato

MACRO 4 Prevenire le dipendenze da sostanze e comportamenti

Obiettivi centrali PNP	Indicatori centrali PNP				Codice dei progetti che concorrono al raggiungimento dell'OC	Baseline regionale dell'indicatore centrale	Standard regionale al 2018 dell'Indicatore centrale
	Codice	Nome	Definizione operativa	Standard al 2018			
4.1 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 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)	3.1 - 3.2 - 6.10	/	In via di definizione con l'Ufficio scolastico regionale

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

Obiettivi centrali PNP	Indicatori centrali PNP				Codice dei progetti che concorrono al raggiungimento dell'OC	Baseline regionale dell'indicatore centrale	Standard regionale al 2018 dell'Indicatore centrale
	Codice	Nome	Definizione operativa	Standard al 2018			
5.1 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 gironi dall'incidente	-20%	1.4 - 1.5 - 3.4	68/1.000.000 abitanti	54,4 /1.000.000 abitanti
5.2 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 traumatismi ed avvelenamenti	-10%	1.4 - 1.5 - 3.4	4,5%	4%
5.3 Aumentare i soggetti con comportamenti corretti alla guida	5.3.1	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"	+50%	1.4 - 1.5 - 3.4	12,5% (anno 2013)	18,8%
			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"	>95%	1.4 - 1.5 - 3.4 - 7.4	96,5% (anno 2013)	>95%
	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 (l'indicatore si riferisce ai solo non astemi)	-30%	1.4 - 1.5 - 3.2	8,1% (anno 2013)	5,6%

MACRO 6.Prevenire gli incidenti domestici

Obiettivi centrali PNP	Indicatori centrali PNP				Codice dei progetti che concorrono al raggiungimento dell'OC	Baseline regionale dell'indicatore centrale	Standard regionale al 2018 dell'Indicatore centrale
	Codice	Nome	Definizione operativa	Standard al 2018			
6.1 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	Fermare il trend in ascesa	3.4 - 6.9 - 7.1	1553 (ricoveri anno 2013)	Mantenere il trend in discesa
6.2 Aumentare il livello di attività fisica negli ultra64enni	6.2.1	Proporzione 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)	+15%	1.2 - 1.3 - 9.2	63,3% (anno 2012-2013)	72,8%
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	6.3.1	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	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	7.4	Passi d'argento già attivo	Modulo opzionale PASSI inserito

Obiettivi centrali PNP	Indicatori centrali PNP				Codice dei progetti che concorrono al raggiungimento dell'OC	Baseline regionale dell'indicatore centrale	Standard regionale al 2018 dell'Indicatore centrale
	Codice	Nome	Definizione operativa	Standard al 2018			
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	6.3.2	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 i propri familiari è alto molto alto	+ 30%	3.4 – 6.9 – 7.1 -	6,1% (anno 2013)	8%
6.4 Migliorare la conoscenza del fenomeno e delle azioni di prevenzione da parte degli operatori sanitari, MMG e PLS	6.4.1	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.	+100%	6.9 - 7.4	13,4% (anno 2013)	26,8%
			Prevalenza di persone ultra 64enni che dichiarano di aver ricevuto, nei 12 mesi precedenti l'intervista, informazioni su come evitare le cadute in casa	+100%	6.9 - 7.4	15,7% (anno 2013)	31,4%
6.5 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	100% Produzione di un report in tutte le Regioni	3.4 - 6.9	/	Produzione report su fenomeno avvelenamenti in ambiente domestico

MACRO 7. Prevenire infortuni e malattie professionali

Obiettivi centrali PNP	Indicatori centrali PNP				Codice dei progetti che concorrono al raggiungimento dell'OC	Baseline regionale dell'indicatore centrale	Standard regionale al 2018 dell'Indicatore centrale
	Codice	Nome	Definizione operativa	Standard al 2018			
7.1 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	1 report all'anno	7.4	1 report ogni due anni	1 report/anno
7.2 Incrementare la collaborazione tra operatori sanitari per favorire l'emersione e il riconoscimento delle MP	7.2.1	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	+10%	5.1-5.2-5.5	1.440 (anno 2013)	1.584

Obiettivi centrali PNP	Indicatori centrali PNP				Codice dei progetti che concorrono al raggiungimento dell'OC	Baseline regionale dell'indicatore centrale	Standard regionale al 2018 dell'Indicatore centrale
	Codice	**Nome**	**Definizione operativa**	**Standard al 2018**			
7.3 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: - 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% delle Regioni programmano azioni di promozione per: - il sostegno al ruolo di RLS/RLST e della bilateralità	5.3	/	Vedi Progetto 5.3 I Rappresentanti dei Lavoratori per la Sicurezza: da anello debole del sistema aziendale della prevenzione a interlocutore competente del management e del sistema di controllo
7.4 Promuovere/favorire l'adozione da parte delle imprese di buone prassi e percorsi di Responsabilità sociale				100% delle Regioni programmano azioni di promozione per: - la promozione della responsabilità sociale d'impresa	5.4-5.5	/	Vedi Progetto 5.4 Un "cantiere complesso" come modello di sicurezza, prevenzione e promozione della salute
7.5 Promuovere/favorire programmi di miglioramento del benessere organizzativo nelle aziende				100% delle Regioni programmano azioni di promozione per: - la prevenzione dei rischi da incongruenze organizzative	5.5	/	Vedi Progetto 5.5 Dagli interventi di vigilanza alle buone prassi consolidate per favorire il benessere organizzativo

Obiettivi centrali PNP	Indicatori centrali PNP				Codice dei progetti che concorrono al raggiungimento dell'OC	Baseline regionale dell'indicatore centrale	Standard regionale al 2018 dell'Indicatore centrale
	Codice	**Nome**	**Definizione operativa**	**Standard al 2018**			
7.6 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 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)	5.6		In via di definizione con l'ufficio scolastico regionale
7.7 Promuovere il coordinamento dell'attività di vigilanza e l'approccio di tipo proattivo dei servizi pubblici attraverso l'adozione di piani integrati di prevenzione degli infortuni	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 e 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	-10 della frequenza di infortuni gravi nel settore industria e servizi	5.6	6,67 (anno 2012)	6,00
				-10% della frequenza di infortuni gravi in edilizia	5.6-5.7	10,27 (anno 2012)	9,24
				-10% N° infortuni gravi in agricoltura	5.6-5.7	364 (anno 2012)	327

Obiettivi centrali PNP	Indicatori centrali PNP				Codice dei progetti che concorrono al raggiungimento dell'OC	Baseline regionale dell'indicatore centrale	Standard regionale al 2018 dell'Indicatore centrale
	Codice	Nome	Definizione operativa	Standard al 2018			
7.8 Migliorare la qualità e l'omogeneità dell'attività di vigilanza anche attraverso l'incremento dell'utilizzo di strumenti di enforcement quali l'audit	7.8.1	Adozione di atti di indirizzo 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)	Tutte le Regioni adottano gli atti di indirizzo	5.1-5.6	DGR 629/2013 "Linee in indirizzo per l'attività di vigilanza nei cantieri edili: approvazione. DGR 1725/2014 di approvazione Procedura per la verifica della conformità degli adempimenti formativi di cui all'art. 37 comma 2 del d.lgs 81/08 - Procedura per lo svolgimento delle indagini per infortunio sul lavoro - Procedura per la gestione delle segnalazioni al Servizio PSAL - Procedura per l'analisi dei documenti di valutazione e gestione del rischio	Atto regionale di approvazione delle ulteriori procedure per l'attività di vigilanza Atto regionale di approvazione della procedura rispetto alla applicazione della metodologia dell'AUDIT con le aziende.

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

Obiettivi centrali PNP	Indicatori centrali PNP				Codice dei progetti che concorrono al raggiungimento dell'OC	Baseline regionale dell'indicatore centrale	Standard regionale al 2018 dell'Indicatore centrale
	Codice	Nome	Definizione operativa	Standard al 2018			
8.1 Realizzare attività di supporto alle politiche ambientali di miglioramento qualità aria, acqua, suolo secondo il modello della "Salute in tutte le politiche"	8.1.1	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	6.13 – 7.3	/	Almeno un rapporto integrato prodotto
	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	100% Evidenza documentata in ogni Regione	6.13	/	Almeno un rapporto prodotto
8.2 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	100% Evidenza documentata in ogni Regione	6.13	/	Accordo siglato

Obiettivi centrali PNP	Indicatori centrali PNP				Codice dei progetti che concorrono al raggiungimento dell'OC	Baseline regionale dell'indicatore centrale	Standard regionale al 2018 dell'Indicatore centrale
	Codice	Nome	Definizione operativa	Standard al 2018			
8.2 Migliorare la conoscenza del rapporto inquinanti ambientali/salute attraverso: - il monitoraggio degli inquinanti ambientali cui è esposta la popolazione - il potenziamento della sorveglianza epidemiologica	8.2.2	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	6.13-6.14	/	Studio realizzato
8.3 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	100% Esistenza di atti di indirizzo in ogni Regione	6.13	/	Atto di indirizzo approvato
8.4 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	100% Esistenza di atti di indirizzo in ogni Regione	6.13	/	Atto di indirizzo approvato

Obiettivi centrali PNP	Indicatori centrali PNP				Codice dei progetti che concorrono al raggiungimento dell'OC	Baseline regionale dell'indicatore centrale	Standard regionale al 2018 dell'Indicatore centrale
	Codice	Nome	Definizione operativa	Standard al 2018			
8.5 Sviluppare le conoscenze tra gli operatori della salute e dell'ambiente, MMG e PLS, sui temi di integrazione ambiente-salute, della valutazione di impatto e di danno sanitario e della comunicazione del rischio	8.5.1	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	100% Esistenza di un curriculum formativo in ogni Regione	7.3	/	Curriculum formativo definito e approvato
	8.5.2	Realizzazione di corsi di formazione per i formatori (dal 2017)	Corso di formazione	100% Almeno 1 corso di formazione in ogni Regioni	7.3	/	Un corso di formazione realizzato
	8.5.3	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	50% in ogni Regione	7.3	/	50%
8.6 Comunicare il rischio in modo strutturato e sistematico	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	100% Esistenza di atto formale di recepimento in ogni Regione	6.13 - 7.4	/	Atto formale di recepimento

Obiettivi centrali PNP	Indicatori centrali PNP				Codice dei progetti che concorrono al raggiungimento dell'OC	Baseline regionale dell'indicatore centrale	Standard regionale al 2018 dell'Indicatore centrale
	Codice	Nome	Definizione operativa	Standard al 2018			
8.7 Realizzare programmi di controllo in materia di REACH/CLP su sostanze chimiche/miscele contenute nei fitosanitari, cosmetici, biocidi, detergenti e sulle sostanze chimiche/miscele, in genere, pericolose per l'uomo e per l'ambiente basati sulla priorità del rischio secondo i criteri europei e sulla categorizzazione dei rischi	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	100% Esistenza di un sistema di indicatori in ogni Regione	/	Già attivato	/
8.8 Formare gli operatori dei servizi pubblici sui temi della sicurezza chimica e prevalentemente interessati al controllo delle sostanze chimiche con la finalità di informare 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	100% Almeno 1 corso di formazione in ogni Regione	5.6	/	Corso di formazione per gruppo ispettivo REACH/CLP e operatori dei Servizi ISP e PSAL effettuato

Obiettivi centrali PNP	Indicatori centrali PNP				Codice dei progetti che concorrono al raggiungimento dell'OC	Baseline regionale dell'indicatore centrale	Standard regionale al 2018 dell'Indicatore centrale
	Codice	Nome	Definizione operativa	Standard al 2018			
8.9 Contribuire alla conoscenza dell'impatto della problematica amianto sulla popolazione	8.9.1	Disponibilità dei dati sugli ex esposti ai Centri Operativi Regionali (COR)	Produzione di un Report	100% Produzione di un Report in ogni Regione	5.2	Rapporto su elaborazione di dati relativi alla sorveglianza sanitaria dei lavoratori ex esposti ad amianto 2007-2012	Nuovo report prodotto
8.10 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	100% Adozione di indirizzi specifici in ogni Regione	/	Testo Unico "Governo del territorio e materie correlate – Legge Regionale n. 1 del 21 gennaio 2015." e suo regolamento attuativo (n.2 del 18 febbraio 2015) e disciplinari tecnici: "Edifici con destinazione d'uso residenziale" (DGR n. 130/13); "Edifici con destinazione d'uso uffici (DGR n. 1079/13); "Edifici a destinazione mista" (DGR n. 953/13).	/
8.11 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	100% Evidenza documentata in ogni Regione	3.4-7.3	/	Campagna di comunicazione attivata
8.12 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	100% Evidenza documentata in ogni Regione	7.3	/	Campagna di comunicazione attivata

MACRO 9 Ridurre la frequenza di infezioni/malattie infettive prioritarie

Obiettivi centrali PNP	Indicatori centrali PNP				Codice dei progetti che concorrono al raggiungimento dell'OC	Baseline regionale dell'indicatore centrale	Standard regionale al 2018 dell'Indicatore centrale
	Codice	Nome	Definizione operativa	Standard al 2018			
9.1 Aumentare la frequenza di identificazione e caratterizzazione dell'agente patogeno per le malattie prioritarie 9.2 Identificare tempestivamente i casi e i rischi infettivi, anche mediante sistemi di allerta precoce	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	100 % delle Regioni raggiunge lo standard >90% per morbillo e per rosolia	6.1	0/0 (un solo caso di morbillo non testato in bambino di età >ai 15 mesi , non vaccinato, con diagnosi clinica e collegato epidemiologicamente ai casi verificatisi in una nave da crociera)	100% dei casi testati
9.3 Informatizzare 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	100% delle notifiche inviate con il sistema informativo regionale al Ministero nei termini previsti dalla normativa	/	100% notifiche inviate dalle Az. USL alla regione attraverso il sistema informativo regionale	100% delle notifiche inviate con il sistema informativo regionale al Ministero nei termini previsti

Obiettivi centrali PNP	Indicatori centrali PNP				Codice dei progetti che concorrono al raggiungimento dell'OC	Baseline regionale dell'indicatore centrale	Standard regionale al 2018 dell'Indicatore centrale
	Codice	**Nome**	**Definizione operativa**	**Standard al 2018**			
9.4 Aumentare la segnalazione delle malattie infettive da parte degli operatori sanitari (medici di famiglia, medici ospedalieri, laboratoristi)	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	+50%	6.1	Casi di malattia batterica invasiva accertati in laboratorio con diagnosi etiologica/ casi di malattia batterica invasiva notificati (anno 2013) 91,6% (22/24)	Casi di MIB notificati /Casi MIB da SDO
9.5 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 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)	-50%	6.1 -7.5	10,7% casi persi al follow-up nel 2013 (*n. 3 casi persi*)	5,35%
	9.5.2	Proporzione di nuove diagnosi di HIV late presenter (CD4<350/ìL 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	-25%	4.1-7.6	59% nel 2014	44%

Obiettivi centrali PNP	Indicatori centrali PNP				Codice dei progetti che concorrono al raggiungimento dell'OC	Baseline regionale dell'indicatore centrale	Standard regionale al 2018 dell'Indicatore centrale
	Codice	Nome	Definizione operativa	Standard al 2018			
9.6 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)	100% Tutte le Regioni hanno realizzato l'anagrafe vaccinale regionale unica informatizzata	2.3	Anagrafe vaccinale regionale unica informatizzata	Anagrafe vaccinale regionale unica informatizzata
9.7 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)	+100%	2.3	18,1% (2013)	36,2%

Obiettivi centrali PNP	Indicatori centrali PNP				Codice dei progetti che concorrono al raggiungimento dell'OC	Baseline regionale dell'indicatore centrale	Standard regionale al 2018 dell'Indicatore centrale
	Codice	**Nome**	**Definizione operativa**	**Standard al 2018**			
9.7 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)	9.7.2	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	100% delle regioni raggiungono i seguenti standard: **≥ 95%** per vaccinazioni: anti DTPa, Poliomielite, Epatite B, Hib nei nuovi nati, e anti DTPa e Poliomielite a 5-6 anni; **≥ 90%** per vaccinazione dTpa negli adolescenti (range 11-18 anni); ≥ **95%** per 1a dose di MPR entro i 2 anni di età e per 2a dose di MPR nei bambini di 5-6 anni di età e negli adolescenti (11-18 anni); **>75%** (obiettivo minimo perseguibile) e **>95%** (obiettivo ottimale) per vaccinazione antinfluenzale negli ultrasessantacinquenni; ≥ **95%** per vaccinazione antipneumococcica e antimeningococcica nei nuovi nati; **≥ 95%** per vaccinazione antimeningococcica negli adolescenti (range 11-18 anni); **≥ 80%** per vaccinazione anti HPV nelle dodicenni (dalla coorte del 2002), **≥ 95%** nelle dodicenni dalla coorte del 2003; **≥ 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); **100%** di mancata vaccinazione anti-polio e anti-morbillo spiegata	2.3	Coperture al 31.12.2013 (coorte 2011) **POL3** 97,1% **DPP3** 96,7% **Ep.B3** 96,6% **Hib3** 96,6% **MPR 1°** 93% **Pneumo3** 94,8% **Meningo** 89.5% **MPR 2°** **(**coorte 2006) 92,85% (coorte 2007) 79.21% **Meningococco** (coorte 2000) 70,71% **Pol** (coorte 2006) 95,74% **DTP** (coorte 2006) 95,26% **HPV** al 30.06.2014 (coorte 2000) 79,6% (coorte 2001) 78,4% Copertura al Antinfluenzale Al 31.12.2014 Coorte≥ 65 60,61%	Standard nazionali al 2018

Obiettivi centrali PNP	Indicatori centrali PNP				Codice dei progetti che concorrono al raggiungimento dell'OC	Baseline regionale dell'indicatore centrale	Standard regionale al 2018 dell'Indicatore centrale
	Codice	Nome	Definizione operativa	Standard al 2018			
9.8 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	100% Tutte le Regioni hanno realizzato un programma di comunicazione	2.3	/	Programma di comunicazione realizzato
9.9 Predisporre 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	100% Tutte le Regioni hanno documentato l'adozione di un piano di risposta alle emergenze	10.1	/	Realizzazione di quanto previsto nel progetto 10.1
9.10 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	100% per Regione	6.6	33,3%	100% delle strutture ospedaliere dell'Umbria aderenti alla Circolare

Obiettivi centrali PNP	Indicatori centrali PNP				Codice dei progetti che concorrono al raggiungimento dell'OC	Baseline regionale dell'indicatore centrale	Standard regionale al 2018 dell'Indicatore centrale
	Codice	Nome	Definizione operativa	Standard al 2018			
9.8 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	100% Tutte le Regioni hanno realizzato un programma di comunicazione	2.3	/	Programma di comunicazione realizzato
9.9 Predisporre 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	100% Tutte le Regioni hanno documentato l'adozione di un piano di risposta alle emergenze	10.1	/	Realizzazione di quanto previsto nel progetto 10.1
9.10 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	100% per Regione	6.6	33,3%	100% delle strutture ospedaliere dell'Umbria aderenti alla Circolare

Obiettivi centrali PNP	Indicatori centrali PNP				Codice dei progetti che concorrono al raggiungimento dell'OC	Baseline regionale dell'indicatore centrale	Standard regionale al 2018 dell'Indicatore centrale
	Codice	Nome	Definizione operativa	Standard al 2018			
9.8 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	100% Tutte le Regioni hanno realizzato un programma di comunicazione	2.3	/	Programma di comunicazione realizzato
9.9 Predisporre 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	100% Tutte le Regioni hanno documentato l'adozione di un piano di risposta alle emergenze	10.1	/	Realizzazione di quanto previsto nel progetto 10.1
9.10 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	100% per Regione	6.6	33,3%	100% delle strutture ospedaliere dell'Umbria aderenti alla Circolare

Obiettivi centrali PN	Indicatori centrali PNP				Codice dei progetti che concorrono al raggiungimento dell'OC	Baseline regionale dell'indicatore centrale	Standard regionale al 2018 dell'Indicatore centrale
	Codice	Nome	Definizione operativa	Standard al 2018			
9.11 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	100% Tutte le Regioni hanno prodotto un report annuale	6.3-6.4-6.5	/	1 report/anno
9.12 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	100% Tutte le Regioni hanno realizzato un programma di comunicazione	7.1	/	Programma realizzato
9.13 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	100% Tutte le Regioni hanno prodotto un report annuale	6.6	/	1 report/anno

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

Obiettivi centrali PNP	Indicatori centrali PNP				Codice dei progetti che concorrono al raggiungimento dell'OC	Baseline regionale dell'indicatore centrale	Standard regionale al 2018 dell'Indicatore centrale
	Codice	Nome	Definizione operativa	Standard al 2018			
10.1 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	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.)	6.14-6.17	Piano già adottato D.G.R. n. 510 del 20.4.2015 "Progetto di monitoraggio della contaminazione nell'area della Conca Ternana 2015 – 2019 in attuazione della DGR n. 1799 del 29.12.2014 e della DGR 91 del 26.1.2015"	Secondo la programmazione prevista dalla adottato D.G.R. n. 510 del 20.4.2015

Obiettivi centrali PNP	Indicatori centrali PNP				Codice dei progetti che concorrono al raggiungimento dell'OC	Baseline regionale dell'indicatore centrale	Standard regionale al 2018 dell'Indicatore centrale
	Codice	Nome	Definizione operativa	Standard al 2018			
10.2 Ridurre il fenomeno dell'antibiotico resistenza tramite la corretta gestione del farmaco	10.2.1	Adozione di iniziative finalizzate all'implementazione del sistema informativo nazionale per la tracciabilità del farmaco veterinario	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)	6.11	/	Almeno un evento all'anno

Obiettivi centrali PNP	Indicatori centrali PNP				Codice dei progetti che concorrono al raggiungimento dell'OC	Baseline regionale dell'indicatore centrale	Standard regionale al 2018 dell'Indicatore centrale
	Codice	Nome	Definizione operativa	Standard al 2018			
10.3 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 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	6.6	/	Protocollo realizzato
10.4 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 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 SINSVA per la gestione delle anagrafiche degli OSM, anche in cooperazione applicativa	6.11	Banca dati OSM già presente in SIVA	SINVSA implementato in modo informatizzato

Obiettivi centrali PNP	Indicatori centrali PNP				Codice dei progetti che concorrono al raggiungimento dell'OC	Baseline regionale dell'indicatore centrale	Standard regionale al 2018 dell'Indicatore centrale
	Codice	Nome	Definizione operativa	Standard al 2018			
10.4 Completare i sistemi anagrafici	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 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	/	Anagrafiche delle attività registrate e riconosciute 852/04 già adeguate	/
10.5 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.)	100% In ogni Regione è predisposto un piano di intervento per la gestione delle emergenze con elevato livello di integrazione	10.1	/	Piano regionale d'intervento predisposto
	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 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...)	10.1	/	Evento esercitativo realizzato su scala regionale

Obiettivi centrali PNP	Indicatori centrali PNP				Codice dei progetti che concorrono al raggiungimento dell'OC	Baseline regionale dell'indicatore centrale	Standard regionale al 2018 dell'Indicatore centrale
	Codice	Nome	Definizione operativa	Standard al 2018			
10.5 Gestire le emergenze veterinarie e relative alla sicurezza alimentare epidemiche e non e gli eventi straordinari	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 diffusive 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...)	10.1	/	Evento esercitativo realizzato su scala regionale
10.6 Prevenire le malattie infettive e diffusive 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 aviare, brucellosi, tubercolosi	100% In ogni Regione è attuato un piano di sorveglianza per almeno 4 delle malattie di cui alla definizione	6.16	/	Piano di sorveglianza attuato

Obiettivi centrali PNP	Indicatori centrali PNP				Codice dei progetti che concorrono al raggiungimento dell'OC	Baseline regionale dell'indicatore centrale	Standard regionale al 2018 dell'Indicatore centrale
	Codice	**Nome**	**Definizione operativa**	**Standard al 2018**			
10.7 Assicurare un'appropriata capacità di laboratorio della rete dei 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 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)	6.17	Rete dei laboratori pubblici esistente	Rete dei laboratori pubblici funzionante ed efficace
10.8 Prevenire il randagismo, comprese misure che incentivino le iscrizioni in anagrafe degli animali da affezione, ed i relativi controlli, sui canili 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	100% In ogni Regione è realizzato un Piano di informazione/comunicazione rivolto alla popolazione, finalizzato a promuovere una corretta interazione uomo-animale	9.2 – 9.3	Alcune attività di informazione e sensibilizzazione già realizzate, ma non in modo diffuso e sistematico su tutto il territorio regionale	Piano realizzato

Obiettivi centrali PNP	Indicatori centrali PNP				Codice dei progetti che concorrono al raggiungimento dell'OC	Baseline regionale dell'indicatore centrale	Standard regionale al 2018 dell'Indicatore centrale
	Codice	Nome	Definizione operativa	Standard al 2018			
10.8 Prevenire il randagismo, comprese misure che incentivino le iscrizioni in anagrafe degli animali da affezione, ed i relativi controlli, sui canili e rifugi	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	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%	9.2 – 9.3	34%	39%

Obiettivi centrali PNP	Indicatori centrali PNP				Codice dei progetti che concorrono al raggiungimento dell'OC	Baseline regionale dell'indicatore centrale	Standard regionale al 2018 dell'Indicatore centrale
	Codice	Nome	Definizione operativa	Standard al 2018			
10.8 Prevenire il randagismo, comprese misure che incentivino le iscrizioni in anagrafe degli animali da affezione, ed i relativi controlli, sui canili e rifugi	10.8.3	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	100% In ogni Regione è svolto almeno 1 controllo/anno per ciascun rifugio e canile sanitario non gestito direttamente dal servizio veterinario della ASL	9.3	/	1 controllo/anno per ciascun rifugio e canile sanitario non gestito direttamente dal servizio veterinario della ASL
10.9 Aumentare l'offerta di alimenti idonei a soggetti allergici e intolleranti, ivi inclusi le persone celiache	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	100% Ogni Regione predispone un programma che preveda almeno un evento formativo all'anno	/	Già a regime	Mantenimento dello standard di un corso all'anno
10.10 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	100% In ogni Regione è attivato il sistema di trasmissione dei dati all'ISS secondo il format in uso	6.7	/	Sistema di trasmissione dei dati all'ISS attivato

Obiettivi centrali PNP	Indicatori centrali PNP				Codice dei progetti che concorrono al raggiungimento dell'OC	Baseline regionale dell'indicatore centrale	Standard regionale al 2018 dell'Indicatore centrale
	Codice	Nome	Definizione operativa	Standard al 2018			
10.10 Ridurre i disordini da carenza iodica	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)	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)	6.8	/	dati relativi ai controlli trasmessi
10.11 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	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	8.3	Percorso formativo già adottato con D.G.R. n. 989 del 17 novembre 2013	Secondo la pianificazione prevista a seguito della D.G.R. n. n. 989 del 17 novembre 2013

Obiettivi centrali PNP	Indicatori centrali PNP				Codice dei progetti che concorrono al raggiungimento dell'OC	Baseline regionale dell'indicatore centrale	Standard regionale al 2018 dell'Indicatore centrale
	Codice	Nome	Definizione operativa	Standard al 2018			
10.12 Realizzare gli audit previsti dall'articolo 4, paragrafo 6, del regolamento CE 882/2004	10.12.1	Rendicontazione dell'attività di audit svolta	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 ≥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.	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	8.1		Audit effettuati come programmati

Parte 2

Indicatori per il monitoraggio dello stato di avanzamento dei progetti (compresi i “sentinella”)

Programma 1. Vita da sani

Progetti		Obiettivi specifici		Indicatori		Fonte verifica	Formula calcolo	Valore di partenza	Valori attesi			
									2015	2016	2017	2018
1.1	Miglioriamo lo stile di vita dei bambini umbri	1.1.1	Promuovere l'attività fisica nei bambini che frequentano la I e la II classe di tutte le scuole primarie	1.1.1/1	Scuole aderenti		N. scuole aderenti /scuole dotate di palestra		30%	40%	50%	50%
		1.1.2	Migliorare e sostenere corrette abitudini alimentari dei bambini e delle loro famiglie	1.1.1/2	Incontri realizzati		Incontri realizzati /incontri programmati nel corso dell'anno*100			70%	70%	70%
1.2	Umbria cammina	1.2.1	Attivare gruppi di cammino serali in tutti i Distretti sanitari con l'interessamento di almeno un comune per ciascun ambito territoriale	**1.2.1/1**	**Gruppi di cammino attivati**	**/**	**/**	**/**	**/**	**Ameno 6**	**Almeno 10**	**Almeno 12**
1.3	Nonni attivi	1.3.1	Definire e concordare con i MMG le modalità/criteri di arruolamento attivo degli assistiti over 64enni con sindromi da ipomobilità o sedentari in quanto sarà compito dei MMG "prescrivere" l'esercizio fisico	1.3.1/1	Criteri di inclusione ed esclusione definiti e condivisi	/	/	/	Criteri di inclusione ed esclusione definiti e condivisi	/	/	/
				1.3.1/2	Protocollo standardizzato per la valutazione	/	/	/	Protocollo standardizzato per la valutazione	/	/	/
		1.3.4	Attivare programmi di AFA per la salute volti ad offrire ad over 64enni con sindromi da ipomobilità programmi di esercizi non sanitari svolti in gruppo sotto la guida di personale competente /qualificato, in strutture della comunità con vocazione ludico-sportiva	**1.3.4/1**	**N° distretti in cui è attivata "AFA per la salute"**	**/**	**N° distretti in cui è attivata "AFA per la salute"**	**/**	**/**	**3**	**7**	**10**

Progetti		Obiettivi specifici		Indicatori		Fonte verifica	Formula calcolo	Valore di partenza	Valori attesi			
									2015	2016	2017	2018
1.4	Alcool e guida sicura	1.4.1	Implementare le informazioni sui rischi causati dalla guida in stato di ebbrezza nelle persone che frequentano i corsi per il conseguimento della patente o per il recupero dei punti persi ed offrire il counseling a coloro che sono stati oggetto di un provvedimento di sospensione della patente per contribuire a ridurre la prevalenza dei consumatori a rischio	1.4.1/1	Specifico modulo formativo inserito nei programmi dei corsi per insegnati ed istruttori delle Autoscuole	BUR	/	/	/	DGR di indirizzo	/	/
				1.4.1/2	**Proporzione di Autoscuole che hanno inserito e mantenuto un modulo formativo sulla sicurezza alla guida nei corsi per il conseguimento della patente o per il recupero dei punti persi**	**Autoscuole**	**N. Autoscuole con programma adeguato /n. Autoscuole coinvolte**	**/**	**/**	**/**	**60% in tutta la Regione**	**80% in tutta la Regione**
		1.4.2	Valutare l'applicazione del "Protocollo per procedure sanitarie a seguito di sospensione della patente per guida in stato di ebrezza" approvato con DGR 1423/2007 e valutare l'opportunità di adeguamento/implementazione dello stesso	1.4.2/1	Monitoraggio sull'applicazione della DGR 1423/2007 realizzato	Schede valutazione	/	/	/	/	Report prodotto	/

Progetti		Obiettivi specifici		Indicatori		Fonte verifica	Formula calcolo	Valore di partenza	Valori attesi			
									2015	2016	2017	2018
1.5	Un soccorso alla salute	1.5.1	Avviare interventi di counselling motivazionale condotti da operatori sanitari a giovani di età compresa fra 18 e 24 anni, potenziali consumatori a rischio di sostanze psicoattive legali ed illegali, giunti al Pronto Soccorso per qualsiasi motivazione	1.5.1/1	Corso di formazione per gli operatori del pronto soccorso realizzato	/	/	/	/	Corsi realizzati	/	/
				1.5.1/2	Report dei risultati	/	/	/	/	/	/	Report dei risultati prodotto
1.6	Verso l'ospedale senza fumo	1.6.1	Sviluppare all'interno delle aziende sanitarie una cultura della lotta al tabagismo fondata sulla consapevolezza dei lavoratori di essere testimoni di comportamenti salubri	1.6.1/1	Policy aziendale approvata	Albo pretorio	/	/	/	Policy approvata attraverso atto aziendale	/	/
				1.6.1/2	Campagna di comunicazione costruita e attuata	/	/	/	/	/	Campagna di comunicazione costruita e messa in atto	Campagna di comunicazione messa in atto

Progetti		Obiettivi specifici		Indicatori		Fonte verifica	Formula calcolo	Valore di partenza	Valori attesi			
									2015	2016	2017	2018
1.7	La sfida della promozione della salute nei luoghi di lavoro: i medici competenti impegnati contro l'abitudine al fumo	1.7.1	Realizzare il counselling breve antifumo ai lavoratori sottoposti a sorveglianza sanitaria da parte del medico competente	1.7.1/1	Scheda per il counselling al lavoratore definita	/	/	/	Scheda prodotta	/	/	/
				1.7.1/2	**% dei medici competenti invitati che hanno partecipato al corso**	**Registro presenze del corso**	**N° medici competenti che hanno partecipato al corso/N° medici competenti invitati X 100**	**/**	**/**	**80%**	**/**	**/**
				1.7.1/3	**% di schede compilate nel campione di cartelle sanitarie**	**/**	**N° schede compilate/N° lavoratori fumatori X 100**	**/**	**/**	**/**	**50%**	**50%**
1.8	Muse per Esculapio. La cultura aiuta il ben-essere	1.8.1	Divulgare ed accedere alla documentazione sullo stato di salute e benessere della popolazione, sui principali determinanti, sugli stili di vita salutari, e su tutto ciò che permette ai cittadini di essere maggiormente consapevoli rispetto ai temi della salute	1.8.1/1	Formazione dei bibliotecari effettuata	/	/	/	/	Corso realizzato	Corso realizzato	Corso realizzato
				1.8.1/2	Rete delle biblioteche che promuovono salute formalizzata con DGR	/	/	/	/	DGR adottata	/	/

Programma 2. Un invito da non rifiutare

Progetti		Obiettivi specifici		Indicatori		Fonte verifica	Formula calcolo	Valore di partenza	Valori attesi			
									2015	2016	2017	2018
2.1	Lo screening per il rischio cardiovascolare	2.1.1	Sperimentare l'attivazione dello screening per il rischio cardiovascolare nella popolazione sana di età compresa tra 45 e 59 anni residente in 2 distretti della Regione	2.1.1/1	Accordo regionale sulla "Farmacia dei servizi"	/	/	/	Accordo regionale sulla "Farmacia dei servizi" siglato	/	/	/
				2.1.1/2	Produzione di materiale di supporto all'attivazione dello screening	/	/	/	/	Materiali di supporto alla attivazione dello screening prodotti	/	/
				2.1.1/3	Formazione sulla finalità dello screening e le modalità operative	/	/	/	/	Formazione attivata e completata per l'80%	/	/
				2.1.1/4	Sperimentazione avviata	/	/	/	/	Sperimentazione avviata nei due distretti	/	/
		2.1.2	Mettere a punto uno studio di fattibilità relativo al IV screening nella popolazione sana di età compresa tra i 45 e i 59 anni residente in Umbria	**2.1.2/1**	**Estensione corretta (70% del 50% della popolazione eligibile)**	**/**	**(N ° invitati-Inviti inesitati) /popolazione eligibile* *popolazione bersaglio-esclusi prima dell'invito**	**/**	**/**	**/**	**Arruolata almeno il 70% del 50% della popolazione eligibile**	**/**
				2.1.2/2	Studio di fattibilità prodotto	/	/	/	/	/	/	Studio di fattibilità prodotto e risultati valutati

Progetti		Obiettivi specifici		Indicatori		Fonte verifica	Formula calcolo	Valore di partenza	Valori attesi			
									2015	2016	2017	2018
2.2	La presa in carico della persona positiva ai test di screening oncologici: protocolli diagnostici e percorsi	2.2.1	Uniformare i protocolli diagnostici per il passaggio dal primo al secondo livello	2.2.1/1	Protocolli diagnostici condivisi	/	/	/	/	Documenti deliberati	/	/
				2.2.1/2	% operatori screening formati	Registro presenze corso	/	/	/	100%	/	/
				2.2.1/3	% checklist revisionate							100%
		2.2.2	Definire e adottare su scala regionale in maniera standardizzata i percorsi per il passaggio dal secondo al terzo livello	2.2.2/1	% di donne che effettuano l'intervento chirurgico entro 30 giorni dall'indicazione all'intervento	SDO e Athena	/	/	/	/	60%	80%
		2.2.3	Migliorare le performances degli screening aziendali attraverso la attivazione di percorsi di audit almeno per il primo livello di due screening (mammografico e cervicale)	2.2.3/1	Checklist per audit	/	/	/	/	Checklist condivisa	/	/
				2.2.3/2	Gruppo visitors	/	/	/	/	Gruppo costituito	/	/
				2.2.3/3	% centri di primo livello sottoposti ad audit	/	/	/	/	/	20% dei consultori. Almeno 1 centro di senologia	30% dei consultori. Almeno 1 centro di senologia
		2.2.4	Migliorare le competenze dei MMG rispetto ai percorsi diagnostico-terapeutici a partire dalla diagnosi di positività nello screening mammografico e nello screening cervicale	2.2.4/1	% MMG formati	/	/	/	/	80%	/	/
				2.2.4/2	% équipes territoriali MMG coinvolte nelle riunioni annuali	/	/	/	/	/	40%	40%
		2.2.5	Migliorare la gestione della comunicazione con il cittadino nell'ambito del percorso di screening	2.2.5/1	Ridefinizione materiali comunicativi	/	/	/	/	Materiali realizzati per lo screening mammografico	Materiali realizzati per lo screening cervicale	/

Progetti		Obiettivi specifici		Indicatori		Fonte verifica	Formula calcolo	Valore di partenza	Valori attesi			
									2015	2016	2017	2018
2.3	Migliorare l'offerta vaccinale garantendo standard di sicurezza e qualità	2.3.1	Migliorare la gestione delle diverse fasi del processo vaccinale a livello dei CDS attraverso la valutazione dell'applicazione delle linee di indirizzo per la qualità dei servizi vaccinali ed una eventuale implementazione delle stesse	2.3.1/1	Linee di indirizzo regionali aggiornate	/	/	DGR 962/2007	DGR nuove linee di indirizzo approvata	/	/	/
				2.3.1/2	Numero di sedute di audit/anno per struttura coinvolta, secondo le tempistiche stabilite		N. sedute audit realizzate/ n. sedute audit previste (4 ogni anno)	/	/	/	100%	100%
		2.3.2	Aggiornare il Protocollo regionale delle vaccinazioni	2.3.2/1	Protocollo regionale aggiornato	/	/	/	/	DGR approvata	/	/
		2.3.3	Disporre, a livello locale e regionale, di tutte le informazioni necessarie alla gestione e alla valutazione dell'attività vaccinale	2.3.3/1	Sperimentazione del nuovo sw		N. sedi vaccinali che utilizzano il nuovo sistema informativo/ tutte le sedi vaccinali	/	/	/	60%	
				2.3.3/2	Nuovo software validato e a regime		N. sedi vaccinali che utilizzano il nuovo sistema informativo/ tutte le sedi vaccinali	/	/	/	/	95%

Progetti		Obiettivi specifici		Indicatori		Fonte verifica	Formula calcolo	Valore di partenza	Valori attesi			
									2015	2016	2017	2018
2.3	Migliorare l'offerta vaccinale garantendo standard di sicurezza e qualità	2.3.4	Coinvolgere i professionisti del territorio condividendo la valutazione delle coperture vaccinali e le eventuali azioni di recupero, affinché svolgano a pieno il proprio ruolo per la promozione delle vaccinazioni garantendo informazioni corrette, omogenee e controllate	**2.3.4/1**	**Coperture vaccinali per l'infanzia e delle categorie a rischio contro l'influenza**		**N. soggetti vaccinati/N. soggetti residenti** **(Al 31.12 dell'anno in esame, per ciascuna vaccinazione e nelle coorti previste per le vaccinazioni dell'infanzia)**	Coperture al 31.12.2013 (coorte 2011) **POL3** 97,1% **DPP3** 96,7% **Ep.B3** 96,6% **Hib3** 96,6% **MPR 1°** 93% **Pneumo3** 94,8% **MeningoC** 89.5% **MPR 2°** **(**coorte 2006) 92,85% (coorte 2007) 79.21% **MeningoC** (coorte 2000) 70,71% **Polio** (coorte 2006) 95,74% **DTP** (coorte 2006) 95,26% **HPV** al **30.06.2014** (coorte 2000)79,6% (coorte 2001) 78,4% Copertura **Antinfluenzale 31.12.2014** Coorte ≥ 65 60,61%	**Mantenute ove superiori allo standard o comunque tendenzialmente in incremento verso lo standard nazionale al 2018**	**Mantenute ove superiori allo standard o comunque tendenzialmente in incremento verso lo standard nazionale al 2018**	**Mantenute ove superiori allo standard o comunque tendenzialmente in incremento verso lo standard nazionale al 2018**	**Standard nazionali al 2018**
		2.3.6	Mettere a disposizione delle famiglie dei nuovi nati materiali informativi (cartacei e informatizzati) sulle vaccinazioni dell'infanzia	2.3.6/1	Materiali informativi sulle vaccinazioni prodotti e disponibili	/	/	/	/	Materiali disponibili per le famiglie dei nuovi nati	/	/

Programma 3. Impariamo a resistere

Progetti		Obiettivi specifici		Indicatori		Fonte verifica	Formula calcolo	Valore di partenza	Valori attesi			
									2015	2016	2017	2018
3.1	Pensiamo positivo: attivare potenzialità e percorsi positivi nelle scuole dell'infanzia, primarie e secondarie di primo grado	3.1.1	Coinvolgere le scuole, in maniera diffusa, attraverso protocolli di collaborazione volti ad ampliare la "Rete delle scuole che promuovono benessere".	**3.1.1/1**	**Protocollo di collaborazione tra la Regione e l'Ufficio scolastico Regionale per la realizzazione di percorsi di educazione e promozione della salute**	**BUR**	/	/	/	**Protocollo siglato**	/	/
				3.1.1/2	Protocolli di collaborazione tra la ASL (distretti sanitari) e gli istituti scolastici	Atti ASL	N. protocolli adottati / n. distretti	/	/	30% distretti	60% distretti	100% distretti
		3.1.3	Formare gli insegnanti all'utilizzazione della metodologia dell'educazione socio affettiva	3.1.3/1	Scuole dell'infanzia e primarie partecipanti ai corsi sull'educazione socio affettiva	Registro presenze dei corsi	n. scuole infanzia e primarie partecipanti ai corsi/n. incluse nei protocolli	/	/	/	75%	75%
		3.1.4	Implementare nelle scuole dell'infanzia e primarie, fino alle secondarie di primo grado, interventi di promozione delle life skills con il metodo dell'educazione socio affettiva.	3.1.4/1	Scuole dell'infanzia e primarie che attuano gli interventi	Relazioni finali degli insegnanti	n. scuole infanzia e primarie che attuano gli interventi/n. incluse nei protocolli	/	/	/	50%	50%

Progetti		Obiettivi specifici		Indicatori		Fonte verifica	Formula calcolo	Valore di partenza	Valori attesi			
									2015	2016	2017	2018
3.2	*Unplugged* Umbria	3.2.1	Coinvolgere le scuole, in maniera diffusa, attraverso protocolli di collaborazione volti ad ampliare la "Rete delle scuole che promuovono benessere".	3.2.1/1	Protocollo di collaborazione tra la Regione e l'Ufficio scolastico Regionale per la realizzazione di percorsi di educazione e promozione della salute	BUR	/	/	Protocollo siglato	/	/	/
				3.2.1/2	Protocolli di collaborazione tra la ASL (distretti sanitari) e gli istituti scolastici	Atti ASL	N. protocolli adottati / n. distretti	/	/	30% distretti	60% distretti	100% distretti
		3.2.4	Formare gli insegnanti delle scuole secondarie di primo grado all'applicazione di Unplugged, a cura del personale sanitario precedentemente formato.	3.2.4/1	Scuole secondarie di I grado partecipanti ai corsi	Registro presenze dei corsi	n. scuole sec. I grado partecipanti ai corsi/n. scuole incluse nei protocolli	/	/	/	75%	75%
		3.2.5	Implementare il programma "*Unplugged"* nel secondo e terzo anno delle scuole secondarie di primo grado	3.2.5/1	Scuole secondarie di I grado che attuano Unplugged	Relazioni finali degli insegnanti	n. scuole sec. I grado che attuano gli interventi/n. scuole incluse nei protocolli	/	/	/	50%	50%
3.3	Progetto PIPPI	3.3.1	Innovare le pratiche di intervento nei confronti delle famiglie "negligenti" al fine di ridurre il rischio di allontanamento dei bambini dal nucleo familiare d'origine	3.3.1/1	Estensione del programma in altre 5 zone sociali	/		/	/	+1	+2	+2
				3.3.1/2	Adesione delle famiglie target	/	N. famiglie partecipanti/N° famiglie target X 100	/	/	80%	80%	80%

Progetti		Obiettivi specifici		Indicatori		Fonte verifica	Formula calcolo	Valore di partenza	Valori attesi			
									2015	2016	2017	2018
3.4	Salute Infanzia 2.0	3.4.1	Favorire da parte del pediatra di famiglia (PLS) il sostegno alla genitorialità volto a promuovere l'early childhood development e l'adozione di stili di vita sani	3.4.1/1	Materiale informativo revisionato e distribuito	/	/	/	/	Materiale informativo revisionato e distribuito	/	/
				3.4.1/2	**Accordo decentrato siglato**	**/**	**/**	**/**	**/**	**Accordo siglato**	**/**	**/**
				3.4.1/3	Rapporto sull'attività svolta dai PLS nel corso del 2017	/	/	/	/	/	/	Rapporto prodotto
3.5	YAPS – Young And Peer School	3.5.1	Coinvolgere le scuole, in maniera diffusa, attraverso protocolli di collaborazione volti ad ampliare la "Rete delle scuole che promuovono benessere"	**3.5.1/1**	**Protocollo di collaborazione tra la Regione e l'Ufficio scolastico Regionale per la realizzazione di percorsi di educazione e promozione della salute**	**BUR**	/	/	/	**Protocollo siglato**	/	/
				3.5.1/2	Protocolli di collaborazione tra la ASL (distretti sanitari) e gli istituti scolastici	Atti ASL	N. protocolli adottati / n. distretti	/	/	30% distretti	60% distretti	100% distretti
		3.5.3	Formare gli insegnanti all'utilizzazione della metodologia dell'educazione tra pari	3.5.3/1	Scuole secondarie di II grado partecipanti ai corsi sull'educazione tra pari	Registro presenze dei corsi	n. scuole sec. II grado partecipanti ai corsi/n. scuole incluse nei protocolli	/	/	/	75%	75%
		3.5.4	Implementare nelle scuole secondarie di secondo grado interventi di promozione della salute con il metodo dell'educazione tra pari	3.5.4/1	Scuole secondarie di II grado che attuano interventi con il metodo dell'educazione tra pari	Relazioni finali degli insegnanti	n. scuole sec. II grado che attuano gli interventi/n. scuole incluse nei protocolli	/	/	/	50%	50%

Progetti		Obiettivi specifici		Indicatori		Fonte verifica	Formula calcolo	Valore di partenza	Valori attesi			
									2015	2016	2017	2018
3.6	Progetto PIUMA	3.6.1	Realizzare un *modello integrato di intervento e coordinamento*, in grado di fare fronte al fenomeno del maltrattamento sui minori, attraverso un'efficace rilevazione dei segnali di abuso ed una conseguente presa in carico dei casi	3.6.1/1	Estensione del modello		/		/	50%	80%	100%
				3.6.1/2	Efficienza della UCM		/		/	90%	90%	90%
3.7	La bellezza e i suoi desideri: mondo giovanile e nuovi linguaggi	3.7.1	Fornire a insegnanti, genitori, educatori e operatori sanitari delle reti per la Promozione della Salute strumenti per la comprensione, il sostegno e l'ascolto del mondo giovanile attraverso un percorso formativo teorico-esperienziale	3.7.1/1	N. di incontri tra operatori sanitari e operatori della scuola volti a sensibilizzare rispetto al tema dell'espressione del disagio psicosociale	/	/	/	/	1	1	1
		3.7.2	Rendere competenti nell'uso di queste nuove tecniche in campo formativo un gruppo selezionato dai formatori	3.7.2/1	Realizzazione corso	/	/	/	/	Corso realizzato	/	/
3.8	L'importanza di chiamarsi genitori	3.8.1	Realizzazione di un corso finalizzato al sostegno alla genitorialità	3.8.1/1	% di incontri realizzati	/	n. incontri realizzati/n. incontri programmati (16)	/	/	100%	100%	100%

Progetti		Obiettivi specifici		Indicatori		Fonte verifica	Formula calcolo	Valore di partenza	Valori attesi			
									2015	2016	2017	2018
3.9	Forte chi legge! Diversi modi di leggere per il benessere degli adolescenti	3.9.1	Sviluppare la reading literacy negli adolescenti quale competenza trasversale per la crescita dell'autonomia, dell'autostima e della prosocialità, lo sviluppo di processi di empowerment personali e sociali e il miglioramento delle performance scolastiche	3.9.1/1	Numero scuole partecipanti							
				3.9.1/2	Numero studenti partecipanti							
				3.9.1/3	Numero nuove iscrizioni di adolescenti ai servizi delle biblioteche pubbliche							
				3.9.1/4	Numero di iniziative di letture ad alta voce, o altri eventi, svolte dai ragazzi o in collaborazione con loro							
				3.9.1/5	Rapporto sugli aspetti psicologici redatto dall'Università						Rapporto redatto sui primi risultati	
3.10	Non avere paura: un percorso psicologico per preparare i bambini alla RMN senza sedazione	3.10.1	Incrementare progressivamente il numero dei bambini (3-10 anni) che effettuano risonanza magnetica senza sedazione negli ospedali oggetto dell'intervento	3.10.1/1	Percentuale di bambini (3-10 anni) che eseguono la RMN senza sedazione dopo aver ricevuto l'intervento	/	100*(bambini 3-10 anni che eseguono la RMN senza sedazione dopo aver ricevuto l'intervento / bambini sottoposti a RNM dopo aver ricevuto l'intervento)	0	/	≥60%	≥70%	≥80%

Programma 4. Programma Donna

Progetti		Obiettivi specifici		Indicatori		Fonte verifica	Formula calcolo	Valore di partenza	Valori attesi			
									2015	2016	2017	2018
4.1	Ostetriche come counselor su stili di vita e infezioni sessualmente trasmesse	4.1.1	Attivazione di un percorso formativo specifico sulle modalità di offerta del counselling breve a sostegno del cambiamento comportamentale nei confronti degli stili di vita e delle principali infezioni sessualmente trasmesse (HIV, HPV) alle donne che accedono al consultorio	4.1.1/1	% di ostetriche consultoriali formate al counselling breve	/	/	/	/	80%	/	/
		4.1.2	Messa a punto di strumenti informativi per le ostetriche che facilitino e accompagnino le attività di counselling		Materiale informativo prodotto	/	/	/	/	Materiale informativo prodotto	/	/
4.2	La gravidanza fisiologica: l'ostetrica per un domani migliore	4.2.1	Favorire la partecipazione ai CAN attraverso un processo di miglioramento dell'offerta attiva dei corsi stessi	4.2.1/1	Ricognizione offerta	/	/	/	Ricognizione offerta effettuata	/	/	/
				4.2.1/2	Linee di Indirizzo sui CAN	/	/	/	/	Delibera regionale	/	/
				4.2.1/3	% distretti che adottano Linee di Indirizzo		n. distretti che adottano Linee di Indirizzo /totale distretti	/	/	30%	60%	100%

Progetti		Obiettivi specifici		Indicatori		Fonte verifica	Formula calcolo	Valore di partenza	Valori attesi			
									2015	2016	2017	2018
4.2	La gravidanza fisiologica: l'ostetrica per un domani migliore	4.2.2	Implementare l'Agenda della gravidanza	**4.2.2/1**	**Agenda della Gravidanza**	/	/	/	/	**Strumento informativo realizzato**	/	/
				4.2.2/2	% di consultori che distribuiscono l'Agenda	/	/	/	/	/	50%	100%
4.3	Il latte della mamma è "gustoso"	4.3.1	Promozione dell'allattamento al seno attraverso l'aggiornamento della formazione di ostetriche, infermieri e pediatri (ospedalieri e di Libera Scelta)	4.3.1/1	% operatori formati	/	/	/	/	80%	/	/
		4.3.2	Attivazione in ambito distrettuale e ospedaliero di accessi privilegiati per le donne in puerperio con l'obiettivo di sostenerle o di risolvere eventuali problemi acuti legati all'allattamento al seno	4.3.2/1	% di distretti con 1 spazio di ascolto attivato	/	/	/	/	/	50% dei distretti	80% dei distretti

Progetti		Obiettivi specifici		Indicatori		Fonte verifica		Formula calcolo	Valore di partenza			
									2015	2016	2017	2018
4.4	Il percorso per la valutazione e la gestione del rischio eredo-familiare per il carcinoma della mammella	4.4.1	Individuare modalità, criteri e strumenti per l'identificazione e la valutazione delle donne a rischio attraverso la produzione di linee di indirizzo	4.4.1/1	Linee di indirizzo condivise	/	/	/	/	Delibera regionale	/	/
		4.4.2	Definire i percorsi per la valutazione e la gestione del rischio su base eredo-familiare e i protocolli di sorveglianza	4.4.2/1	% operatori formati	/	/	/	/	100%	/	/
		4.4.3	Realizzare una fase pilota di reclutamento delle donne nell'area della ex USL 2 e della ex USL 3	**4.4.3/1**	**% consultori che effettuano il reclutamento nei territori della sperimentazione**	**/**	**/**	**/**	**/**	**/**	**50%**	**100%**
4.5	L'importante è che tu possa partecipare	4.5.1	Miglioramento dell'adesione nella popolazione "mai aderenti" e mantenimento dell'adesione nelle donne "fidelizzate"	**4.5.1/1**	**Adesione "mai aderenti"**	**Demetra**	**"mai aderenti" che hanno aderito/"mai aderenti" invitate**	**2011-2013 14% ± 0,7%**	**14% ± 0.7%**	**1° semestre 14% ± 0,7% 2° semestre 30% ± 0,7%**	**1° semestre 30% ± 0,7% 2° semestre 14% ± 0,7%**	**/**
				4.5.1/2	Adesione "fidelizzate	Demetra	"fidelizzate" che hanno aderito/"fidelizzate" invitate	2011-2013 80% ± 1,3%	80% ± 1,3%	1° semestre 80% ± 1,3% 2° semestre 80% ± 1,3%	1° semestre 80% ±1,3% 2° semestre 80% ± 1,3%	/

Programma 5. Lavoro e salute

Progetto		Obiettivo specifico		Indicatori		Fonte verifica	Formula calcolo	Valore di partenza	Valori attesi			
									2015	2016	2017	2018
5.1	Sorveglianza sanitaria di qualità: sperimentazione di indicatori di effettività e di efficacia dell'attività del medico competente	5.1.1	Sperimentare e validare standard di effettività e di efficacia dell'attività di sorveglianza sanitaria al fine di promuovere il miglioramento della qualità	5.1.1/1	Procedura di accesso alle aziende e strumenti validati	/	/	/	Procedura prodotta	/	/	/
				5.1.1/2	% di aziende in cui è stato portato a termine l'intervento rispetto al numero di aziende previste	Sistema informativo PSAL	N° aziende oggetto di intervento/ N° aziende programmate X100	/	/	45%	45%	/
				5.1.1/3	Indicatori di effettività e di efficacia sperimentati e validati	BUR	/	/	/	/	/	Indicatori di effettività ed efficacia approvati
5.2	Le malattie muscoloscheletriche e i tumori di professionali: un progetto di prevenzione e sorveglianza	5.2.1	Incrementare la segnalazione di patologia neoplastica e delle malattie muscoloscheletriche di sospetta origine professional	5.2.1/1	Intervista per RENAM entro un mese	Reportistica alla Regione	N° interviste concluse SPSAL entro un mese dalla segnalazione del COR/N° casi segnalati dal COR X 100	/	50%	70%	80%	90%
				5.2.1/2	Intervista per RENATUNS entro un mese	Reportistica alla Regione	N° interviste concluse SPSAL entro un mese dalla segnalazione del COR/N° casi segnalati dal COR X 100	/	/	/	50%	80%

Progetto		Obiettivo specifico		Indicatori		Fonte verifica	Formula calcolo	Valore di partenza	Valori attesi			
									2015	2016	2017	2018
5.2	Le malattie muscoloscheletriche e i tumori di professionali: un progetto di prevenzione e sorveglianza	5.2.1	Incrementare la segnalazione di patologia neoplastica e delle malattie muscoloscheletriche di sospetta origine professionale	5.2.1/3	Report su esposizione ad asbesto e comparsa di patologia asbesto correlata	/	/	/	/	/	/	Report prodotto
				5.2.1/4	**Incremento relativo delle segnalazioni di malattie professionali**	**Banca dati Flussi informativi INAIL Regioni**	**N° denunce 2013 + percentuale del N° denunce 2013**	**1440 (Baseline – denunce MP 2013)**	**1483 Incremento del 3% rispetto alla baseline**	**1512 Incremento del 5% rispetto alla baseline**	**1555 Incremento del 8% rispetto alla baseline**	**1584 Incremento del 10% rispetto alla baseline**
		5.2.2	Ridurre il rischio da sovraccarico biomeccanico per l'apparato muscoloscheletrico nel comparto della Grande Distribuzione Organizzata (GDO)	5.2.2/1	% di aziende sottoposte a intervento	Sistema informativo SPSAL	N° aziende oggetto di intervento/ N° aziende programmate X100	/	/	/	25%	65%
		5.2.3	Ridurre il rischio da esposizione ad agenti cancerogeni nelle aziende sottoposte a monitoraggio	5.2.3/1	% di aziende sottoposte a monitoraggio	Sistema informativo SPSAL	N° aziende oggetto di intervento/ N° aziende programmate X100	/	/	/	25%	65%
		5.2.3	Ridurre il rischio da esposizione ad agenti cancerogeni nelle aziende sottoposte a monitoraggio	5.2.3/1	% di aziende sottoposte a monitoraggio	Sistema informativo SPSAL	N° aziende oggetto di intervento/ N° aziende programmate X100	/	/	/	25%	65%

Progetto		Obiettivo specifico		Indicatori		Fonte verifica	Formula calcolo	Valore di partenza	Valori attesi			
									2015	2016	2017	2018
5.3	I Rappresentanti dei Lavoratori per la Sicurezza: da anello debole del sistema aziendale della prevenzione a interlocutore competente del management e del sistema di controllo	5.3.1	Migliorare appropriatezza, qualità e efficacia della formazione rivolta agli RLS attraverso la costruzione di un percorso formativo innovativo	5.3.1/1	Partecipazione al corso di formazione per i formatori	Registro presenze del corso	N° di Formatori formati/N° di formatori da formare X100	/	90%	/	/	/
				5.3.1/2	Partecipazione al corso per RLS	Registro presenze del corso	N° di RLS formati/N° di RLS da formare X100	/	/	90%	/	/
				5.3.3/3	Modello di corso formativo approvato	BUR	/	/	/	/	DGR di approvazione del modello formativo	/
5.4	Un “cantiere complesso” come modello di sicurezza, prevenzione e promozione della salute	5.4.1	Migliorare la gestione della sicurezza nel cantiere favorendo l’adozione di comportamenti sicuri da parte dei lavoratori e del datore di lavoro	5.4.1/1	APP per la segnalazione realizzata	/	/	/	APP per la segnalazione attiva	/	/	/
				5.4.1/2	**Differenza % fra valore osservato e atteso di infortuni**	**INFORTUNI: Registro infortuni delle imprese ADDETTI: Operai iscritti cassa edile**	**% di diminuzione del valore osservato rispetto al valore atteso = (valore osservato-valore atteso)/valore attesoX100** ***(vedi testo del progetto)***	**Cantiere Marsciano: 0,17** **Cantiere Terni: da calcolare**	**Invariato**	**-5% (0,15)**	**-10% (0,16)**	**-10% (0,16)-**
				5.4.1/3	Report di elaborazione dei risultati	/	/	/	/	/	/	Report finale prodotto

Progetto		Obiettivo specifico		Indicatori		Fonte verifica	Formula calcolo	Valore di partenza	Valori attesi			
									2015	2016	2017	2018
5.4	Un “cantiere complesso” come modello di sicurezza, prevenzione e promozione della salute	5.4.2	Promuovere la disassuefazione dal fumo	5.4.2/1	% dei medici competenti delle aziende edili invitati che hanno partecipato al corso	Registro presenze del corso	Medici competenti che hanno partecipato al corso/Medici competenti totaliX100	/	90%	/	/	/
				5.4.2/2	% di schede di counselling compilate	Acquisizione delle cartelle sanitarie	N° schede di counselling compilate/N° di cartelle sanitarie dei lavoratori sottoposti a sorveglianza sanitaria nell’annoX100	/	/	50%	70%	/
		5.4.3	Migliorare l’efficacia e il coordinamento delle attività di vigilanza	5.4.3/1	Procedura definita	/	/	/	Procedura prodotta	/	/	/
5.5	Dagli interventi di vigilanza alle buone prassi consolidate per favorire il benessere organizzativo	5.5.1	Migliorare la qualità degli interventi degli operatori dei Servizi PSAL rispetto al rischio stress lavoro-correlato attraverso l’implementazione del progetto CCM “Piano di monitoraggio e di intervento per l’ottimizzazione della valutazione e gestione dello stress lavoro correlato”	5.5.1/1	% di aziende ispezionate secondo la procedura CCM	Piattaforma per il caricamento dati INAIL	N° aziende ispezionate/ N° aziende programmate X100	/	/	90%	/	/

Progetto		Obiettivo specifico		Indicatori		Fonte verifica	Formula calcolo	Valore di partenza	Valori attesi			
									2015	2016	2017	2018
5.5	Dagli interventi di vigilanza alle buone prassi consolidate per favorire il benessere organizzativo	5.5.2	Promuovere l'adozione di almeno una buona prassi da parte di ciascuna azienda sanitaria coinvolta	5.5.2/1	Procedura di accesso e strumenti di valutazione della documentazione definiti	/	/	/	Procedura di accesso e strumenti di valutazione prodotti	/	/	/
				5.5.2/2	Una buona prassi adottata dalle aziende sanitarie	/	N° aziende sanitarie che adottano prassi/N° aziende coinvolte	/	/	/	/	90%
		5.5.3	Valutare il rischio stress lavoro correlato nelle cooperative sociali	5.5.3/1	% di aziende che aderiscono al progetto	Sistema informativo Servizi PSAL	N° aziende coinvolte/N° aziende selezionate X 100	/	/	30%	60%	/
				5.5.3/2	Report finale prodotto	/	/	/	/	/	/	Report prodotto
5.6	Riorientare la vigilanza: dai piani di intervento nazionali alla efficacia degli interventi locali	5.6.1	Costruire un nuovo modello di vigilanza sulle imprese basato sulla metodologia dell'audit	5.6.1/1	N° Aziende sottoposte ad audit		N° aziende sottoposte ad audit	/	/		4	8
				5.6.1/2	Procedura di AUDIT con le aziende approvata	/	/	/	/	/	/	Procedura di AUDIT con le aziende approvata con DGR
		5.6.2	Definire e mettere in atto le procedure per i principali processi svolti all'interno dei Servizi PSAL	5.6.2/1	Procedure sottoposte ad AUDIT	BUR	N° procedure sottoposte ad AUDIT			Almeno 2	Almeno 2	Almeno 2
				5.6.2/2	Procedure per l'attività SPSAL approvate	/	/	/	/	/	/	Procedure per l'attività SPSAL approvate con DGR

Progetto		Obiettivo specifico		Indicatori		Fonte verifica	Formula calcolo	Valore di partenza	Valori attesi			
									2015	2016	2017	2018
5.6	Riorientare la vigilanza: dai piani di intervento nazionali alla efficacia degli interventi locali	5.6.3	Rendere più efficace ed omogenea l'attività di vigilanza rispetto alle verifiche periodiche effettuate dai soggetti privati abilitati (DM 11 aprile) e autorizzati (DPR 462/01);	5.6.3/1	N° aziende ispezionate secondo la procedura	Sistema informativo SPSAL	N° aziende ispezionate secondo la procedura	/	/	25	30	30
		5.6.4	Mantenere adeguati livelli di vigilanza, in particolare in edilizia e agricoltura	5.6.4/1	LEA 6,5%	Sistema informativo Servizi PSAL /Banca dati Flussi INAIL Regioni	N° aziende ispezionate/N° di aziende con dipendenti X 100	7,5%	6,5%	6,5%	6,5%	6,5%
				5.6.4/2	% di cantieri ispezionati	Sistema informativo Servizi PSAL/SINPOL	N° cantieri ispezionati/N° notifiche preliminari X 100	25%	25%	25%	25%	25%
				5.6.4/3	N° aziende agricole ispezionate	Sistema informativo Servizi PSAL	N° aziende agricole ispezionate	300	200	100	100	100
				5.6.4/4	**Indice di frequenza infortuni gravi totali**	**Flussi Informativi INAIL Regioni**	**N° infortuni gravi industria servizi/addetti INAIL industria e servizi X 1000**	**6,67 (anno 2012)**	**Invariato**	**6,40 (-4%)**	**6,33 (-5%)**	**6,00 (-10%)**
				5.6.4/5	**Indice di frequenza infortuni gravi edilizia**	**Flussi Informativi INAIL Regioni**	**N° infortuni gravi settore F ATECO/addetti INAIL industria e servizi settore F ATECOX 1000**	**10,27 (anno 2012)**	**Invariato**	**9,86 (-4%)**	**9,75 (-5%)**	**9,24 (-10%)**
				5.6.4/6	**N° infortuni gravi in agricoltura**	**Flussi Informativi INAIL Regioni**	**N° infortuni gravi agricoltura**	**364 (anno 2012)**	**Invariato**	**349 (-4%)**	**346 (-5%)**	**327 (-10%)**

Progetto		Obiettivo specifico		Indicatori		Fonte verifica	Formula calcolo	Valore di partenza	Valori attesi			
									2015	2016	2017	2018
5.6	Riorientare la vigilanza: dai piani di intervento nazionali alla efficacia degli interventi locali	5.6.5	Realizzare un intervento di formazione e controllo in materia di REACH e CLP	5.6.5/1	N° aziende ispezionate	Sistema informativo Servizi PSAL	(N° aziende ispezionate per Piano Regionale di Controllo annuale + N° aziende ispezionate per valutazione del rischio chimico) /aziende programmate X 100	100%	90%	90%	90%	90%
5.7	Una APP per "amica"	5.7.1	Implementare la piattaforma HFM e la APP per smartphone per supportare i lavoratori stranieri nella comprensione e nella conoscenza dei propri diritti e doveri, e delle modalità corrette di agire rispetto alla prevenzione e alla salute nei luoghi di lavoro nei settori edilizia, agricoltura e servizi alla persona	5.7.1/1	APP per smartphone realizzata	/	/	/	/	APP realizzata	/	/

Programma 6. Conoscere per decidere

Progetti		Obiettivi specifici		Indicatori		Fonte verifica	Formula calcolo	Valore di partenza	Valori attesi			
									2015	2016	2017	2018
6.1	Migliorare la sorveglianza delle malattie infettive per azioni di prevenzione e controllo più efficaci	6.1.1	Implementare ed integrare i sistemi di sorveglianza attualmente in uso e rendere più funzionale il sistema informativo, attraverso l'unificazione del sistema di sorveglianza obbligatorio con quelli speciali	6.1.1/1	Nuovo sistema di sorveglianza informatizzato a regime nelle due Az.USL	Accesso al Sistema da parte della Regione	/	/	/	/	/	Nuovo sistema di Sorveglianza attivo nelle 2 Az. USL
		6.1.2	Migliorare la qualità (completezza dei dati raccolti) delle notifiche attraverso la sensibilizzazione e il coinvolgimento dei medici che fanno diagnosi	6.1.2/1	Partecipazione al Corso di formazione per i "referenti" delle diverse U.O. ospedaliere	Registro presenze del corso	N. referenti partecipanti /N. referenti da formare	/	/	75%	/	/
				6.1.2/2	Notifiche inviate dalle Az. USL al servizio prevenzione, sanità veterinarie, sicurezza alimentare tramite sistema informativo dedicato	/	100%	/	/	/	/	100%

Progetti		Obiettivi specifici		Indicatori		Fonte verifica	Formula calcolo	Valore di partenza	Valori attesi			
									2015	2016	2017	2018
6.1	Migliorare la sorveglianza delle malattie infettive per azioni di prevenzione e controllo più efficaci	6.1.2	Migliorare la qualità (completezza dei dati raccolti) delle notifiche attraverso la sensibilizzazione e il coinvolgimento dei medici che fanno diagnosi	6.1.2/3	Partecipazione Corso di formazione obbligatoria per MMG e medici della continuità assistenziale sulla sorveglianza di alcune malattie prioritarie	Registro presenze del corso	N. medici partecipanti/N. medici da formare	/	/	/	50%	/
				6.1.2/4	Istruzioni minime e riferimenti ISP per chiarimenti sul sistema di notifica e sulle modalità di utilizzo disponibili per i medici notificatori	Sito di accesso al sistema di notifica per MMG, PLS e Ospedali	/	/	/	/	/	Istruzioni e riferimenti presenti sul sito
				6.1.2/5	Proporzione casi di MIB notificati per i quali è stato svolto l'accertamento di laboratorio e per i quali esiste una diagnosi etiologica	Schede SIMI Schede SIMI SDO	N. casi con accertamento di laboratorio /Totale casi N. casi da SIMI/N. casi da SDO	91.6% (2013) //	/	/	Dati da linkage	+50%
				6.1.2/6	Proporzione casi TBC polmonare e ITL persi al follw-up	Schede SIMI Schede esiti trattamento	Casi TBC polmonare persi al follw-up/Tot. casi TBC polmonare	10,7% dei casi persi al follow-up (2013)				5,35%
				6.1.2/7	Proporzione nuove diagnosi con CD4< 350 cell/µl patologie già indicative di AIDS alla prima diagnosi positiva per HIV	Schede sorveglianza HIV	Nuove diagnosi di HIV late-presenter o casi con CDA<350i di HIV cell/µl / soggetti con nuove diagnosi di HIV	59% (2014)	/	/	/	44%

Progetti		Obiettivi specifici		Indicatori		Fonte verifica	Formula calcolo	Valore di partenza	Valori attesi			
									2015	2016	2017	2018
6.1	Migliorare la sorveglianza delle malattie infettive per azioni di prevenzione e controllo più efficaci	6.1.2	Migliorare la qualità (completezza dei dati raccolti) delle notifiche attraverso la sensibilizzazione e il coinvolgimento dei medici che fanno diagnosi	6.1.2/8	Proporzione di casi notificati di morbillo e rosolia accertati in laboratorio	/	N. casi di morbillo o rosolia notificati con accertamento di laboratorio/ Totale casi di morbillo o rosolia notificati	0/0 (un caso di morbillo non testato in bambino di età >ai 15 mesi , non vaccinato, con diagnosi clinica e collegato epidemiologicamente ai casi verificatisi in una nave da crociera)	/	/	/	100%
6.2	Salute per tutti: dalla *one health* alla *global health*	6.2.1.	Favorire, attraverso progetti di ricerca ed eventi formativi, la diffusione della conoscenza dei determinanti sociali, culturali ed ambientali che condizionano la salute e la malattia, a livello nazionale e internazionale e le azioni volte ad intervenire su di essi nella logica della Salute Unica e della Salute Globale	6.2.1/1	Programma formativo redatto	/	/	/	/	Programma formativo redatto	/	/

Progetti		Obiettivi specifici		Indicatori		Fonte verifica	Formula calcolo	Valore di partenza	Valori attesi			
									2015	2016	2017	2018
6.3	Progetto “pilota” per la valutazione dell’appropriatezza prescrittiva degli antibiotici in chirurgia	6.3.1	Conoscere gli andamenti prescrittivi in ambito di antibioticoterapia ospedaliera in chirurgia e valutare criticamente le prescrizioni al fine di individuazione, per i diversi Ospedali ed aree di utilizzo, eventuali aree di inappropriatezza prescrittiva.	6.3.1/1	Dati trimestrali di consumo degli antibiotici per singolo reparto inviati ai reparti coinvolti delle A.O.	/	4 report /anno	/	/	4 report	4 report	4 report
		6.3.2	Migliorare la conoscenza degli andamenti prescrittivi in ambito di antibioticoterapia ospedaliera in chirurgia e considerare le prescrizioni al fine di individuazione eventuali aree di inappropriatezza prescrittiva	6.3.2/1	Risultati della valutazione critica delle prescrizioni presentati ai clinici dei reparti coinvolti nei tempi stabiliti (almeno 2/anno in ogni A.O)	/	N. incontri organizzati/N. incontri programmati	/	/	100%	100%	100%
				6.3.2/2	Applicazione delle linee guida verificata in ogni Reparto coinvolto, secondo modalità individuate dal gruppo di lavoro.	/	N. interventi con terapia perioperatoria adeguata / N. interventi monitorati	/	/	/	/	80%
		6.3.3	Proporre linee guida regionali concordate per la profilassi antibiotica in chirurgia, la standardizzazione dell’approccio peri-operatorio alle infezioni e la scelta di schemi di terapia antibiotica mirati	**6.3.3/1**	**Linee guida per la profilassi peri-operatoria redatte**	**BUR**	**/**	**/**	**/**	**/**	**DGR approvata**	**/**

Progetti		Obiettivi specifici		Indicatori		Fonte verifica	Formula calcolo	Valore di partenza	Valori attesi			
									2015	2016	2017	2018
6.4	Dal monitoraggio dei consumi all'appropriatezza prescrittiva degli antibiotici nei bambini e negli anziani	6.4.1	Produrre una reportistica ad hoc per descrivere, in termini quantitativi e qualitativi le prescrizioni di antibiotici sistemici nella popolazione pediatrica e nelle fasce di età superiori ai 65 anni	6.4.1/1	Report periodici, declinati per Distretto, sul consumo di antibiotici nei bambini e negli anziani prodotti	report	N. report prodotti e trasmessi ai Distretti/n. report programmati (2/anno)	/	/	2 report /anno	2 report /anno	2 report /anno
		6.4.2	Promuovere l'appropriatezza prescrittiva attraverso l'informazione/formazione di PLS e MMG.	6.4.2/1	Proporzione corsi per PLS e MMG attivati/ corsi programmati	Piano formativo regionale approvato	Corsi attivati/corsi inseriti nel Piano Formativo adottato	/	/	/	100%	
6.5	Antibiotico-resistenze: un'emergenza da monitorare	6.5.1	Costruire un flusso informativo regionale finalizzato al monitoraggio delle antibiotico resistenze, a partire dai dati che già sono in possesso dei Laboratori di Microbiologia, allo scopo di ricostruire l'andamento epidemiologico delle infezioni causate da microrganismi resistenti.	6.5.1/1	Flusso informativo definito e attivato nei laboratori	Dati inviati al servizio regionale	N. laboratori partecipanti/ Numero laboratori coinvolti	/	/	/	75%	100%
				6.5.1/2	Report annuali sulla distribuzione epidemiologica territoriale e regionale dei patogeni responsabili di infezione e dei rispettivi profili di suscettibilità agli antibiotici prodotti	/	1 report /anno	/	/	/	1 report	1 report

Progetti		Obiettivi specifici		Indicatori		Fonte verifica	Formula calcolo	Valore di partenza	Valori attesi			
									2015	2016	2017	2018
6.6	Un modello regionale per la sorveglianza delle infezioni correlate all'assistenza	6.6.1	Sviluppare strumenti e flussi per migliorare la conoscenza dell'andamento epidemiologico delle I.C.A. in Umbria	6.6.1/1	Sistema di rilevazione efficace e flussi per la raccolta delle informazioni sulle I.C.A. definiti e approvati	BUR	/	/	/	/	DGR adottata	/
				6.6.1/2	Report regionale annuale prodotto	/	1 report/anno	/	/	/	1 report /anno	1 report /anno
		6.6.2.	Consolidare e assicurare, la sorveglianza "a regime" dei batteri produttori di carbapenemasi (CPE) in tutte le strutture sanitarie assistenziali della Regione.	6.6.2/1	Sorveglianza dei CPE estesa a tutte le strutture ospedaliere (Presidi Osp. delle Az. USL e Aziende Ospedaliere)dell' Umbria	Schede segnalazione infezioni da CPE	N. Ospedali partecipanti/N. Ospedali della regione	(2014) 33,3% 4/12	/	/	80%	100%
6.7	Screening pediatrici un'attività da monitorare	6.7.1	Attivare i flussi necessari a valutare l'incidenza dell'ipovisione nei bambini umbri a tre anni di età	6.7.1/1	Rilevazione dell'ipovisione a tre anni attivata	Bilanci di salute	Report annuale presentato ai PLS /	/	/	/	report	report
		6.7.2	Implementare il monitoraggio dell'andamento del TSH neonatale per la valutazione dell'IC.	6.7.2/1	Proporzione di punti nascita partecipanti al monitoraggio/ totale punti nascita	/	/	/	/	/	/	40%

Progetti		Obiettivi specifici		Indicatori		Fonte verifica	Formula calcolo	Valore di partenza	Valori attesi			
									2015	2016	2017	2018
6.8	Monitoraggio dell'apporto di iodio con la dieta per prevenire i disordini da carenza	6.8.1	Realizzare una campagna di comunicazione attraverso il coinvolgimento e la collaborazione attiva con il settore della Grande Distribuzione Organizzata affinché, all'interno dei punti vendita venga promosso l'acquisto consapevole del sale iodato;	6.8.1/1	Realizzazione della campagna informativa nei punti vendita della GDO	/	/	/	/	Campagna informativa avviata (secondo semestre 2016)	Campagna informativa avviata	/
		6.8.2	Attivare la misurazione, in un campione della popolazione (ragazzi di età fra 11 e 14 anni) del volume tiroideo e della ioduria come previsto dall'Intesa stato/Regioni del 26 febbraio 2009, da realizzare prima dell'avvio e al termine della campagna di comunicazione	6.8.2/1	Produzione un rapporto sui risultati della prima fase di rilevazione	/	/	/	/	Report prodotto	/	/
				6.8.2/2	Produzione report finale	/	/	/	/	/	/	Report prodotto
		6.8.3	Attivare la vigilanza e il controllo sulla disponibilità di sale iodato nella GDO	6.8.3/1	Attività di controllo specifica registrata su SIVA	/	/	/	/	/	Registrazione effettuata	Registrazione effettuata

Progetti		Obiettivi specifici		Indicatori		Fonte verifica	Formula calcolo	Valore di partenza	Valori attesi			
									2015	2016	2017	2018
6.9	La prevenzione degli incidenti domestici: sorveglianza e informazione	6.9.1	Migliorare la qualità dei dati del sistema di sorveglianza degli incidenti domestici	6.9.1/1	Utilizzo modulo PASSI sulla sicurezza domestica	/	/	/	/	Modulo utilizzato	Modulo utilizzato	Modulo utilizzato
		6.9.2	Identificare la popolazione a maggior rischio e i principali fattori di rischio attraverso l'analisi dei dati di sorveglianza	6.9.2/1	Report su incidenti domestici negli ultimi 5 anni	/	/	/	/	Report elaborato	Report aggiornato	Report aggiornato
				6.9.2/2	Report su fenomeno degli avvelenamenti	/	/	/	/	Report elaborato	/	/
		6.9.3	Migliorare l'informazione sugli incidenti domestici e sulle modalità di prevenzione	6.9.3/1	Realizzazione campagna informativa	/	/	/	/	/	Campagna informativa realizzata	/
		6.9.4	Migliorare la sicurezza domestica attraverso interventi di valutazione e modifica dei rischi domestici	6.9.4/1	Elaborazione schede per valutazione rischi nelle abitazioni	/	/	/	/	Schede elaborate	/	/
				6.9.4/2	% MMG formati	/	/	/	/	/	Almeno 50%	Almeno 70%
6.10	Osservatorio epidemiologico regionale sulle dipendenze	6.10.3	Mettere a disposizione i dati attraverso una piattaforma di consultazione informatizzata presso la sezione Open Data del portale della Regione Umbria.	6.10.3/1	Avvio area specifica presso la sezione Open data del sito della Regione Umbria	Sito Regione	/	/	Area attivata e dati 2014 inseriti	Dati aggiornati	Dati aggiornati	Dati aggiornati
		6.10.5	Realizzare report annuali inerenti il quadro epidemiologico regionale complessivo.	6.10.5/1	Pubblicazione Report annuale	/	/	/	Report pubblicato	Report pubblicato	report pubblicato	Report pubblicato

Progetti		Obiettivi specifici		Indicatori		Fonte verifica	Formula calcolo	Valore di partenza	Valori attesi			
									2015	2016	2017	2018
6.11	Osservatorio Ambiente e Salute per la valutazione di qualità	6.11.1	Costituire un vero e proprio Osservatorio Ambiente e Salute, alla quale concorreranno accanto ad ARPA, i servizi di Sanità Pubblica dei due Dipartimenti di Prevenzione delle Aziende USL, il Registro Tumori Umbro di Popolazione, il Registro Tumori Animali esistente in Umbria su scala regionale come luogo nel quale trasformare i dati complessi prodotti dalle singole istituzioni in informazioni sintetiche disponibili per professionisti e popolazione.	**6.11.1/1**	**Protocollo di intesa siglato**	**/**	**/**	**/**	**Protocollo di intesa siglato**	**/**	**/**	**/**
6.12	Sistema informativo degli screening per la valutazione di qualità	6.12.1	Migliorare la pianificazione e la gestione operativa del primo livello	6.12.1/1	Flussi della specialistica ambulatoriale relativi alle colonscopie e mammografie non di screening importate in Demetra	/	/	/	/	Flussi importati in Demetra	/	/
		6.12.2	Adeguare il software Demetra rispetto ai nuovi protocolli e ai percorsi	6.12.2/1	Procedura automatizzata per prenotazione colonscopie	/	/	/	/	Procedura attivata	/	/

Progetti		Obiettivi specifici		Indicatori		Fonte verifica	Formula calcolo	Valore di partenza	Valori attesi			
									2015	2016	2017	2018
6.12	Sistema informativo degli screening per la valutazione di qualità	6.12.2	Adeguare il software Demetra rispetto ai nuovi protocolli e ai percorsi	6.12.2/2	Scheda per prima valutazione del rischio	/	/	/	/	Scheda attiva	/	/
		6.12.4	Implementare la valutazione di esito (RTUP)	**6.12.4/1**	**Definizione del documento su valutazione di esito**	/	/	/	/	/	/	**Documento definito**
6.13	SIVA: da strumento di gestione per i Servizi che si occupano di sicurezza alimentare e sanità animale ad interfaccia per il cittadino	6.13.1	Informatizzazione dei processi decisionali e autorizzativi con particolare attenzione alla dematerializzazione	6.13.1/1	Test e rilascio in esercizio	/	/	/	/	/	Prova di funzionalità	/
		6.13.2	Ulteriore sviluppo della cooperazione applicativa tra SIVA e sistemi esterni	6.13.2/1	Test e rilascio in esercizio	/	/	/	/	/	/	Prova di funzionalità
		6.13.3	Reingegnerizzazione del datawarehouse, 'Cruscotto' decisionale di SIVA, per la realizzazione dei report di verifica, controllo e programmazione	6.13.3/1	Test e rilascio in esercizio	/	/	/	/	/	Prova di funzionalità	/
		6.13.4	Acquisizione di nuove fonti anagrafiche e miglioramento della qualità del dato per le fonti anagrafiche già disponibili	6.13.4/1	Realizzazione delle procedure di interfaccia per l'aggiornamento delle banche dati	/	/	/	/	/	Prova di funzionalità	/

Progetti		Obiettivi specifici		Indicatori		Fonte verifica	Formula calcolo	Valore di partenza	Valori attesi			
									2015	2016	2017	2018
6.13	SIVA: da strumento di gestione per i Servizi che si occupano di sicurezza alimentare e sanità animale ad interfaccia per il cittadino	6.13.5	Monitoraggio del consumo dei farmaci veterinari	6.13.5/1	Evento formativo di sensibilizzazione	/	/	/	/	Realizzazione evento formativo	Realizzazione evento formativo	Realizzazione evento formativo
		6.13.6	Procedura di gestione dei sospetti casi di avvelenamento animale	6.13.6/1	Test, collaudo e avviamento	/	/	/	/	/	Prova di funzionalità	/
		6.13.7	Implementazione di un sistema Gis per l'analisi geografica dei dati	6.13.7/1	Realizzazione delle interfacce di interrogazione per le differenti aree di interesse	/	/	/	/	Prova di funzionalità	/	/
6.14	Il Piano di monitoraggio integrato per la ricerca dei contaminanti ambientali in alimenti di origine animale e vegetale prodotti nell'area della Conca Ternana	6.14.1	Valutare il livello di contaminazione da microinquinanti organici (diossine, furani, PCBs, IPA) ed inorganici (metalli pesanti) di alcune matrici attraverso un monitoraggio pluriennale.	6.14.1/1	Report periodico sull'attività di campionamento dell'anno precedente elaborato	/	/	/	/	1 report entro il 1° semestre	1 report entro il 1° semestre	1 report entro il 1° semestre

Progetti		Obiettivi specifici		Indicatori		Fonte verifica	Formula calcolo	Valore di partenza	Valori attesi			
									2015	2016	2017	2018
6.15	Sulle tracce della prevenzione: la salute animale e dell'uomo a partire dagli animali selvatici	6.15.1	valutazione del rischio circa la trasmissione di agenti eziologici trasmissibili dagli animali selvatici agli animali domestici e all'uomo	6.15.1/1	Numero di campioni conferiti		Campionamento utile ad escludere la presenza di malattia in una popolazione assunta come infinita (prevalenza attesa 1% L.C. 95 %) $n = \frac{\ln(1-\alpha)}{\ln(1-p)}$	n.a.	/	**/**	300	300
				6.15.1/2	Numero di test eseguiti		Almeno 4 test per conferimento	/	**/**	/	1200	1200
6.16	Controllare meno controllare meglio	6.16.1	Migliorare la sorveglianza rispetto alla contaminazione dei prodotti di origine animale da residui di molecole antimicrobiche anche al fine di rimodulare i piani di campionamento	6.16.1/1	Numero di campioni analizzati rispetto a quelli campionati (%)	/	/	/	/	80%	80%	/
				6.16.1/2	Numero di report redatti rispetto a quelli previsti	/	/	/	/	/	Report prodotto	Report prodotto
6.17	Assicurare un'appropriata capacità di laboratorio della rete dei laboratori pubblici per garantire efficacia all'attività di controllo ufficiale	6.17.1	Pianificare l'attività di controllo ufficiale nell'ambito del P.R.I. in linea con quanto previsto dal P.N.I. 2015– 2018	6.17.1/1	Controlli effettuati / programmati	/	/	/	/	90%	90%	90%

Programma 7. Comuni*Care*

Progetto		Obiettivo specifico		Indicatori		Fonte verifica	Formula calcolo	Valore di partenza	Valori attesi			
									2015	2016	2017	2018
7.1	Le farmacie come vetrina della prevenzione	7.1.1	Favorire la diffusione di contenuti scientificamente corretti rispetto a temi strategici per la prevenzione quali le vaccinazioni, gli screening, gli stili di vita etc grazie all'attività di informazione svolta dai farmacisti aderenti all'iniziativa e la messa a disposizione di alcuni supporti tecnologici in possesso delle farmacie aderenti	**7.1.1/1**	**Flusso comunicativo tra distretto/Dip> il Servizio di comunicazione della USL >Farmacie**	/	/	/	**/**	**Flusso attivato in via sperimentale in 4 distretti (33%)**	**Flusso attivato in altri 4 (+ 33%)**	**Flusso attivato negli ultimi 4**
7.2	Lo sportello a 4 zampe: strumento unico di comunicazione per i diritti degli animali	7.2.1	Trasformare lo Sportello a 4 zampe in uno strumento unico di comunicazione rispetto ai diritti degli animali, attraverso la informazione e la divulgazione dei diritti e dei doveri dei proprietari, la pubblicizzazione degli interventi istituzionali di sensibilizzazione, la diffusione di immagini digitali dei cani di canile, al fine di renderli più facilmente adottabili	7.2.1/1	cani restituiti/n. cani accalappiati	/	/	/	/	+10%	+10%	+10%
				7.2.1/2	n. cani adottati/n. cani entrati in canile nell'anno	/	/	/	+ 10 %	+ 10 %	+ 10 %	+ 10 %
				7.2.1/3	n. followers	/	/	/		+ 10% rispetto baseline 2015	+ 10%	+ 10%
				7.2.1/4	n.segnalazioni	/	/	/	/	+ 10% rispetto baseline 2015	+ 10%	+ 10%
				7.2.1/5	n.di eventi comunicati	/	/	/	/	+ 10% rispetto baseline 2015	+ 10%	+ 10%

Progetto		Obiettivo specifico		Indicatori		Fonte verifica	Formula calcolo	Valore di partenza	Valori attesi			
									2015	2016	2017	2018
7.3	Sviluppo piattaforma Ambiente e Salute	7.3.1	Creare un portale web per la diffusione e l'approfondimento del lavoro svolto dall'Osservatorio Ambiente e Salute	**7.3.1/1**	**Portale**	/	/	/	/	**Portale attivo**	/	/
				7.3.1/2	News e rapporti	/	/	/	/		Almeno 4	Almeno 4
7.4	Comunicare le cose che conosciamo: dai rapporti alle azioni	7.4.1	Utilizzare le sorveglianze e le altre fonti informative per produrre rapporti specifici sulla base delle esigenze regionali	**7.4.1/1**	**Proporzione di rapporti prodotti su quelli programmati**	/	**n. rapporti prodotti/n. rapporti programmati**	/	/	**90%**	**90%**	**90%**
		7.4.2	Impiegare i rapporti "tradizionali" e quelli specifici per informare gli operatori sanitari, la collettività come previsto nei progetti del programma "Comunicare	7.4.1/2	Incontri periodici sui temi previsti dalle sorveglianze	/	N° incontri	/	/	/	Almeno 4	Almeno 4
7.5	TBC: come affrontare un problema ancora diffuso	7.5.1	Migliorare le conoscenze delle persone immigrate, sia rispetto alle modalità di accesso ai servizi sanitari, sia rispetto alla prevenzione e alla cura della infezione tubercolare latente e /o della malattia tubercolare	7.5.1/1	Informazioni sull'accesso ai servizi inserite nella APP per dispositivi mobili destinata agli immigrati	/	/	/	/	APP realizzata	/	/
				7.5.1/2	Materiali informativi cartacei, da inserire nei siti istituzionali, ecc.. sulla prevenzione della malattia tubercolare prodotti	/	/	/	/	/	Materiali informativi prodotti	

Progetto		Obiettivo specifico		Indicatori		Fonte verifica	Formula calcolo	Valore di partenza	Valori attesi			
									2015	2016	2017	2018
7.5	TBC: come affrontare un problema ancora diffuso	7.5.1	Migliorare le conoscenze delle persone immigrate, sia rispetto alle modalità di accesso ai servizi sanitari, sia rispetto alla prevenzione e alla cura della infezione tubercolare latente e /o della malattia tubercolare	7.5.1/3	Proporzione dei casi di TBC polmonare e ITL persi al follow up ** progetto 6.1*	/	Casi di TBC polmonare persi al follow up/n. totale casi TBC polmonare notificati nell'anno	10,7% (2013)	/	/	/	5,35%
7.6	Spazio ai giovani: tra reale e virtuale	7.6.3	Attivare in ciascuna località individuata sedi operative idonee allo svolgimento delle attività progettuali.	7.6.3/1	Avvio sedi operative	/	/	/	/	5	/	/
		7.6.6	Formare i peer	7.6.6/1	Corso formativo	Registro presenze	/	/	/	Corso di formazione	/	/
		7.6.8	Avviare un'attività continuativa di informazione e comunicazione sui temi della salute e del benessere attraverso il web (sito, pagina facebook, ecc.)	7.6.8/1	Attivazione sito e pagina FB		/	/	/	Sito web e pagina FB	/	/

Programma 8. Cibo: cultura e salute

Progetti		Obiettivi specifici		Indicatori		Fonte verifica	Formula calcolo	Valore di partenza	Valori attesi			
									2015	2016	2017	2018
8.1	Migliorare l'efficacia dei controlli ufficiali eseguiti dalle Autorità competenti nell'ambito del Piano Regionale Integrato	8.1.3	Realizzazione da parte delle Autorità Competenti Regionale e Locale, dell'attività di verifica dell'efficacia, sia mediante Audit ai sensi dell'art. 4.6 del Reg. CE n. 882/2004, che mediante la cosiddetta "Supervisione" ai sensi dell'art. art. 8.3 del Regolamento	**8.1.3/1**	**Audit effettuati / audit programmati**	**/**	**Audit effettuati / audit programmati x 100**			**100%**	**100%**	**100%**
8.2	Il mercato dell'ultimo minuto	8.2.1	Migliorare la consapevolezza del consumatore rispetto alla importanza e opportunità di acquistare cibi ad alto valore nutrizionale	**8.2.1/1**	**Protocollo d'intesa approvato**	**/**	**/**	**/**	**/**	**/**	**Protocollo d'intesa approvato**	**/**
		8.2.2	Favorire la redistribuzione degli eccessi alimentari, degli alimenti in scadenza o con TMC scaduto, alle fasce di popolazione in difficoltà	8.2.1/2	Campagna informativa	/	/	/	/	/	Campagna informativa avviata	/
				8.2.2/1	Mercato dell'ultimo minuto creato con almeno una Grande Distribuzione Organizzata	/	/	/	/	/	Mercato dell'ultimo minuto creato con almeno una Grande Distribuzione Organizzata	/

Progetti		Obiettivi specifici		Indicatori		Fonte verifica	Formula calcolo	Valore di partenza	Valori attesi			
									2015	2016	2017	2018
8.3	La formazione come strumento di miglioramento del controllo ufficiale	8.3.1	Formare tutti gli operatori dei Dipartimenti di Prevenzione dedicati al controllo ufficiale nel campo della sicurezza alimentare sanità e benessere animale	8.3.1	% di operatori formati	Registro presenze	Operatori formati /operatori da formare X100	/	90%	90%	/	/
8.4	La mensa come strumento di educazione alimentare e contenimento degli sprechi	8.4.1	Valutare il grado di accettazione delle "Linee di indirizzo sulla ristorazione scolastica" rispetto alla qualità e alla preparazione dei cibi, nonché rispetto alle quantità e agli eventuali sprechi	**8.4.1/1**	**Proporzione di scuole che aderiscono alla valutazione dei menù**		**N. scuole aderenti/scuole individuate come campione**	**/**	**/**	**90%**	/	/
				8.4.1/2	Proporzioni di bambini e famiglie che complessivamente gradiscono i menù in uso nelle scuole che hanno aderito alla valutazione	Questionari	N. bambini e famiglie che complessivamente gradiscono i menù in uso/ totale bambini e famiglie che hanno risposto al questionario	/	/	/	70%	/
8.5	Miglioramento della qualità nutrizionale nelle residenze protette	8.5.1	Realizzare il miglioramento della qualità nutrizionale nelle R. P. per anziani attraverso la definizione di linee di indirizzo regionali.	**8.5.1/1**	**Linee di indirizzo validate e approvate dalla Giunta regionale**	**BUR**	**/**	**/**	**/**	**/**	**DGR di approvazione delle linee di indirizzo**	/
		8.5.2	Implementare le linee di indirizzo regionali attraverso il confronto con le direzioni sanitarie di alcune Residenze Protette della regione	8.5.2/1	Proporzione di residenze protette che hanno applicato le linee di indirizzo	/	Residenze protette nelle quali sono applicate le linee di indirizzo/ residenze protette presenti	/	/	/	40% delle RP	/

Programma 9. RandAgiamo

Progetti		Obiettivi specifici		Indicatori		Fonte verifica	Formula calcolo	Valore di partenza	Valori attesi			
									2015	2016	2017	2018
9.1	Con un amico si sta meglio: gli animali da compagnia nelle strutture sanitarie	9.1.1	Permettere la visita di animali d'affezione ai proprietari in degenza presso Hospice, Ospedali e Case di riposo	9.1.1/1	Protocollo d'intesa	/	/	/	/	/	Protocollo d'intesa stipulato	/
9.2	I canili aperti per promuovere salute	9.2.1	9.2.1 Garantire la formazione continua di cani ospitati nei canili mediante il protocollo RandAgiamo al fine di favorire al massimo la loro adottabilità e quindi il loro inserimento in contesti che ne garantiscano salute e benessere	**9.2.1/1**	**numero cani adottati /numero cani entrati e rimasti in canile**	/	**numero cani adottati /numero cani entrati e rimasti in canile**	/	**/**	**+ 10% rispetto baseline 2015**	**+ 10%**	**+ 10%**
				9.2.1/2	adozioni	/		/	/	+ 10% rispetto baseline 2015	+ 10%	+ 10%
				9.2.1/3	canili che aderiscono al modello RandAgiamo	/	numero di canili che aderiscono al modello RandAgiamo /su canili presenti sul territorio	/	/	+ 10% rispetto baseline 2015	+ 10%	+ 10%
		9.2.2	Promuovere l'attività fisica nelle persone over-65, in compagnia delle loro famiglie e dei bambini, attraverso l'organizzazione di passeggiate che vedano la presenza dei cani RandAgiamo, assieme ai volontari addestrati	9.2.3/1	n. passeggiate organizzate	/	/	/	/	+ 10% rispetto baseline 2015	+ 10%	+ 10%

Progetti		Obiettivi specifici		Indicatori		Fonte verifica	Formula calcolo	Valore di partenza	Valori attesi			
									2015	2016	2017	2018
9.3	Chi trova un amico trova un tesoro: il possesso consapevole di un animale da compagnia	9.3.1	Fornire ai cittadini, giovani e più adulti, le conoscenze e il supporto professionale per la scelta dell'animale da compagnia idoneo allo stile di vita condotto nonché agli obblighi di legge inerenti il possesso di un animale da compagnia con particolare riferimento alla identificazione e iscrizione all'Anagrafe Canina Regionale (ACR).	9.3.1/1	n. cani privi di microchip/n. cani oggetto di vigilanza	/	n. cani privi di microchip/n. cani oggetto di vigilanza	/	/	-10%	-10%	-10%

Programma 10. Gestire le emergenze

Progetti		Obiettivi specifici		Indicatori		Fonte verifica	Formula calcolo	Valore di partenza	Valori attesi			
									2015	2016	2017	2018
10.1	Progettare per le emergenze	10.1.1	Formare gli operatori di sanità pubblica (Dipartimenti di Prevenzione e Distretti) a svolgere attività che sono proprie di un contesto di emergenza collettiva e tra queste le attività di comunicazione con la popolazione, nonché rispetto alle modalità della gestione degli eventi calamitosi e catastrofici da parte della Protezione Civile.	**10.1.1/1**	**CESP attivato**	/	/	/	/	**CESP attivato in ciascuna azienda sanitaria**	/	/
		10.1.2	Costituire un modello strutturato di rete aziendale e regionale per la gestione delle emergenze di sanità pubblica, con particolare riferimento a quelle di natura infettiva, in grado di rappresentare concretamente il “punto di contatto” con la protezione civile.	10.1.2/1	Percorso formativo	/	/	/	/	Realizzazione del percorso formativo in collaborazione con la Protezione civile	/	/