

**PROGRAMMA 10**

**GOVERNANCE, ORGANIZZAZIONE E MONITORAGGIO DEL  
PIANO REGIONALE DI PREVENZIONE**

Macro obiettivi	Obiettivi centrali	Obiettivi specifici regionali	Indicatore OSR	Standard OSR
Accountability dell'organizzazione e e sostenibilità della prevenzione	<p>Utilizzare i dati derivanti dai sistemi di sorveglianza di popolazione per la pianificazione sanitaria</p> <p>Rendere fruibili per tutta la popolazione eleggibile gli interventi efficaci;</p> <p>Implementare nuovi interventi più costo-efficaci;</p> <p>Estendere a tutto il territorio un sistema informativo che sorvegli qualità e quantità delle azioni di promozione della salute, che sia in grado di selezionare e valorizzare le buone pratiche, di monitorare le attività e quantificarne il consumo di risorse;</p> <p>Adeguare l'information technology e integrare i sistemi (registri, sorveglianze, flussi informativi) a livello regionale;</p> <p>Inserire/rafforzare gli indicatori di copertura dei principali interventi di popolazione e gli indicatori di risultato dei direttori generali e della remunerazione di risultato dei professionisti;</p> <p>Utilizzare gli strumenti di gestione e budgeting aziendali per aumentare l'efficienza nell'ottemperare agli adempimenti normativi;</p> <p>Sviluppare il ruolo di steward della prevenzione a livello sia regionale sia di asl nella relazione con i portatori di interesse non del sistema sanitario e con le altre strutturazioni organizzative del sistema sanitario.</p>	<p><b>OSR 10.1.</b> Attuare il piano di monitoraggio e valutazione del PRP, anche adeguando la base informativa.</p> <p><b>OSR 10.2.</b> Presidiare la selezione e implementazione di interventi efficaci.</p> <p><b>OSR 10.3.</b> Consolidare il modello organizzativo di coordinamento e governance a livello regionale e aziendale</p> <p><b>OSR 10.4.</b> Attuare programmi formativi di supporto agli obiettivi di Piano.</p> <p><b>OSR 10.5.</b> Favorire la comunicazione interistituzionale e la partecipazione sociale a supporto degli obiettivi di Piano.</p>	<p><b>Indicatore OSR 10.1</b> Relazione annuale con i risultati del monitoraggio</p> <p><b>Indicatore OSR 10.2</b> Attivazione del laboratorio regionale della prevenzione EBP</p> <p><b>Indicatore OSR 10.3</b> Atto regionale</p> <p><b>Indicatore OSR 10.4</b> Aziende che hanno realizzato eventi formativi per operatori/ totale Aziende</p> <p><b>Indicatore OSR 10.5</b> Eventi /incontri/ tavoli tematici a sostegno delle politiche per la salute e per gli obiettivi di del Piano a livello regionale e nelle ASL</p>	<p><b>Standard OSR 10.1</b> Relazione presente</p> <p><b>Standard OSR 10.2</b> Laboratorio attivo</p> <p><b>Standard OSR 10.3</b> Atto presente</p> <p><b>Standard OSR 10.4</b> 100%</p> <p><b>Standard OSR 10.5</b> Un evento regionale ed eventi nel 100% delle ASL</p>

## Quadro strategico

Dal 2009<sup>1</sup> la Regione Piemonte si è dotata di una architettura organizzativa per la prevenzione che valorizza il ruolo di *stewardship*, articolato su un livello regionale (CORP e Assemblea dei Servizi) e un livello locale (Direzioni integrate della prevenzione). L'obiettivo era di migliorare integrazione e coordinamento delle attività di prevenzione, comprese quelle che si attuano al di fuori del Dipartimento di Prevenzione, nonché di coadiuvare le funzioni di governo a livello regionale e locale. Tale architettura è stata sostanzialmente confermata dal Piano socio sanitario regionale 2012-2015<sup>2</sup>.

Il **Coordinamento operativo regionale della prevenzione (CORP)** ha una composizione multidisciplinare e multisettoriale: al suo interno infatti sono rappresentate le principali strutture di supporto regionali (SSEPI, DoRS, CPO, ARPA, IZS) che portano la loro competenza nell'utilizzo dei dati per la definizione delle priorità, nella ricerca dell'efficacia e dell'innovazione e nella valutazione delle performance; sono inoltre presenti i referenti delle Direzioni integrate della Prevenzione (o Coordinatori di Piano locale della prevenzione - PLP), rappresentativi anche delle diverse strutture ASL e in grado quindi di evidenziare esigenze e criticità locali. Il CORP ha il compito di redigere la proposta di Piano regionale di prevenzione e di supportarne la realizzazione, attraverso l'elaborazione e diffusione di informazioni (atlanti, documenti, linee di indirizzo ...), la formazione (seminari o workshop tematici), lo sviluppo di procedure e percorsi integrati, l'assistenza alla misurazione e valutazione delle performance, la comunicazione dei risultati. Come da indicazioni ministeriali, il PRP ha un coordinatore operativo che ne garantisce la continuità e la rispondenza ai criteri previsti dal Piano nazionale. Nel periodo 2009-2013, oltre a elaborare il PRP 2010-2012 e la proroga 2013, il CORP ha collaborato alla stesura di documenti di indirizzo annuali per la programmazione PLP e la rendicontazione dei risultati; sono stati realizzati workshop di supporto all'attuazione delle azioni di Piano che hanno in alcuni casi portato a una progettazione condivisa; sono stati monitorati i progetti del PRP per la rendicontazione ai fini LEA ed è stata ottenuta la certificazione ministeriale annuale del Piano. In base alle necessità, sono stati creati gruppi di lavoro ristretti, quali ad esempio la segreteria, con il compito di curare la disamina delle problematiche principali e formulare proposte di lavoro per il CORP; gruppi per la stesura di specifici documenti o linee d'indirizzo per il PLP; ecc.

Nel corso degli anni sono emerse alcune criticità legate alla partecipazione effettiva e rappresentatività delle referenze tecniche, al bisogno di rafforzarne il ruolo di coordinamento in raccordo con chi fa programmazione. Esiste quindi un bisogno di rafforzamento del ruolo di governance anche mediante la ridefinizione della sua composizione e revisione dei criteri di funzionamento

L'**Assemblea** dei Servizi di prevenzione nelle intenzioni rappresentava il luogo d'incontro e integrazione tra tutti i Servizi che erogano direttamente prestazioni di prevenzione o che concorrono (direttamente o indirettamente) a essa, quindi con funzione consultiva e propositiva nei confronti del CORP; dal 2009 a oggi l'Assemblea si è riunita quattro volte, prevalentemente al fine di condividere la proposta di Piano regionale di prevenzione. L'ultima convocazione risale al 2012, pertanto si può dire che le sue potenzialità non sono state sfruttate appieno.

A livello locale, la **Direzione integrata della prevenzione (DIP)**, pensata con la funzione di integrare, coordinare e armonizzare attività e strutture aziendali rispetto agli obiettivi del PRP, ha svolto finora il compito della redazione e coordinamento del Piano Locale di Prevenzione (PLP), dello sviluppo di azioni di accompagnamento e supporto alla sua realizzazione, del monitoraggio dello stato di attuazione e del grado di raggiungimento degli obiettivi, della rendicontazione annuale di attività e risultati. Pur in assenza, in alcuni casi, di strutture formalmente costituite, in tutte le ASL nel periodo 2010-2014 è stato redatto annualmente il PLP integrato per obiettivi di salute e coerente con gli obiettivi regionali; l'attuazione del PLP ha richiesto la collaborazione di gruppi di lavoro aziendali composti da operatori del Dipartimento di Prevenzione, SERT, Dipartimenti Ospedalieri, ecc.: ciò ha consentito di condividere informazioni, bisogni, priorità e metodi al fine di pervenire a una progettazione coordinata e condivisa. Nel tempo alcune DIP sono state soppresse e la funzione di coordinamento del PLP è stata svolta, non senza difficoltà, da operatori e/o strutture prevalentemente afferenti al Dipartimento di Prevenzione; con la DGR n. 21-5144 del 28/12/2012 la funzione della Direzione integrata è stata infine attribuita al direttore del Dipartimento, il quale "individua, per il governo unitario della prevenzione, modalità di coordinamento ed integrazione con le altre aree sanitarie coinvolte in attività di prevenzione, che non comportino l'attivazione di strutture organizzative".

<sup>1</sup> DGR n. 24-10835 del 23/02/2009.

<sup>2</sup> DCR n. 167-14087 del 3/04/2012

Il PNP richiama la funzione di *stewardship*, a cui la letteratura internazionale attribuisce un ruolo di determinante di qualità ed efficacia degli interventi del sistema sanitario.

Le funzioni di *stewardship* richiedono tempo dedicato e riconoscimento del ruolo. La mancata concettualizzazione del proprio ruolo di *steward*, sia a livello regionale che aziendale, nonché la mancanza di tempo per lo più legata alla sovrapposizione di incarichi, non ha consentito di completare tutte le azioni programmate. Il percorso compiuto dal 2010 al 2014 ha visto un progressivo decadimento della qualità dei risultati man mano che si indeboliva l'architettura di governo del Piano. L'assenza di un'analisi strutturata dei portatori di interesse da coinvolgere non ha consentito di mettere in campo tutte le risorse utili al raggiungimento degli obiettivi del PNP. L'assenza di una sistematica rassegna delle possibili sinergie con strutturazioni organizzative diverse da quelle responsabili delle attività di prevenzione ha spesso compromesso l'integrazione delle diverse attività in un insieme armonico e finalizzato. Particolarmente difficoltoso è risultato il coinvolgimento dei MMG.

Da un'analisi svolta in forma di *world café* in ambito CORP (5 giugno 2014), sono emerse le seguenti criticità:

- Scarsa comprensione del significato del Piano e di *governance*
- Piano di prevenzione vissuto come adempimento
- Difficoltà di armonizzazione del Piano con la programmazione di servizio
- Flussi informativi inadeguati per alcuni obiettivi di salute prioritari

Queste le proposte formulate dagli operatori:

- Favorire il riconoscimento della funzione di Direzione integrata da parte delle Direzioni aziendali
- Migliorare il modello di *governance* e di organizzazione e definirne più chiaramente le funzioni a livello regionale e locale
- Valorizzare i Piani di prevenzione
- Costruire sistemi di valutazione e flussi informativi dove carenti

Le criticità evidenziate e le proposte formulate dagli operatori mettono in evidenza che occorre prevedere azioni di miglioramento del modello organizzativo, affinché il coordinamento regionale e quello locale possano più efficacemente svolgere la funzione di *stewardship* indicata dal PNP come un determinante di interventi più o meno efficaci.

### Utilizzo delle prove di efficacia

I due principi-guida dell'odierno approccio a programmi, politiche e pratiche di promozione della salute e prevenzione delle malattie sono:

- l'utilizzo delle prove di efficacia per guidare le scelte
- la valutazione dell'impatto sulla salute delle azioni implementate

La risposta alle domande "quale intervento funziona?" e "l'intervento implementato è stato costo-efficace?" richiede informazioni circa l'efficacia degli interventi contro i principali fattori di rischio, i suoi costi in termini economici e di risorse, oltre che sul contesto, sul problema, sull'impatto verso le disuguaglianze, sulla trasferibilità e sostenibilità, oltre che sulla accettabilità da parte dei portatori di interesse.

La *Evidence-based prevention* (EBP, prevenzione basata sulle prove di efficacia) si propone di selezionare gli interventi per i quali è stata dimostrata l'utilità e l'efficacia, e di identificare quelle pratiche per cui è stata dimostrata l'inutilità o l'inefficacia.

**In Italia**, l'iniziativa EBP nasce nel settembre 1999 a Bologna in seguito alla riunione del primo gruppo promotore, e si consolida nel 2007 con la nascita il Network Italiano di EBP (NIEBP)<sup>3</sup>, nato nel 2007, cui partecipa il Dipartimento di Medicina Traslazionale dell'Università del Piemonte Orientale. Il NIEBP è inserito dal 2014 fra le azioni centrali del CCM, e ha lo scopo fornire alle regioni sintesi dell'efficacia degli interventi di prevenzione, a partire dalla letteratura scientifica, a beneficio degli operatori e policy-maker della prevenzione.

In Regione Piemonte nel 2001/2002 il progetto "Prevenzione efficace" ha lavorato principalmente sul versante "destruens", volto a rimuovere pratiche inutili tra quelle in capo alla Sanità Pubblica e ha prodotto una lista di adempimenti aboliti a livello regionale con la LR 15/2008: certificazioni medico legali, obblighi in materia di medicina scolastica, polizia mortuaria, pareri per l'edilizia, procedure in ambito veterinario, adempimenti per alimentaristi, parrucchieri, estetisti, apprendisti minori non a rischio. Sul versante "construens" sono state elaborate le Linee Guida clinico-organizzative sulla cessazione del tabagismo<sup>4</sup>, indicazioni per luoghi di lavoro

<sup>3</sup> ) <http://niebp.agenas.it/default.aspx>

<sup>4</sup> [www.snlg-iss.it/cms/files/lgcessazionefumoweb.pdf](http://www.snlg-iss.it/cms/files/lgcessazionefumoweb.pdf)

senza fumo<sup>5</sup> oltre a indicazioni sugli strumenti per la prevenzione del rischio cardiovascolare, dell'obesità, degli incidenti stradali e domestici, delle allergie e intolleranze alimentari, al controllo dei rischi chimici e fisici emergenti.

Il PNP 2014-2018 sollecita esplicitamente, nella *vision* e nei principi, l'adozione di interventi efficaci e la valutazione costo-efficacia.

È pertanto obiettivo del PRP 2014-2018 pianificare una serie di azioni di supporto all'adozione di interventi efficaci e di valutazione di impatto degli stessi sulla salute. Queste azioni dovranno essere pianificate in accordo con il NIEBP, al fine di coordinare le azioni e di contribuire, quando possibile, agli obiettivi del network stesso.

### **Monitoraggio e contrasto disuguaglianze**

Come mostrato nel paragrafo relativo al profilo delle disuguaglianze sociali nella salute dei piemontesi, l'applicazione di un semplice esercizio di ricerca di priorità ha permesso di quantificare di quanto si potrebbe ridurre la prevalenza di un fattore di rischio nell'intera popolazione se si potessero eliminare le disuguaglianze associate alle differenze esposizioni per livello di istruzione. Ciò ha consentito di classificare i fattori di rischio sulla base del loro potenziale impatto positivo: ad esempio, eliminare le disuguaglianze nel fumo di oltre 15 sigarette al giorno avrebbe nella popolazione piemontese maschile, sia per la forte connotazione sociale sia per la prevalenza del problema nell'intera popolazione, un impatto maggiore (in termini di riduzione del comportamento a rischio) di quello derivante dalla cancellazione della disomogenea distribuzione sociale del diabete.

Tuttavia altre considerazioni dovrebbero essere incluse all'interno di un ragionamento più articolato e completo dei fattori di rischio verso i quali converrebbe concentrare i maggiori sforzi della prevenzione. Innanzitutto bisogna sottolineare come a riduzioni simili nella prevalenza di fattori di rischio possano corrispondere effetti sulla salute molto differenti: diminuire l'esposizione al rumore in ambito lavorativo può essere meno importante, in termini di incidenza e di gravità di potenziali patologie evitate, del contrastare con ugual efficacia il consumo eccessivo di bevande alcoliche. Individuare e quantificare, dunque, i rischi associati ad ogni determinata esposizione è un primo elemento che dovrebbe arricchire la stima dei potenziali impatti. Ma un altro aspetto importante dovrebbe derivare dall'identificazione dei gruppi maggiormente vulnerabili ad una determinata esposizione. Nel profilo di salute gli impatti sono stati stratificati per genere, ma lo stesso potrebbe essere fatto per altre caratteristiche demografiche o sociali (quali l'età, la nazionalità, o la condizione professionale) o per altre dimensioni importanti come ad esempio i principali setting di intervento della prevenzione. Tale focus consentirebbe di aumentare ancor di più l'efficienza delle potenziali azioni di prevenzione, indicando i sottogruppi di popolazione che maggiormente potrebbero beneficiare degli interventi.

### **Monitoraggio del Piano**

Allo scopo di garantire il raggiungimento degli obiettivi previsti dal Piano per il 2018 è stato definito un piano di monitoraggio degli indicatori affidato a un apposito gruppo di lavoro. L'esperienza maturata con il precedente Piano di Prevenzione, insegna che lo sforzo di definire indicatori e di attribuire ad essi un valore numerico viene compiuto nella fase di stesura del Piano, ma, frequentemente, non prosegue poi nel periodo di vigenza del Piano stesso. Viene così a mancare un'attività di costante monitoraggio del processo di attuazione del Piano che consenta di intervenire tempestivamente su criticità che compromettono il conseguimento degli obiettivi finali.

Il gruppo di lavoro dedicato al monitoraggio del Piano avrà esattamente questo compito; assicurare, nell'ambito di una più ampia *governance*, la costante sorveglianza del percorso di attuazione del PRP, anche attraverso la realizzazione di attività formative (nel campo della valutazione di processo e di esito) rivolte agli operatori delle ASL.

---

<sup>5</sup> [www.oed.piemonte.it/public/5\\_PRAT/Raccomandazioni\\_ambienti\\_di\\_lavoro\\_liberi\\_dal\\_fumo.pdf](http://www.oed.piemonte.it/public/5_PRAT/Raccomandazioni_ambienti_di_lavoro_liberi_dal_fumo.pdf)

## Azioni previste nel periodo

### Sintesi complessiva

Il programma Governance intende valorizzare quanto di buono è stato creato in questi anni con le funzioni di coordinamento istituite a livello regionale con il CORP e a livello locale con le Direzioni Integrate della Prevenzione. L'impianto generale del sistema di governance sarà migliorato e rafforzato, alla luce delle criticità emerse, con appositi documenti di indirizzo che consentano di affrontare con più efficacia gli impegni previsti dal nuovo programma regionale. Saranno presidiate con particolare attenzione le azioni di censimento delle fonti informative e rafforzamento dei sistemi di sorveglianza a sostegno della definizione dei bisogni di salute e del monitoraggio e valutazione delle azioni, l'utilizzo di prove di efficacia e l'attenzione alle disuguaglianze. Percorsi formativi e laboratori ali sono previsti per accrescere le competenze tecniche degli operatori e condividere modalità di lavoro a vantaggio di una maggiore trasversalità ed omogeneità degli interventi sul territorio.

In sintesi le azioni previste:

Azioni per Osr 1. Predisporre e implementare un piano di monitoraggio e valutazione del PRP.e assicurare un'adeguata base informativa per il monitoraggio e la valutazione del Piano:

- Censimento fonti informative ed eventuale revisione/adattamento dei flussi
- Sorveglianze di popolazione
- Monitoraggio e contrasto delle disuguaglianze

Azioni per Osr 2. Presidiare la selezione e implementazione di interventi efficaci:

- Attivazione di un laboratorio di prevenzione finalizzato alla selezione di pratiche efficaci di prevenzione primaria e secondaria efficaci per i fattori di rischio e ad elaborare una procedura di valutazione costo-benefici e costo-efficacia delle attività selezionate

Azioni per Osr 3. Consolidare il modello organizzativo di coordinamento e governance a livello regionale e aziendale:

- Elaborazione di una proposta di revisione organizzativa con specificazione delle funzioni regionali e locali, da farsi nel corso del 2015-2016 che consideri: la cura della comunicazione interna e del raccordo della rete di operatori coinvolti; il coordinamento gruppi trasversali (es. GSP) il raccordo e la collaborazione tra diversi programmi del piano che concorrono a obiettivi comuni.
- Introduzione ed implementazione dello strumento dell'audit per valutare i livelli di conformità e coerenza dei PLP rispetto alle indicazioni del

Azioni per Osr 4. Attuare programmi formativi di supporto agli obiettivi di Piano

- Realizzazione eventi informativi e formativi a livello regionale e locale per accrescere le competenze , migliorare la qualità degli interventi e promuovere la cultura della prevenzione come strategia delle Aziende Sanitarie e degli Enti Locali, anche in funzione di un razionale utilizzo di risorse

Azioni per Osr 5. Favorire la comunicazione interistituzionale e la partecipazione sociale a supporto degli obiettivi di Piano :

- Predisporre la comunicazione istituzionale a supporto degli obiettivi di Piano e sostenere la partecipazione sociale alle decisioni e politiche per la salute

### Fattori interni ed esterni che possono influenzare i risultati del programma

La continuità dell'azione amministrativa regionale è un fattore che può facilitare o, viceversa, ostacolare il buon esito delle azioni previste.

La possibilità di collaborare con soggetti interni ed esterni alla sanità (es. Distretti, enti locali, altri Assessorati regionali).

Vincoli di bilancio

Possibilità di un ricambio generazionale nelle ASL e nell'Amministrazione regionale; possibilità di adeguamento dei compiti alla *work ability* del personale in servizio.

Azione 10.1.1 <b>Censimento fonti informative ed eventuale revisione/adattamento dei flussi</b>	<b>Obiettivi dell'azione</b>	Assicurare un'adeguata base informativa per il monitoraggio e la valutazione del Piano.			
	<b>OSR cui si riferisce</b>	<b>OSR 10.1.</b> Attuare il piano di monitoraggio e valutazione del PRP, anche adeguando la base informativa.			
	<b>Descrizione dell'azione</b>	<p>Attività principali:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Censimento dei punti critici relativi ai sistemi informativi nei programmi del Piano, in collaborazione con i gruppi di lavoro e i referenti dei programmi del Piano</li> <li>2. Proposta di azioni correttive in collaborazione con i soggetti titolari dei sistemi informativi</li> <li>3. Segnalazione al settore flussi informativi dei fabbisogni riscontrati</li> <li>4. Implementazione delle soluzioni proposte: nuovi flussi, record linkage tra flussi, nuove modalità di analisi o input ai servizi di supporto, ecc.</li> <li>5. Portare a regime la banca dati ProSa per tutti gli interventi di promozione della salute, attraverso l'estensione dell'utilizzo; prevedere interventi formativi o informativi per la presentazione degli indicatori; definire un set di indicatori per il monitoraggio delle attività di promozione della salute.</li> </ol>			
	<b>Livello cui si colloca:</b>	regionale, puntuale			
	<b>Periodo di attuazione:</b>	2015-2018			
	<b>Indicatori di processo</b>	<b>Standard per anno di applicabilità</b>			
		<b>2015</b>	<b>2016</b>	<b>2017</b>	<b>2018</b>
	Presenza di un documento di analisi dei punti critici nei sistemi informativi	Documento presente			
	N. proposte condivise / n. punti critici individuati		25%	50%	75%
	Numero soluzioni attuate sul totale delle proposte			30%	50%
<b>Indicatore sentinella: N. ASL che utilizzano Prosa per la rendicontazione PLP</b>	<b>Presenza set di indicatori per monitoraggio progetti</b>	<b>50%</b>	<b>75%</b>	<b>100%</b>	

Azione 10.1.2. <b>Sorveglianze di popolazione</b>	<b>Obiettivi dell'azione</b> Utilizzo per la pianificazione e il monitoraggio del piano Garantire l'attuazione delle sorveglianze secondo i protocolli prestabiliti	<b>OSR cui si riferisce</b> <b>OSR 10.1.</b> Attuare il piano di monitoraggio e valutazione del PRP, anche adeguando la base informativa.			
	<b>Descrizione dell'azione</b> Attività principali: 1. Coordinamento, analisi e comunicazione dei risultati delle sorveglianze di popolazione. 2. Esecuzione delle azioni previste a livello nazionale per le singole sorveglianze 3. Definizione del modello organizzativo				
	<b>Livello cui si colloca:</b> regionale, locale, puntuale				
	<b>Periodo di attuazione:</b> 2015-2018				
	<b>Indicatori di processo</b>	<b>Standard per anno di applicabilità</b>			
		<b>2015</b>	<b>2016</b>	<b>2017</b>	<b>2018</b>
	<b>Indicatore sentinella:</b> <b>N. ASL che rispettano gli indirizzi annuali sul totale delle ASL</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>
Aggiornamento dati delle sorveglianze nelle programmazioni annuali	100% dati aggiornati	100% dati aggiornati	100% dati aggiornati	100% dati aggiornati	

<b>Azione 10.1.3.</b> <b>Monitoraggio e</b> <b>contrasto delle</b> <b>disuguaglianze</b>	<b>Obiettivi dell'azione</b> Attuare <i>health equity audit</i> sui programmi del piano	<b>OSR cui si riferisce</b> <b>OSR 10.1.</b> Attuare il piano di monitoraggio e valutazione del PRP, anche adeguando la base informativa.
	<b>Descrizione dell'azione</b> Nei prossimi anni il Piemonte sarà capofila di un progetto CCM mirato alla realizzazione nei diversi programmi di attività di audit orientato all'equità, definiti in letteratura come <i>health equity audit</i> , procedura che ha appunto l'obiettivo l'individuazione sistematica di tutti i possibili meccanismi di generazione delle disuguaglianze di salute e la facilitazione della costruzione di interventi sanitari efficaci ed attenti all'equità. Ma non solo, l' <i>health equity audit</i> ha anche la funzione di valutare e svelare, attraverso l'applicazione di griglie ad hoc e il coinvolgimento di attori ed esperti, provenienti anche da settori non sanitari, l'insieme delle risorse e degli ostacoli esistenti in un determinato contesto che possono facilitare od ostacolare l'implementazione di azioni di prevenzione. Permette così di rilevare le energie già stanziare o il livello di capacità da parte degli operatori di lettura dei bisogni e di implementazione di interventi appropriati; di individuare carenze organizzative oppure la presenza di reti multidisciplinari, così come di eventuali alleanze con attori sociali e decisori politici attraverso le quali promuovere processi virtuosi e sinergici di collaborazione. Oltre alla progettazione ed implementazione di <i>health equity audit</i> , la Regione si impegnerà anche a promuovere attività di formazione su questa tematica, al fine di accrescere le capacità degli operatori piemontesi e non (corsi di specializzazione sono previsti anche al di fuori del territorio regionale) di leggere, interpretare i bisogni di salute e di prevenzione dei differenti gruppi sociali e di impostare adeguati interventi di contrasto delle disuguaglianze di salute. Il risultato atteso dell' <i>health equity audit</i> è una ricalibrazione delle azioni previste da ogni programma del PRP in modo che essa contribuisca a moderare le disuguaglianze di salute; la ricalibrazione potrà consistere in due tipi di correzione: a) indirizzare l'allocazione delle azioni previste da ogni progetto del PRP in proporzione della densità del bisogno di prevenzione (e cioè proprio maggiormente in quelle aree geografiche e gruppi sociali più svantaggiati che hanno più alta prevalenza di esposizione), b) revisionare l'impostazione dell'azione in funzione della particolare vulnerabilità di specifici gruppi sociali per migliorarne l'efficacia attesa. Il progetto di <i>health equity audit</i> potrà essere svolto secondo due formati: uno rapido per tutti i programmi del PRP (orientato solo a dare eventuali indirizzi allocativi per le situazioni più meritevoli) e uno approfondito (destinato ad analizzare in modo preciso meccanismi e a revisionare la fondatezza dell'efficacia attesa delle azioni in quelle situazioni in cui l'impatto atteso delle disuguaglianze da correggere risulterà maggiore). Saranno inoltre inseriti criteri relativi al monitoraggio e contrasto delle disuguaglianze negli audit di piano (cfr azione 3.2). La realizzazione degli <i>health equity audit</i> e più in generale il tentativo di contrastare le disuguaglianze di salute potranno inoltre avvalersi di altre azioni di sistema che la Regione sta promuovendo e promuoverà negli anni futuri al fine da una parte di fornire informazioni e dati utili e di evidenziare impatti sulla salute finora rimasti poco esplorati, dall'altra di favorire la partecipazione e il coinvolgimento di attori esterni, decisori politici e degli operatori sanitari (i cosiddetti <i>stakeholder</i> ) in una meccanismo di regia condivisa e partecipata delle azioni che hanno rilevanza per la salute e le disuguaglianze di salute. Per quanto riguarda il primo aspetto la regione Piemonte è impegnata nella produzione e disseminazione di due documenti che servono a far luce sulla grandezza delle disuguaglianze di salute, sui principali determinanti che ne configurano l'andamento e sull'efficacia delle politiche e degli interventi di contrasto adottati fino ad oggi; i documenti offrono quindi alla società piemontese e al SSR un quadro da cui parte il PRP per concorrere con le sue azioni di prevenzione al cambiamento. Si tratta del secondo Libro bianco sulle disuguaglianze sociali di salute in Italia <sup>6</sup> e della monografia su 40 anni di salute e di contrasto all'inequità nel territorio della città di Torino.	
	<b>Livello cui si colloca:</b> regionale, locale	
	<b>Periodo di attuazione:</b> 2015-2018	
<b>Indicatori di processo</b>	<b>Standard per anno di applicabilità</b>	

<sup>6</sup> Costa G, Marra M, Zengarini N et al. (a cura di). *L'equità nella salute in Italia. Secondo rapporto sulle disuguaglianze sociali in sanità*. Edito da Fondazione Smith Kline, presso Franco Angeli Editore, Milano, 2014.

	2015	2016	2017	2018
N. programmi sottoposti a <i>health equity audit</i> rapido/previsti	50%	100%	---	---
<b>Indicatore sentinella: N. programmi sottoposti a <i>health equity audit</i> approfondito/previsti</b>	<b>25%</b>	<b>50%</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>
Realizzazione corsi di formazione		Almeno 1	Almeno 1	
Comunità di pratica	Avvio comunità di pratica	Almeno una tematica condivisa tra i partecipanti	Almeno una tematica condivisa tra i partecipanti	Almeno una tematica condivisa tra i partecipanti
Sviluppo e implementazione sito	Avvio sito diseguaglianze	Almeno 1 aggiornamento/mese	Almeno 1 aggiornamento/mese	Almeno 1 aggiornamento/mese

Azione 10.2.1. <b>Laboratorio della prevenzione</b>	<b>Obiettivi dell'azione</b> Selezionare pratiche di prevenzione primaria e secondaria efficaci per i fattori di rischio più rilevanti del PNP 14-18. Elaborare una procedura di valutazione costo-benefici e costo-efficacia delle attività selezionate ai fini della programmazione della prevenzione		<b>OSR cui si riferisce</b> <b>OSR 10.2.</b> Presidiare la selezione e implementazione di interventi efficaci.			
	<b>Descrizione dell'azione</b> Sarà individuato un gruppo di esperti provenienti dal mondo accademico e dei servizi, che, dopo aver messo a punto gli strumenti metodologici opportuni, procederà alla selezione degli interventi, alla revisione costo-benefici e costo-efficacia. Le raccomandazioni prodotte dovranno costituire la base per il CORP per la revisione delle azioni di piano interessate. Le azioni saranno condotte in accordo con il NIEBP. Il Laboratorio si occuperà di pratiche di prevenzione primaria e secondaria. Attività principali: <ul style="list-style-type: none"> <li>- costituzione del gruppo;</li> <li>- messa a punto degli strumenti metodologici;</li> <li>- raccordo con il NIEBP;</li> <li>- selezione degli interventi efficaci per i fattori di rischio prioritari secondo il Global Burden of Disease</li> <li>- effettuare una valutazione economica;</li> <li>- produzione di raccomandazioni e istruzioni;</li> <li>- trasmissione delle raccomandazioni al CORP e applicazione delle raccomandazioni nella revisione del piano.</li> </ul>					
	<b>Livello cui si colloca:</b> regionale con raccordo nazionale					
	<b>Periodo di attuazione:</b> 2015-2018					
	<b>Indicatori di processo</b>		<b>Standard per anno di applicabilità</b>			
			<b>2015</b>	<b>2016</b>	<b>2017</b>	<b>2018</b>
Costituzione del gruppo di lavoro		X				
Elaborazione dei metodi e accordo con NIEBP		X				
Selezione interventi			X	X	X	
Valutazione economica			X	X	X	
Elaborazione raccomandazioni e trasmissione al COPR			X	X	X	

Azione 10.3.1 <b>Proposta revisione organizzativa</b>	<b>Obiettivi dell'azione</b> Ridefinire o rafforzare le strutture deputate alla governance del Piano di prevenzione, la loro composizione e i relativi compiti	<b>OSR cui si riferisce</b> <b>OSR 10.3.</b> Consolidare il modello organizzativo di coordinamento e governance a livello regionale e aziendale			
	<b>Descrizione dell'azione</b>				
	<p>Attività principali:</p> <p>1. elaborazione di un documento di analisi delle criticità e formulazione di una ipotesi di revisione organizzativa a sostegno del PRP, che prenda in considerazione: il livello regionale:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• funzionamento complessivo del CORP: criticità, funzioni, composizione, regole di funzionamento, ivi compresi i gruppi di lavoro su tematiche trasversali</li> <li>• definizione dei rapporti con i servizi regionali di supporto</li> <li>• referenti e funzioni di coordinamento dei programmi di Piano</li> <li>• modalità di raccordo e collaborazione con le altre componenti sanitarie e altri settori regionali</li> </ul> <p>livello aziendale:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• funzioni , compiti e modalità organizzative per il coordinamento del PLP e dei singoli programmi nelle asl</li> <li>• modalità di raccordo e di collaborazione con il livello regionale</li> <li>• modalità di raccordo e collaborazione con le altre istituzioni a livello di asl</li> </ul> <p>2. confronto ... e discussione proposta</p> <p>3. approvazione e formalizzazione della proposta con atti a livello regionale e di asl</p> <p>Destinatari: strutture ed operatori settore sanità e ASL</p>				
	<b>Livello cui si colloca:</b> regionale, puntuale				
<b>Periodo di attuazione:</b> 2015-2018					
Indicatori di processo		<b>Standard per anno di applicabilità</b>			
		<b>2015</b>	<b>2016</b>	<b>2017</b>	<b>2018</b>
Formalizzazione revisione organizzativa			Atto regionale		
Evidenza documentale di recepimento degli indirizzi regionali da parte delle aziende			Presenza 100% aziende		

Azione 10.3.2 <b>Implementazione audit del Piano di prevenzione</b>	<b>Obiettivi dell'azione</b>		<b>OSR cui si riferisce</b>		
	Garantire un sistema di monitoraggio e supporto alla realizzazione del PRP e dei PLP		<b>OSR 10.3.</b> Consolidare il modello organizzativo di coordinamento e governance a livello regionale e aziendale		
	<b>Descrizione dell'azione</b>				
	La Regione è annualmente sottoposta a certificazione, e quindi a una valutazione dell'operato, da parte del Ministero. Il raggiungimento dei risultati attesi del PRP è condizionato dalla messa in atto delle azioni a livello locale, nei PLP. Per assicurare l'effettivo raggiungimento dei risultati previsti dal Piano, pertanto, è necessario un sistema di monitoraggio e supporto alla realizzazione dei PLP .				
	Si individua lo strumento dell'audit per valutare i livelli di conformità e coerenza dei PLP rispetto alle indicazioni del PRP e fornire raccomandazioni ed elevare il livello generale di qualità del sistema.				
	Si dovrà individuare un gruppo di operatori (del quale dovranno far parte almeno tutti i coordinatori PLP) che svolgerà gli audit e che seguirà un apposito programma formativo, nei primi mesi 2016.				
	Gli standard organizzativi saranno valutati sulla base dei criteri previsti dal documento di revisione organizzativa generale (v. azione <i>Proposta di revisione organizzativa</i> ).				
	Sarà quindi definito un programma (calendario) di audit, in modo tale da poter realizzare gli audit in tutte le ASL nel 2017-2018.				
	I report degli audit saranno messi a disposizione dei Direttori Generali delle rispettive aziende				
	L'audit a livello locale dovrà valutare				
<ul style="list-style-type: none"> <li>• la corretta attuazione degli indirizzi per le funzioni di governante del PLP</li> <li>• la concreta attuazione delle azioni e la loro coerenza con gli obiettivi ed i programmi del PRP</li> <li>• le azioni messe in atto per la formazione degli operatori , il contrasto alle disuguaglianze ed il miglioramento della qualità degli interventi ed i riferimenti alle evidenze di efficacia.</li> </ul>					
<b>Livello cui si colloca:</b> regionale, puntuale					
<b>Periodo di attuazione:</b> 2015-2018					
Indicatori di processo		<b>Standard per anno di applicabilità</b>			
		<b>2015</b>	<b>2016</b>	<b>2017</b>	<b>2018</b>
Individuazione gruppo di lavoro audit		Almeno una convocazione			
Elaborazione programma di audit e standard di riferimento			documento presente		
Formazione degli operatori			corsi effettuati		
Svolgimento audit nelle asl				50% delle ASL	100% delle ASL
Invio report audit ai DG				100% report inviati	100% report inviati

Azione 10.4.1 <b>Realizzazione eventi informativi e formativi a livello regionale e locale</b>	<b>Obiettivi dell'azione</b>		<b>OSR cui si riferisce</b>		
	<ul style="list-style-type: none"> <li>Promuovere la cultura della prevenzione come strategia delle Aziende Sanitarie e degli Enti Locali, anche in funzione di un razionale utilizzo di risorse</li> <li>Aumentare la consapevolezza, tra gli operatori delle funzioni e potenzialità del Piano di prevenzione</li> <li>Accrescere le competenze per migliorare la qualità degli interventi</li> <li>riconoscere e ridurre le disuguaglianze sociali e adottare azioni di provata efficacia</li> <li>Migliorare la capacità di utilizzare strumenti di comunicazione efficace</li> </ul>		<b>OSR 10.4.</b> Attuare programmi formativi di supporto agli obiettivi di Piano		
	<b>Descrizione dell'azione</b>				
	Attività principali: 1) Analisi dei bisogni formativi evidenziati nei Servizi 2) Strutturazione di corsi di formazione per operatori sanitari sulle diverse aree tematiche ed a supporto dei diversi programmi del Piano ; 3) Produrre indirizzi e supporto per l'organizzazione di corsi di formazione a sostegno del Piani locali nelle asl 4) Valutazione percorso formativo con costruzione di strumenti per il monitoraggio di processo e risultato				
	<b>Livello cui si colloca:</b> regionale, locale, puntuale <b>Periodo di attuazione:</b> 2015-2018				
Indicatori di processo		<b>Standard per anno di applicabilità</b>			
		<b>2015</b>	<b>2016</b>	<b>2017</b>	<b>2018</b>
Strutturazione del corso di formazione per operatori sanitari			Documento presente		
N. Aziende che hanno realizzato eventi formativi per operatori/ N. totale Aziende Sanitarie			50%	50%	100%

<b>Azione 10.5.1</b> Comunicazione e partecipazione a sostegno delle politiche per la salute	<b>Obiettivi dell'azione</b>	<b>OSR cui si riferisce</b>			
	Migliorare la comunicazione e la collaborazione interistituzionale relativa agli obiettivi di piano e favorire la partecipazione sociale alle decisioni e politiche per la salute	<b>OSR 10.5.</b> Favorire la comunicazione interistituzionale e la partecipazione sociale a supporto degli obiettivi di Piano			
	<b>Descrizione dell'azione</b>				
	Attività principali: 1. Elaborare modelli di partecipazione e format per la comunicazione del PRP e del PLP e adattabili alle specifiche esigenze regionali e locali . 2. Programmare annualmente incontri, Seminari, tavoli tematici , a supporto della programmazione regionali e locali in cui i risultati le criticità del piano vengono discusse per migliorare la nuova programmazione e rendere effettiva la collaborazione interistituzionale e la partecipazione sociale per lo sviluppo di politiche per la salute .				
	<b>Livello cui si colloca:</b> regionale e locale				
<b>Periodo di attuazione:</b> 2015-2018					
<b>Indicatori di processo</b>	<b>Standard per anno di applicabilità</b>				
	<b>2015</b>	<b>2016</b>	<b>2017</b>	<b>2018</b>	
Documenti di indirizzo la comunicazione e la partecipazione a sostegno degli obiettivi del Piano	--	Almeno un documento di indirizzo			
Eventi /incontri/ tavoli tematici a sostegno delle politiche per la salute e per gli obiettivi di del Piano a livello regionale e nelle asl	--	Un evento regionale ed eventi nel 50% delle asl	Un evento regionale ed eventi nel 80% delle asl	Un evento regionale ed eventi nel 100% delle ASL	

## **PIANO DI MONITORAGGIO E VALUTAZIONE**

## INDICATORI CENTRALI

Si riportano i valori attesi regionali degli indicatori centrali quantitativi del PNP.

Per gli indicatori semiquantitativi, si assume che gli interventi coinvolgeranno almeno il 20% delle scuole.

Codice indicatore	NOME INDICATORE	NAZIONALE		PIEMONTE	
		2013 (baseline)	STANDARD	2013 (baseline)	VALORE ATTESO REGIONALE 2018
1.02.01	Prevalenza di bambini allattati al seno alla fine del sesto mese	Anni 2012-2013: 52,6%	25%	43,6	54,5
1.04.01	Prevalenza di fumatori nella popolazione	Anno 2013: 27,2%	-10%	25,7	24,5
1.05.01	Prevalenza di persone che riferiscono che nel proprio ambiente di lavoro il divieto di fumo è sempre o quasi sempre rispettato	Anno 2013: 91,4%	+5%	93,0	95
1.06.01	Prevalenza di persone di età 18-69 anni con consumo a rischio di alcol (consumo abituale elevato + consumo binge + consumo fuori pasto)	Anno 2013: 16,7%	-15%	18,2	17
1.7.1-2	Prevalenza delle persone che consumano almeno 3 porzioni di frutta e/o verdura al giorno	Anno 2013: 46,7%	+10%	51,2	55
		Anno 2014: 56,8%	+15%	66,6	73
1.08.01	Prevalenza di soggetti che hanno ricevuto suggerimenti da operatori sanitari per la riduzione del consumo di sale	Anno 2013: 88,6%	+5%	85,0	89,2
1.08.02	Prevalenza di soggetti che hanno ridotto il consumo giornaliero di sale	Anno 2012: 31,1%	-30%		
1.09.01	Prevalenza di soggetti 18-69 anni fisicamente attivi	Anno 2013: 33,4	+30%	32,6	42,4
1.09.02	Proporzione di ultra64enni fisicamente attivi	Anni 2012-2013: punteggio PASE=78 per il 40% della popolazione over 64 anni	+15% l'obiettivo è fare aumentare la quota di persone che sono sopra al punteggio PASE 78	69,2	78
1.09.03	Tasso di ospedalizzazione per fratture	13 per mille	-15%	13,1	11,2
1.10.03	Proporzione di fumatori che hanno ricevuto da un operatore sanitario il consiglio di smettere	Anno 2013: 51,5%	+30%	50,8	66,1
1.10.04	Proporzione di persone in eccesso ponderale che hanno ricevuto da un operatore sanitario il consiglio di perdere peso	Anno 2013: 51,4%	+30%	55,1	71,7
1.10.05	Proporzione di consumatori di alcol a rischio che hanno ricevuto da un operatore sanitario il consiglio di ridurre il consumo	Anno 2013: 6,2%	+300%	5,2	13
1.10.06	Proporzione di persone con patologia cronica che hanno ricevuto da un operatore sanitario il consiglio di praticare regolare attività fisica	Anno 2013: 40,9%	+30%	41,4	53,8
1.12.01	Percentuale di persone che ricevono l'invito a partecipare al programma di screening per il tumore della CERVICe UTERINA sulla popolazione bersaglio	Anno 2012: 77%	+30% (per raggiungere il 100% previsto dai LEA)	67 (2014)	100

Codice indicatore	NOME INDICATORE	NAZIONALE		PIEMONTE	
		2013 (baseline)	STANDARD	2013 (baseline)	VALORE ATTESO REGIONALE 2018
	Percentuale di persone che ricevono l'invito a partecipare al programma di screening MAMMOGRAFICO sulla popolazione bersaglio	Anno 2012: 73%	+37% (per raggiungere il 100% previsto dai LEA)	70 (2014)	100
	Percentuale di persone che ricevono l'invito a partecipare al programma di screening COLORETTALE sulla popolazione bersaglio	Anno 2012: 57%	+75% (per raggiungere il 100% previsto dai LEA)	80% FS a 58 anni (2014)	100
1.13.01	Percentuale di persone che hanno aderito all'invito sulla popolazione bersaglio (SCREENING CERVICALE)	Anno 2012: 41% degli invitati pari al 32% della popolazione target	+55% (per raggiungere il 50% previsto dai LEA)	53,8% degli invitati pari al 43,2% della popolazione target	50
	Percentuale di persone che hanno aderito all'invito sulla popolazione bersaglio (SCREENING MAMMOGRAFICO)	Anno 2012: 57,5% degli invitati pari al 42% della popolazione target	+45% (per raggiungere il 60% previsto dai LEA)	67,8% degli invitati pari al 47,0% della popolazione target	60
	Percentuale di persone che hanno aderito all'invito sulla popolazione bersaglio (SCREENING COLORETTALE)	Anno 2012: 46% degli invitati pari al 26% della popolazione target	+95% (per raggiungere il 50% previsto dai LEA)	FS +FIT 32,4% della popolazione target	50 (58-69 anni)
5.01.01	Tasso di decessi per incidente stradale	Anno 2013: 56,2 /1.000.000 abitanti	-20%		
5.02.01	Tasso di ricoveri per incidente stradale	Anno 2013: 7,2%	-10%	6,0	5,4
5.03.01	Proporzione di soggetti che utilizzano dispositivi di sicurezza per adulti e bambini	cinture posteriori "sempre" Anno 2013: 20,2%	+50%	30,3	40
		Casco Anno 2013: 95,3%	100% delle Regioni raggiunge lo standard >95	96,4	95
5.03.02	Guida sotto effetto dell'alcol (Percentuale di persone 18-69 anni non astemie che dichiarano di aver guidato un'auto o una moto, negli ultimi 30 giorni, entro un'ora dall'aver bevuto 2 o più unità di bevande alcoliche)	Anno 2013: 8,7%	-30%	8,8	6,2
6.01.01	Tasso annuale di incidenza degli incidenti domestici seguiti da ricovero per fasce di età e genere	Anno 2013: 89.868 ricoveri (in aumento del 27% negli ultimi 3 anni)	Fermare il trend in ascesa	7723	7723
6.02.01	Proporzione di ultra64enni fisicamente attivi sopra il 40° percentile	Anni 2012-2013: punteggio PASE=78 per il 40% della popolazione over 65 anni	vedi 1.09.02		
6.03.02	Misurazione della percezione del rischio (Passi - Passi d'Argento entro 5 anni)	Anno 2013: 5,7	30%	4,2	5,5
6.04.01	Proporzione di persone che hanno ricevuto informazioni dagli operatori sanitari (Passi - Passi d'Argento entro 5 anni)	Adulti 18-69 anni: 13% (anno 2012 solo 10 Regioni)	100%	9,5	18,9
		Anziani >64 anni: 17% (Passi d'Argento, anni 2012/2013)		13,4	26,8

Codice indicatore	NOME INDICATORE	NAZIONALE		PIEMONTE	
		2013 (baseline)	STANDARD	2013 (baseline)	VALORE ATTESO REGIONALE 2018
7.02.01	Emersione del fenomeno tecnopatico misurata mediante l'incremento delle segnalazioni e delle denunce delle malattie lavoro correlate per comparti, o per i rischi, oggetto di intervento con particolare riferimento a: - comparto agricolo forestale - comparto delle costruzioni - rischio cancerogeno e chimico - rischi per apparato muscolo scheletrico	+ 47% nel periodo 2009-2013 a livello nazionale	+10%	1.966 casi	2.064 casi (+5% rispetto al 2013)
7.07.01	Riduzione dei tassi di frequenza infortunistica con particolare riguardo agli infortuni gravi e mortali per comparti o per i rischi oggetto di intervento, con particolare riferimento a: - comparto agricoltura - comparto edilizia	IF: 4,36 ogni 1000 addetti per tutti i settori ATECO (esclusa agricoltura) IF: 7,62 ogni 1000 addetti nelle costruzioni Agricoltura, valore assoluto: 11.417 infortuni gravi	-10%	IF: 3,78 ogni 1000 addetti per tutti i settori ATECO (esclusa agricoltura) IF: 6,26 ogni 1000 addetti nelle costruzioni Agricoltura, valore assoluto: 944 infortuni gravi	IF: 3,78 ogni 1000 addetti per tutti i settori ATECO (esclusa agricoltura) IF: 6,26 ogni 1000 addetti nelle costruzioni Agricoltura, valore assoluto: 944 infortuni gravi
8.05.03	Proporzione di operatori (salute e ambiente, MMG e PLS) che hanno beneficiato di formazione specifica (fine 2018)	Non rilevato	50% in ogni Regione		50%
9.1-2.1	Proporzione di casi di morbillo rosolia notificati per i quali è stato svolto l'accertamento di laboratorio	78,8% (morbillo); 59,3% (rosolia)	100% delle Regioni raggiunge lo standard > 90% per morbillo e rosolia	82,1	82,1
9.04.01	Proporzione di casi di malattia batterica invasiva notificati per i quali è stato svolto l'accertamento di laboratorio e per i quali esista una diagnosi etiologica	60%	+50%	73	73
9.05.01	Proporzione dei casi di TBC polmonare e infezione tubercolare latente che sono stati persi al follow-up	25-30%	-50%	13	13
9.05.02	Proporzione di nuove diagnosi di HIV late presenter (CD4<350/IL indipendentemente dal numero di CD4)/soggetti con nuova diagnosi di HIV	57% (Anno 2013)	-25%	53	53
9.07.01	Copertura vaccinale in specifici gruppi a rischio per patologia/status	18,5% (dato riferito alla campagna antinfluenzale stagionale 2012-2013)	+100%	20,8	21
9.07.02	Coperture vaccinali per le vaccinazioni previste dal PNPV e tasso di rifiuti	Vedi sotto (da Tabella 1)	vedere dettaglio sotto		
	DTPa (nuovi nati)	95,4%	≥ 95%	96,62% (24 mesi)	96,62% (24 mesi)
	Poliomelite (nuovi nati)	95,4%	≥ 95%	96,68% (24 mesi)	96,68% (24 mesi)
	Epatite B (nuovi nati)	95,3%	≥ 95%	96,49% (24 mesi)	96,49% (24 mesi)
	Haemofilus Influenzae B (nuovi nati)	94,5%	≥ 95%	96,23% (24 mesi)	96,23% (24 mesi)
	DTPa (5-6 anni)	non disp.	≥ 95%	94,3%	94,3%
	Poliomielite (5-6 anni)	non disp.	≥ 95%	92,02%	92,02%
	dTpa negli adolescenti (range 11-18 anni)	non disp.	≥ 90%	69,70%	69,70%
1a dose MPR entro i 2 anni di età	88,1%	≥ 95%	92,07%	92,07%	

Codice indicatore	NOME INDICATORE	NAZIONALE		PIEMONTE	
		2013 (baseline)	STANDARD	2013 (baseline)	VALORE ATTESO REGIONALE 2018
	2a dose di MPR nei bambini di 5-6 anni di età	non disp.	≥ 95%	90,06%	90,06%
	2a dose di MPR negli adolescenti (11-18 anni);	non disp.	≥ 95%	78,93%	78,93%
	vaccinazione antinfluenzale >65	55,4%	>75% (obiettivo minimo perseguibile) e >95% (obiettivo ottimale)	51,14%	51,14%
	vaccinazione antipneumococcica (nuovi nati);	86,6%	≥ 95%	92,68%	92,68%
	vaccinazione antimeningococcica (nuovi nati);	78,5%	≥ 95%	88,58%	88,58%
	vaccinazione antipneumococcica adolescenti (range 11-18 anni);	non disp.	≥ 95%?	non effettuata	nd
	vaccinazione antimeningococcica adolescenti (range 11-18 anni);	non disp.	≥ 95%	60,91%	60,91%
	vaccinazione anti HPV nelle dodicenni (dalla coorte del 2002),	56,6% (coorte 2001)	≥ 80%	62,30%	62,3
	vaccinazione anti HPV nelle dodicenni (dalla coorte del 2003)		≥ 95%	62,30%	62,3
	1a dose di antivaricella entro i 2 anni di età (dalla coorte 2014)	non disp.	≥ 95%	non effettuata	nd
	2a dose di nei bambini di 5-6 anni di età (dalla coorte 2014)	non disp.	≥ 95%	non effettuata	nd
	2a dose negli adolescenti (dalla coorte 2014)	non disp.	≥ 95%	6,51%	6,51%
	mancata vaccinazione anti-polio spiegata	82,0%	100%	100%	100%
	mancata vaccinazione anti-morbillo spiegata	non disp.	100%	100%	100%
10.08.02	Proporzione di cani identificati e iscritti all'anagrafe regionale, restituiti al proprietario, rispetto al numero di cani catturati	32,33% - media nazionale su 17 Regioni e Province autonome che hanno trasmesso il dato (Attualmente la situazione si presenta con un notevole grado di eterogeneità tra le regioni)	Incremento assoluto di almeno 10% su base nazionale, valore ottenibile definendo obiettivi differenziati secondo il valore baseline regionale al 2014: <ul style="list-style-type: none"> <li>• almeno il raggiungimento della media nazionale rilevata al 2014 (32,33%) per le Regioni al di sotto del 25%;</li> <li>• 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%;</li> <li>• incremento del 5% per le Regioni tra il 45,01% e il 55,00%;</li> <li>• mantenimento del valore attuale per le Regioni con valore &gt;55%</li> </ul>	54,4%	55%
10.08.03	Proporzione di controlli effettuati rispetto al numero di canili/rifugi presenti sul territorio	Il numero dei controlli attualmente non è rilevato in maniera standardizzata. Il numero di strutture (=904) discende dalla Rendicontazione 2011	100% In ogni Regione è svolto almeno 1 controllo/anno per ciascun rifugio e canile sanitario non gestito direttamente dal servizio veterinario della ASL	95%	100% almeno 1 controllo/anno per ciascun rifugio e canile pubblico o privato

Codice indicatore	NOME INDICATORE	NAZIONALE		PIEMONTE	
		2013 (baseline)	STANDARD	2013 (baseline)	VALORE ATTESO REGIONALE 2018
10.11.01	Percentuale di personale formato per il corso base previsto dall'accordo, sul totale del personale afferente ai Servizi dell'Autorità competente	È previsto che il monitoraggio dello stato di attuazione dell'accordo, e dunque della formazione in esso prevista, sarà effettuato a partire dal 2015. Pertanto il valore baseline nazionale sarà noto entro la fine del 2015; la rilevazione delle risorse umane destinatarie del primo percorso formativo verrà svolta nel 2015	100% del personale addetto al controllo ufficiale delle ACL e ACR è formato per il primo percorso (di approfondimento del pacchetto igiene) entro il 2018. 100% delle Regioni hanno programmato il mantenimento della formazione del personale precedentemente formato sugli argomenti del primo percorso	Al 2013 tutto il personale addetto ai controlli ufficiali ha ricevuto una formazione equivalente al primo percorso.  Al 2013 sono stati realizzati 15 corsi di formazione che hanno coinvolto personale addetto ai controlli ufficiali di tutte le ASL (circa 900 operatori formati)	100% del personale addetto al controllo ufficiale delle ACL e ACR di nuova assunzione formato per il primo percorso e, ove necessario, per il secondo (audit imprese settore alimentare) e il terzo percorso (audit autorità competenti)  100% del personale aggiornato nell'ambito delle specifiche competenze
10.12.01	Rendicontazione dell'attività di audit svolta	Tutte le Regioni e Province Autonome svolgono audit sulle autorità competenti locali, ma ve ne sono alcune in cui non tutte le articolazioni organizzative regionali competenti in sicurezza alimentare e sanità pubblica veterinaria svolgono audit sulle ASL. Al momento tutte le Regioni si attengono al criterio di copertura. Entro il 2015 verrà misurato il grado di copertura del territorio e dei sistemi di controllo raggiunto, tenendo conto dell'attività avviata dal 2014	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	Audit svolti nel 2013 in 8 ASL su 12 relativi a 3 SC: - settore controlli sull'igiene della distribuzione e commercializzazione alimenti di origine animale (REG. CE n. 852/2004) - settore controlli sull'impiego di fitosanitari - settore benessere animale in allevamento e durante il trasporto	a) si prevede mantenimento copertura annuale territoriale superiore al 20% delle ASL  b) si prevede mantenimento copertura annuale del 20% dei SC di cui al Country profile

## QUADRO RIASSUNTIVO DEGLI INDICATORI SENTINELLA

Programma	Azione	Definizione	Fonte	Numeratore	Denominatore	Formula di calcolo	Criteri SMART	Valore baseline	Standard 2015	Standard 2016	Standard 2017	Standard 2018
1	1.3.1	Presenza del catalogo	Rendiconti PLP	N. cataloghi predisposti dalle ASL	N. totale di ASL	N. cataloghi predisposti/n. totale di ASL x 100	ok	40%	50%	80%	100%	100%
2	2.2.1	Etichette caricate in Banca dati	Banca dati regionale	N. etichette caricate	N. etichette raccolte nell'ultima rilevazione okkio alla salute	N. etichette caricate/n. etichette raccolte x 100	ok	30%	50%	100%	//	//
		Guida per i consumatori per la lettura ragionata dell'etichetta elaborata e diffusa	Banca dati regionale			Si/no		//	//	//	Redazione guida S1	Diffusione guida sui siti istituzionali S1
	2.3.1	Definizione accordo e produzione materiale per la comunicazione	Sito regionale			Si/no		Non disponibile	Documento accordo e materiali disponibili sul sito	//	//	//
		Attività di implementazione/ monitoraggio	Rendiconti PLP	N. attività implementate e/o monitorate	N. totale di ASL	N. attività/n. totale ASL	ok	0	0	> 1	> 1	> 1
	2.4.1	Formalizzazione Rete contesti divertimento	Provvedimento di formalizzazione			Si/no		Non disponibile	Costituzione e formalizzazione della rete S1	//	//	//
		N. di ASL che attivano progetti nel contesto del divertimento	Rendiconti PLP	N. ASL che attivano almeno 1 progetto/	N. totale ASL	N. ASL con progetti/n. tot. ASL	ok	Non disponibile	Non disponibile	Almeno 4 ASL attivano progetti	Almeno 4 ASL attivano progetti	Almeno 5 ASL attivano progetti
3	3.3.1	Avvio attività del gruppo di lavoro WHP	Verbali del gruppo	N. incontri	//	N. incontri nel 2015		>= 1	//	//	//	//
		Esiti studi fattibilità rete WHP	Report			Si/no		Non disponibile		Bozza documento	Documento validato	
		Avvio rete WHP* * se esito dello studio di fattibilità positivo	Sito regionale			Si/no	//	//	//	//	//	Documento/ evento di avvio rete si*

Programma	Azione	Definizione	Fonte	Numeratore	Denominatore	Formula di calcolo	Criteri SMART	Valore baseline	Standard 2015	Standard 2016	Standard 2017	Standard 2018
4	4.1.1	N. punti di sostegno in cui è stata realizzata la formazione per gli allattamenti difficili sul totale punti	Rendiconti PLP	N. punti di sostegno in cui è stata realizzata la formazione per gli allattamenti difficili	N. totale punti di sostegno allattamento	N.punti di sostegno in cui è stata realizzata la formazione per gli allattamenti difficili / totale punti x 100		Non disponibile	Calendario incontri nei 30punti di sostegno	Almeno 50%	Almeno 75%	100%
	4.2.1	Ricognizione: programmazione, realizzazione, diffusione gli interventi di prevenzione e contrasto del tabagismo	Regione Piemonte			Si/no		//	Programmazione e avvio della ricognizione	Stesura di un report coi risultati della ricognizione e diffusione del report a livello aziendale ed extra aziendale	//	//
	4.2.3	Coordinamento delle iniziative di prevenzione consumo dannoso/rischioso alcool	Report gruppo alcool			Si/no			Contatti e individuazione membri del gruppo di lavoro ALCOL	Insedimento gruppo di coordinamento sua formalizzazione Definizione di un format specifico per i training	Monitoraggio e valutazione delle iniziative implementate nelle ASL nell'anno precedente ed eventuali revisioni del format	Valutazione delle iniziative formative implementate e report finale delle attività del gruppo di lavoro alcool e sua diffusione
		Realizzazione corsi di formazione da parte delle ASL	Rendicontazioni e PLP							Almeno un evento formativo a livello regionale per formatori delle ASL	Almeno il 30% delle asl piemontesi hanno effettuato corsi	Almeno il 50% delle asl piemontesi hanno effettuato corsi
	4.1.5	Avvio Pdta diabete evidence-based	Report gruppo di lavoro			Si/no			Almeno un report sulle attività di interazione con il gruppo sul PDTA-DM	Raccolta buone pratiche	Identificazione dei criteri (elementi minimi qualificanti per i percorsi educativo-terapeutici efficaci)	Avvio in almeno 2 strutture diabetologi che regionali di almeno un percorso educativo-terapeutico strutturato con i criteri individuati
	4.1.8	Programma di implementazione degli interventi di prevenzione e counselling nutrizionale nelle ASL	Rendiconti PLP				N. ASL che adottano programma counseling nutrizionale/n. totale ASL		Non disponibile	Non applicabile	30% delle ASL adottano il programma	50% delle ASL adottano il programma

Programma	Azione	Definizione	Fonte	Numeratore	Denominatore	Formula di calcolo	Criteri SMART	Valore baseline	Standard 2015	Standard 2016	Standard 2017	Standard 2018
5	5.1.1	Numero di donne invitate ad effettuare il test di screening mammografico	Data base Prevenzione Serena	Numero di donne invitate ad effettuare il test di screening + adesioni spontanee	Popolazione bersaglio 50-69 anni annuale	N. donne invitate + adesioni spontanee/popolazione bersaglio x 100	ok	70,2%	75%	85%	90%	100%
	5.1.1	Numero di donne invitate ad effettuare il test di screening cervico-vaginale	Data base Prevenzione Serena	Numero di donne invitate ad effettuare il test di screening + adesioni spontanee	Popolazione bersaglio 25-64 anni annuale	N. donne invitate + adesioni spontanee/popolazione bersaglio x 100	ok	78%	70%	80%	90%	100%
	5.1.1	Numero di persone invitate a sigmoidoscopia	Data base Prevenzione Serena	Numero di persone invitate + adesioni spontanee	Popolazione bersaglio 58 anni annuale	N. persone invitate + adesioni spontanee/popolazione bersaglio x 100	ok	80.2%	82%	85%	90%	100%
	5.1.2	Lettera informativa per mammografia alle donne 45-49 anni	Data base Prevenzione Serena	Numero di dipartimenti che hanno inviato la lettera informativa	N. dipartimenti di screening	N. dipartimenti che hanno inviato/n. dipartimenti	ok	Non disponibile	5/9	7/9	9/9	9/9
	5.3.1	Lettera preavviso screening colo-rettale	Data base Prevenzione Serena	Numero di dipartimenti che hanno inviato la lettera di preavviso	N. dipartimenti di screening	N. dipartimenti che hanno inviato/n. dipartimenti	ok	Non disponibile	1/9	3/9	7/9	9/9
	5.2.1	Invitate a test HPV di primo livello	Data base Prevenzione Serena	Invitate a test HPV di primo livello nell'anno	Totale invitate nell'anno (complessivo regionale)	Invitate a test HPV di primo livello nell'anno/ totale invitate nell'anno	ok	Non disponibile (attività avviata in 6 dip. su 9)	30%	40%	50%	90%
6	6.1.1	Report regionale descrittivo dei rischi e danni	flussi Inail-Regioni, Informo, SPRESALWeb, comunicazioni dei medici competenti ex art. 40/81			Si/no		Assenza report	Definizione dei contenuti minimi dei report regionali e locali	Report disponibile in almeno il 50% delle ASL	Report locali disponibili sul sito, della Regione, di Dors e presentato al CRC	Report regionale disponibile sul sito della Regione, di Dors e presentato al CRC
	6.4.1	Aggiornamento e pubblicazione degli elenchi dei soggetti formatori abilitati all'erogazione dei corsi	Comunicazione da enti abilitanti			N. aggiornamenti pubblicati on line		Non disponibile	Pubblicazione on line di almeno due aggiornamenti	Pubblicazione on line di almeno due aggiornamenti	Pubblicazione on line di almeno due aggiornamenti	Pubblicazione on line di almeno due aggiornamenti

Programma	Azione	Definizione	Fonte	Numeratore	Denominatore	Formula di calcolo	Criteri SMART	Valore baseline	Standard 2015	Standard 2016	Standard 2017	Standard 2018
	6.5.1	Predisposizione di documento di linee di indirizzo operativo	Siti istituzionali			Si/no		Assenza di linee di indirizzo operativo	Predisposizione di bozza di documento	Approvazione e diffusione del documento	//	//
	6.6.1	Percorsi formativi per insegnanti	Rendicontazione e gruppo di lavoro			N. percorsi/ seminari/moduli		Non applicabile	Costituzione Gruppo di lavoro e progettazione percorso formativo	Realizzazione di almeno tre seminari calibrati ai tre diversi gradi scolastici	Realizzazione di un nuovo corso di formazione per insegnanti, per ogni segmento formativo	Realizzazione di almeno 4 moduli di aggiornamento
	6.7.2	Report regionale sull'applicazione del Piano Regionale Edilizia	Sito istituzionale			Si/no		Non applicabile	Report sull'applicazione del piano regionale in edilizia in tutte le ASL, con specificazione della quota di vigilanza congiunta	Report sull'applicazione del piano regionale in edilizia in tutte le ASL, con specificazione della quota di vigilanza congiunta	Report sull'applicazione del piano regionale in edilizia in tutte le ASL, con specificazione della quota di vigilanza congiunta	Report sull'applicazione del piano regionale in edilizia in tutte le ASL, con specificazione della quota di vigilanza congiunta
	6.7.3	ASL che applicano il Piano Regionale Agricoltura	Rendiconti PLP	N. di ASL che applicano il Piano Regionale Agricoltura	totale delle ASL	N.di ASL che applicano il Piano Regionale Agricoltura/ totale delle ASL	ok	70%	80%	80%	80%	100%
7	7.13.1	Interventi di controllo congiunti ARPA-ASL su apparecchiature abbronzanti	Rendiconti PLP	N. di interventi di controllo congiunti ARPA-ASL su apparecchiature abbronzanti	N.di interventi di controllo programmati	N. di interventi di controllo congiunti ARPA-ASL su apparecchiature abbronzanti/n. di interventi di controllo programmati	ok	10/12	11/12	11/12	11/12	11/12
	7.7.1	Documento di formalizzazione annuale del Piano Regionale dei Controlli REACH-CLP				Si/no		1 documento formalizzato presente annualmente a partire dal 2012	1 documento formalizzato	1 documento formalizzato	1 documento formalizzato	1 documento formalizzato

Programma	Azione	Definizione	Fonte	Numeratore	Denominatore	Formula di calcolo	Criteri SMART	Valore baseline	Standard 2015	Standard 2016	Standard 2017	Standard 2018
	7.2.1	Protocollo regionale sulle attività di biomonitoraggio umano ed animale				Si/no				Costituzione di un gruppo di lavoro sul biomonitoraggio	Report di attività del gruppo di lavoro sul biomonitoraggio	Protocollo regionale sulle attività di biomonitoraggio umano ed animale pubblicato
	7.2.2	Atlante regionale Ambiente Salute				Si/no				Pubblicazione prima parte Atlante Regionale	Pubblicazione seconda parte Atlante Regionale	Pubblicazione terza parte Atlante Regionale
8	8.1.1	Adozione nuova piattaforma informatizzata	Regione Piemonte	N. ASL che hanno attivato la nuova piattaforma	N. totale ASL	N. ASL che hanno attivato la nuova piattaforma/ N. totale ASL	Ok	Nuova piattaforma assente	Progetto	Sviluppo	12/12	12/12
		Completamento programma anagrafi vaccinali	Sistemi informativi ASL	N. ASL che hanno attivato l'anagrafe informatizzata	N. totale ASL	N. ASL che hanno attivato l'anagrafe informatizzata/ N. totale ASL	Ok	11/12	11/12	11/12	11/12	12/12
		Attivazione sistema sorveglianza contatti TB	Regione Piemonte	N. ASL che hanno attivato sistema sorveglianza contatti TB	N. totale ASL	N. ASL che hanno attivato sistema sorveglianza contatti TB / N. totale ASL	Ok	Sistema sorveglianza assente	Progetto	Sviluppo	12/12	12/12
		Attivazione sistema sorveglianza uso antibiotici	Regione Piemonte				Si/no	Sistema sorveglianza assente	Progetto	Sviluppo	Attivo	Attivo
9	9.1.1	Evento regionale di sensibilizzazione e informazione/ formazione sull'informatizzazione della gestione del farmaco	Regione Piemonte	N. eventi	N. totale ASL	N. eventi/n. ASL x 100	Ok	Non applicabile	Non applicabile	Non applicabile	Almeno 1 evento nel 50% delle ASL	Almeno 1 evento nell'80% delle ASL
	9.1.2	Protocolli di intervento integrato che descrivono i meccanismi attraverso i quali si raggiunge l'obiettivo (es. riunioni, comitati congiunti, gruppi di collegamento, ecc.)	Regione Piemonte			Si/no		Non disponibile	//	Protocollo disponibile	//	//

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