

REGIONE EMILIA-ROMAGNA

Atti amministrativi GIUNTA REGIONALE

Delibera Num. 788 del 28/05/2018

Seduta Num. 23

Questo lunedì 28 **del mese di** maggio
dell' anno 2018 **si è riunita nella residenza di** via Aldo Moro, 52 BOLOGNA
la Giunta regionale con l'intervento dei Signori:

1) Gualmini Elisabetta	Vicepresidente
2) Bianchi Patrizio	Assessore
3) Caselli Simona	Assessore
4) Costi Palma	Assessore
5) Mezzetti Massimo	Assessore
6) Petitti Emma	Assessore

Presiede la Vicepresidente Gualmini Elisabetta
attesa l'assenza del Presidente

Funge da Segretario l'Assessore: Costi Palma

Proposta: GPG/2018/745 del 08/05/2018

Struttura proponente: SERVIZIO PREVENZIONE COLLETTIVA E SANITA' PUBBLICA
DIREZIONE GENERALE CURA DELLA PERSONA, SALUTE E WELFARE

Assessorato proponente: ASSESSORE ALLE POLITICHE PER LA SALUTE

Oggetto: RECEPIMENTO INTESA STATO-REGIONI PER LA PROROGA DEL PIANO NAZIONALE DELLA PREVENZIONE 2014-2018. PROROGA AL 31 DICEMBRE 2019 DEL PIANO REGIONALE DELLA PREVENZIONE 2015-2018 E CONSEGUENTE RIMODULAZIONE E PROGETTAZIONE.

Iter di approvazione previsto: Delibera ordinaria

Responsabile del procedimento: Adriana Giannini

LA GIUNTA DELLA REGIONE EMILIA-ROMAGNA

Premesso che:

- in data 13 novembre 2014, con repertorio n. 156/CSR è stata stipulata un'Intesa - in sede di Conferenza Permanente per i Rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province Autonome di Trento e di Bolzano - ai sensi dell'art. 8, comma 6, della Legge 5 giugno 2003, n. 131, concernente il Piano Nazionale della Prevenzione per gli anni 2014-2018;
- tale Intesa nell'approvare il Piano Nazionale della Prevenzione 2014-2018 stabilisce:
 - all'art. 1, comma 3, che le Regioni si impegnano ad adottare, entro il 31 maggio 2015, il Piano Regionale della Prevenzione per la realizzazione del Piano Nazionale della Prevenzione 2014-2018 attraverso i programmi individuati sulla base di quanto disposto al punto 2 del medesimo art. 1;
 - all'art. 1, comma 5, che le Regioni trasmettono annualmente alla Direzione Operativa del Centro Nazionale per la Prevenzione ed il Controllo delle Malattie (CCM) idonea documentazione sulle attività svolte per consentire alla medesima Direzione di certificare l'avvenuto raggiungimento degli obiettivi previsti dai Piani Regionali;
 - all'art. 1, comma 6, che i criteri per la valutazione e la certificazione dei Piani Regionali della Prevenzione sono individuati con apposito Accordo Stato-Regioni;
- con propria deliberazione n. 152 del 23 febbraio 2015 avente per oggetto "Recepimento del Piano Nazionale della Prevenzione 2014-2018, approvazione del Profilo di Salute e delle Indicazioni operative per la progettazione del Piano Regionale della Prevenzione", è stato recepito il Piano Nazionale della Prevenzione 2014-2018, oggetto della succitata Intesa Stato-Regioni, e si è dato avvio al percorso di costruzione del nuovo Piano Regionale approvando il Profilo di Salute Regionale e definendo le Indicazioni operative per la progettazione del Piano medesimo;
- con il succitato Documento concernente il Profilo di Salute Regionale si sono potuti delineare, tra l'altro, la base conoscitiva dei bisogni di salute della popolazione e i problemi prioritari su cui intervenire;

- in sede di Conferenza Permanente per i Rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province Autonome di Trento e di Bolzano è stato sancito, in data 25 marzo 2015, con repertorio n. 56/CSR, apposito Accordo, ai sensi dell'art. 4, comma 1, del D.Lgs. 28 agosto 1997, n. 281, con cui è stato approvato il documento "Piano Nazionale per la Prevenzione per gli anni 2014-2018 - Documento per la valutazione" che stabilisce i criteri per la valutazione dei Piani Regionali della Prevenzione al fine di monitorare lo stato di avanzamento degli interventi programmati e definisce le regole e la tempistica della valutazione finalizzata alla certificazione dei Piani Regionali della Prevenzione;

Richiamata la propria deliberazione n. 771 del 29 giugno 2015 con la quale è stato approvato il Piano Regionale della Prevenzione 2015-2018 che si articola in sei Programmi (Ambienti di lavoro, Scuola, Ambiente Sanitario, Comunità, declinata secondo le seguenti tre direttrici: programmi di popolazione, interventi età-specifici e interventi per patologia), ciascuno comprendente numerosi e specifici progetti che riguardano tematiche estremamente diversificate e che presentano caratteristiche di forte integrazione fra professionalità e competenze diverse, nonché si demanda ad apposito atto dirigenziale l'individuazione del Coordinatore per la realizzazione del Piano Regionale della Prevenzione 2015-2018 e dei componenti del Gruppo di monitoraggio e valutazione del Piano medesimo;

Rilevato che con determinazione del Direttore Generale Sanità e Politiche Sociali e per l'Integrazione n. 14600 del 30 ottobre 2015, in attuazione di quanto previsto dalla soprarichiamata deliberazione, si è provveduto ad individuare il Coordinatore del Piano Regionale della Prevenzione 2015-2018 nella Dottoressa Adriana Giannini, Responsabile del Servizio Prevenzione Collettiva e Sanità Pubblica, nonché è stato costituito il Gruppo di coordinamento e monitoraggio del suddetto Piano, al fine di rendere maggiormente congruenti e sinergici i diversi progetti attuativi del Piano stesso e di monitorarne la realizzazione, nel rispetto dei risultati oggetto di valutazione da parte del Ministero della Salute, come da Accordo fra Stato, Regioni e Province Autonome del 25 marzo 2015;

Dato atto che in sede di Conferenza Permanente per i Rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province Autonome di Trento e Bolzano è stata sancita, in data 21 dicembre 2017, con repertorio n. 247/CSR, apposita Intesa, ai sensi dell'art.

8, comma 6, della Legge 5 giugno 2003, n. 131, concernente la proroga del Piano Nazionale per la Prevenzione per gli anni 2014-2018 al 31 dicembre 2019 stabilendo al contempo che le Regioni rimodulino i propri Piani di Prevenzione per gli anni 2018 e 2019, secondo le modalità ivi previste;

Ritenuto di dover procedere al recepimento della soprarichiamata Intesa per la proroga del Piano Nazionale per la Prevenzione 2014-2018, di cui all'Allegato 1 al presente provvedimento quale parte integrante e sostanziale dello stesso, sancita anche al fine di fornire indicazioni comuni per la ridefinizione degli obiettivi e delle azioni di prevenzione da assicurare nel territorio nazionale;

Evidenziato che il Piano Regionale della Prevenzione 2015-2018 ha promosso e sviluppato un approccio integrato tra tutti i soggetti che operano nei settori della sanità e delle Comunità, teso al raggiungimento di obiettivi di salute e al contrasto delle disuguaglianze in salute;

Rilevato altresì che, per dare concreta attuazione a quanto indicato nel Piano Regionale della Prevenzione 2015-2018, le Aziende USL, d'intesa con le Aziende Ospedaliere dei territori di competenza, hanno definito il proprio Piano Locale Attuativo (PLA) per il triennio 2016-2018, declinando a livello territoriale gli interventi indicati dal Piano in parola;

Dato atto, inoltre, che il Piano medesimo ha contribuito alla realizzazione di reti e alleanze con Enti, Associazioni di cittadini, del volontariato e del privato-sociale, Imprese e altri portatori di interesse a supporto dello svolgimento delle azioni previste dal Piano;

Valutato opportuno garantire le azioni già avviate consolidandole in termini di qualità e/o di estensione a tutte le Aziende USL e riprogettare le azioni per quei contesti modificatisi per quadro normativo o sulla base delle valutazioni dei risultati raggiunti per il biennio 2016-2017;

Considerato che il Piano Regionale della Prevenzione 2015-2018 ha provveduto a sviluppare Macro obiettivi individuati dal Piano Nazionale della Prevenzione 2014-2018 sulla base delle seguenti priorità:

- 1) la riduzione del carico di malattia, e, nello specifico, la diminuzione della mortalità prematura da malattie croniche non trasmissibili, degli incidenti e delle malattie professionali, nonché la promozione dell'invecchiamento attivo;

- 2) l'investimento sul benessere dei giovani, teso a promuovere una crescita responsabile e consapevole attraverso l'adozione di stili di vita sani e di comportamenti di rifiuto nei confronti di qualunque forma di dipendenza;
- 3) il rafforzamento e la conferma di un patrimonio comune di pratiche preventive quali quelle relative alla salvaguardia della salute dei lavoratori, alla prevenzione oncologica e alle vaccinazioni;
- 4) il rafforzamento e la messa a sistema di interventi per implementare l'attenzione su target particolarmente fragili, come anziani, malati cronici e per prevenire le disabilità;
- 5) la promozione di un rapporto salubre fra salute e ambiente per contribuire a ridurre le malattie, in particolare le malattie croniche non trasmissibili, nonché per sviluppare le potenzialità di approccio inter-istituzionale del Servizio Sanitario;

Valutato pertanto di dover prorogare al 31 dicembre 2019 il Piano Regionale della Prevenzione 2015-2018, tenendo conto, da un lato della necessità di completare, ridefinire azioni/progetti relativamente ai programmi per i quali si prevede di non raggiungere entro il 2018 obiettivi e standard fissati e dall'altro delle indicazioni formulate nell'Intesa Stato-Regioni soprarichiamata, con particolare riferimento a:

- conferma o miglioramento, in termini di estensione territoriale, di destinatari, delle azioni e dei relativi indicatori e standard, relativamente ai programmi per i quali si prevede di raggiungere entro il 2018 obiettivi e standard fissati, fatte salve le azioni che prevedevano obiettivi formali già raggiunti e non ripetibili;
- modifica di indicatori sentinella o altri indicatori individuati nell'ambito del sistema di monitoraggio del Piano Regionale della Prevenzione 2015-2018 (correzione di refusi, errori materiali, correzione/modifica delle modalità di calcolo, rimodulazione di indicatori, introduzione ex novo di indicatori);
- ridefinizione di azioni rispetto a percorsi di miglioramento delle stesse;

Dato atto che con nota Prot. n. PG/2018/141286 del 28 febbraio 2018 la Regione Emilia-Romagna ha trasmesso al Ministero della Salute - Direzione Generale della Prevenzione Sanitaria, in attuazione di quanto previsto al punto 5. della suddetta Intesa del 21 dicembre 2017, la documentazione

concernente la rimodulazione e la progettazione per gli anni 2018-2019 del Piano Regionale della Prevenzione 2015-2018;

Considerato che il Ministero della Salute - Direzione Generale della Prevenzione Sanitaria, con nota Prot. n. DGPRES.0012018-P del 20 aprile 2018 ha comunicato che il percorso di rimodulazione e proroga del Piano Regionale della Prevenzione 2015-2018 è stato effettuato coerentemente alle previsioni della suddetta Intesa;

Evidenziato che sulla base dei risultati conseguiti al 31 dicembre 2017 e di quanto sopra evidenziato, è stato rimodulato e progettato per gli anni 2018-2019 il Piano Regionale della Prevenzione 2015-2018, di cui all'Allegato 2, parte integrante e sostanziale del presente provvedimento, che, in particolare, rileva i valori attesi per gli indicatori nel biennio 2018-2019 relativamente ai diversi Programmi/Progetti;

Ritenuto di dover confermare quale Coordinatore a livello regionale la Dottoressa Adriana Giannini, già individuata con la succitata determinazione del Direttore Generale Sanità e Politiche Sociali e per l'Integrazione n. 14600 del 30 ottobre 2015 e di confermare il Gruppo di monitoraggio e valutazione del Piano costituito con la medesima determinazione n. 14600/2015 in ragione della utilità del lavoro finora svolto, prorogandone la durata al 31 dicembre 2019 nonché per il tempo necessario a valutarne i risultati;

Acquisito il parere favorevole espresso dalla Commissione Assembleare Politiche per la Salute e Politiche Sociali nella seduta del 22 maggio 2018 e trattenuto agli atti del Servizio Prevenzione Collettiva e Sanità Pubblica della Direzione Generale Cura della Persona, Salute e Welfare;

Visti:

- la L.R. 12 maggio 1994, n. 19 "Norme per il riordino del Servizio Sanitario Regionale ai sensi del Decreto Legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, modificato dal Decreto Legislativo 7 dicembre 1993, n. 517" e successive modifiche;
- la L.R. 15 novembre 2001, n. 40 "Ordinamento contabile della Regione Emilia-Romagna, abrogazione delle L.R. 6 luglio 1977 n. 31 e 27 marzo 1972 n. 4", per quanto applicabile;
- la L.R. 26 novembre 2001, n. 43 "Testo unico in materia di organizzazione e di rapporti di lavoro nella Regione Emilia-Romagna" e successive modificazioni;

- la L.R. 23 dicembre 2004, n. 29 "Norme generali sull'organizzazione ed il funzionamento del Servizio Sanitario Regionale" e successive modifiche;
- il D.Lgs. 14 marzo 2013, n. 33 "Riordino della disciplina riguardante il diritto di accesso civico e gli obblighi di pubblicità, trasparenza e diffusione di informazioni da parte delle Pubbliche Amministrazioni" e ss.mm.ii.;
- la propria deliberazione n. 93 del 29 gennaio 2018 avente per oggetto "Approvazione Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione. Aggiornamento 2018-2020", ed in particolare l'Allegato B) "Direttiva di indirizzi interpretativi per l'applicazione degli obblighi di pubblicazione previsti dal D.Lgs. n. 33 del 2013. Attuazione del Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione 2018-2020";

Richiamate infine:

- le proprie deliberazioni n. 193 del 27 febbraio 2015, n. 516 dell'11 maggio 2015, n. 628 del 29 maggio 2015, n. 1026 del 27 luglio 2015, n. 2189 del 21 dicembre 2015, n. 56 del 25 gennaio 2016, n. 106 dell'1 febbraio 2016, n. 270 del 29 febbraio 2016, n. 622 del 28 aprile 2016, n. 702 del 16 maggio 2016, n. 1107 dell'11 luglio 2016, n. 2123 del 5 dicembre 2016, n. 2344 del 21 dicembre 2016, n. 3 dell'11 gennaio 2017, n. 121 del 6 febbraio 2017, n. 578 del 5 maggio 2017 e n. 52 del 22 gennaio 2018;
- la propria deliberazione n. 2416 del 29 dicembre 2008 avente per oggetto: "Indirizzi in ordine alle relazioni organizzative e funzionali tra le strutture e sull'esercizio delle funzioni dirigenziali. Adempimenti conseguenti alla delibera 999/2008. Adeguamento e aggiornamento della delibera 450/2007" e successive modificazioni, per quanto applicabile;
- la propria deliberazione n. 468 del 10 aprile 2017 avente ad oggetto: "Il sistema dei controlli interni nella Regione Emilia-Romagna";
- le Circolari del Capo di Gabinetto del Presidente della Giunta regionale PG/2017/0660476 del 13 ottobre 2017 e PG/2017/0779385 del 21 dicembre 2017 relative ad indicazioni procedurali per rendere operativo il sistema dei controlli interni, predisposte in attuazione della propria deliberazione n. 468/2017;

Dato atto che il Responsabile del Procedimento ha dichiarato di non trovarsi in situazione di conflitto, anche potenziale, di interessi;

Dato atto dei pareri allegati;

Su proposta dell'Assessore alle Politiche per la Salute;

A voti unanimi e palesi

D E L I B E R A

- 1) di recepire, per le motivazioni espresse in premessa e che qui integralmente si richiamano, l'Intesa sancita in sede di Conferenza Permanente per i Rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province Autonome di Trento e Bolzano, in data 21 dicembre 2017, con repertorio n. 247/CSR, concernente la proroga del Piano Nazionale per la Prevenzione per gli anni 2014-2018 e la rimodulazione dei Piani Regionali della Prevenzione 2014-2018, di cui all'Allegato 1, parte integrante e sostanziale del presente provvedimento;
- 2) di stabilire la proroga al 31 dicembre 2019 del Piano Regionale della Prevenzione 2015-2018, di cui alla propria deliberazione n. 771/2015, approvando conseguentemente la rimodulazione e la progettazione del Piano in parola per gli anni 2018-2019, di cui all'Allegato 2, parte integrante e sostanziale del presente provvedimento;
- 3) di confermare la Dottoressa Adriana Giannini, Responsabile del Servizio Prevenzione Collettiva e Sanità pubblica della Direzione Generale Cura della Persona, Salute e Welfare, quale Coordinatore per la realizzazione dei contenuti di quanto previsto nella rimodulazione del Piano Regionale della Prevenzione 2015-2018 (Allegato 2), per il periodo di proroga del Piano stesso nonché per il tempo necessario a valutarne i risultati, secondo quanto indicato nell'Intesa Stato-Regioni sancita in data 21 dicembre 2017;
- 4) di confermare altresì il Gruppo di monitoraggio e valutazione del Piano Regionale della Prevenzione 2015-2018 costituito con la determinazione n. 14600 del 30 ottobre 2015, per il periodo di proroga del Piano in parola nonché per il tempo necessario a valutarne i risultati, secondo quanto indicato nell'Intesa Stato-Regioni sancita in data 21 dicembre 2017;
- 5) di trasmettere il presente atto al Ministero della Salute - Direzione Generale della Prevenzione Sanitaria;
- 6) di dare atto, che per quanto previsto in materia di

pubblicità, trasparenza e diffusione di informazioni, si provvederà ai sensi delle disposizioni normative ed amministrative richiamate in parte narrativa;

- 7) di pubblicare il presente provvedimento e i relativi Allegati 1 e 2 nel Bollettino Ufficiale della Regione Emilia-Romagna Telematico.



Presidenza del Consiglio dei Ministri

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

Intesa, ai sensi dell'articolo 8, comma 6, della legge 5 giugno 2003, n. 131, tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano concernente la proroga del Piano nazionale per la prevenzione per gli anni 2014-2018 e la rimodulazione dei Piani regionali della prevenzione 2014-2018.

Rep. Atti n. 267/CSE del 21 dicembre 2017

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

Nella odierna seduta del 21 dicembre 2017:

VISTO l'articolo 8, comma 6, della legge 5 giugno 2003, n. 131, che prevede la possibilità per il Governo di promuovere la stipula di Intese in sede di Conferenza Stato - Regioni, dirette a favorire il conseguimento di obiettivi comuni tra Stato e Regioni;

VISTO l'Accordo Stato - Regioni del 7 febbraio 2013, per la proroga del Piano Nazionale della Prevenzione 2010 - 2012, con cui si conveniva di avviare i lavori per l'elaborazione del nuovo Piano Nazionale della Prevenzione per il quinquennio 2014 - 2018;

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

VISTA l'Intesa, ai sensi dell'articolo 8, comma 6, della legge 5 giugno 2003, n. 131 (Rep. Atti n. 156/CSR) del 13 novembre 2014, tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano concernente il Piano nazionale della prevenzione per gli anni 2014-2018;

VISTO l'Accordo, ai sensi dell'articolo 4, comma 1, del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281 (Rep. Atti n. 56/CSR) del 25 marzo 2015, tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano concernente il "Piano nazionale della prevenzione per gli anni 2014-2018 - Documento per la valutazione";

VISTA la nota pervenuta in data 14 novembre 2017, diramata dall'Ufficio di Segreteria di questa Conferenza il 22 novembre 2017, con la quale il Ministero della salute ha inviato, ai fini del perfezionamento di una intesa in sede di Conferenza Stato-Regioni, la proposta indicata in oggetto;

VISTA la nota in data 18 dicembre 2017, la Regione Piemonte, Coordinatrice della Commissione salute, ha comunicato l'assenso tecnico favorevole;

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





Presidenza del Consiglio dei Ministri

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

SANCISCE INTESA

tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano nei seguenti termini:

1. E' estesa al 31 dicembre 2019 la vigenza del Piano nazionale per la prevenzione per gli anni 2014-2018, delle Azioni centrali di supporto e dei Piani regionali della Prevenzione (PRP);
2. È confermata per l'anno 2019 la struttura del Piano nazionale per la prevenzione per gli anni 2014-2018, ovvero i Quadri logici centrali: macro obiettivi, fattori di rischio/determinanti, strategie, obiettivi centrali, indicatori centrali;
3. È confermato il Piano nazionale per la prevenzione per gli anni 2014-2018 – Documento per la valutazione, e in particolare:
 - 3.1 è confermato anche per il 2019 il vincolo della certificazione ai fini dell'accesso al finanziamento previsto dagli obiettivi di piano;
 - 3.2 sono confermati anche per il 2019 gli "Standard" fissati al 31 dicembre 2018 degli "Indicatori centrali" di cui all'Allegato 1 al Piano;
 - 3.3 è confermato il sistema di valutazione del Piano nazionale della prevenzione e dei PRP di cui all'Allegato A, con le seguenti rimodulazioni:
 - 3.3.1 Il paragrafo "4.3 Anni 2016, 2017: valutazione di processo" è sostituito dal seguente:
"4.3 Anni 2016, 2017 e 2018: valutazione di processo.
Viene misurato il livello di avanzamento dei programmi verso il raggiungimento degli obiettivi specifici, attraverso lo scostamento tra valori osservati e standard degli indicatori sentinella". Tale valutazione avviene annualmente sulla base dei cronoprogrammi regionali, a far data dall'avvio dei PRP";
 - 3.3.2 Il paragrafo "4.4 Anno 2018: valutazione di processo e valutazione di risultato" è sostituito dal seguente:
"4.4 Anno 2019: valutazione di processo e valutazione di risultato.
Viene documentato e valutato attraverso i relativi indicatori il livello di raggiungimento degli obiettivi centrali. Tale valutazione si effettua a conclusione del periodo di riferimento del PNP".
 - 3.3.3 Il punto "3. Per l'anno 2018" del paragrafo 5.3 è sostituito dal seguente:
"3. Per l'anno 2018:
Almeno l'80% di tutti gli indicatori "sentinella" di tutti i programmi presenta uno scostamento tra valore osservato e standard non superiore al 20%;
Per l'anno 2019:
 - a) Almeno l'80% di tutti gli indicatori "sentinella" di tutti i programmi presenta uno scostamento tra valore osservato e standard non superiore al 20%;
 - b) la rendicontazione è corredata dalla documentazione dei valori osservati regionali per tutti gli indicatori centrali".
4. Al fine di consentire il raggiungimento entro il 31 dicembre 2019 degli standard regionali degli indicatori centrali, le Regioni e le Province Autonome, per gli anni 2018 e 2019



AP



Presidenza del Consiglio dei Ministri

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

procedono alla rimodulazione dei PRP, ai sensi del paragrafo 1.2 del "Piano Nazionale della Prevenzione 2014-2018" e del paragrafo 1 del "Piano nazionale della prevenzione 2014-2018 - Documento di valutazione".

La rimodulazione:

- a) tiene conto della rendicontazione e della valutazione dell'avanzamento dei PRP "verso gli obiettivi concordati e i relativi risultati attesi e dell'eventuale mutamento del contesto nazionale e di quelli regional" (cfr. Documento di valutazione), fermo restando il Quadro logico centrale e sulla base degli ultimi dati a disposizione del Ministero della salute e delle Regioni circa i valori raggiunti degli indicatori centrali e il loro trend verso gli standard fissati, a livello centrale e regionale;
 - b) è supportata da evidenze ed adeguatamente motivata, con specifico riferimento ai contenuti, alle finalità originarie e al processo che caratterizzano il/i programma/i a cui fa riferimento;
 - c) non modifica il Quadro logico regionale, ovvero il numero, la denominazione e gli obiettivi dei programmi contenuti nei PRP;
 - d) può prevedere di:
 1. completare, ridefinire azioni/progetti, relativamente ai programmi per i quali le Regioni prevedono di non raggiungere entro il 2018 obiettivi e standard fissati;
 2. confermare o migliorare, in termini di estensione territoriale, di destinatari, quantitativi e/o qualitativi, le azioni e i relativi indicatori e standard, relativamente ai programmi per i quali le Regioni prevedono di raggiungere entro il 2018 obiettivi e standard fissati, fatte salve le azioni che prevedevano obiettivi formali già raggiunti e non ripetibili (es. stipula protocolli di intesa, adozione di atti ecc.);
 3. modificare indicatori sentinella o altri indicatori individuati nell'ambito del sistema di monitoraggio del PRP nei termini seguenti:
 - i) correzione di refusi, errori materiali;
 - ii) correzione/modifica, opportunamente motivata, delle modalità di calcolo;
 - iii) rimodulazione di indicatori, affinché siano più specifici rispetto all'intervento/azione che intendono monitorare, in termini sia di processo, sia di proxy del risultato atteso, sia di misura dell'evoluzione dell'intervento verso il raggiungimento dell'obiettivo;
 - iv) introduzione ex novo di indicatori relativamente ad azioni per le quali tali indicatori non sono stati individuati ma che si ritengono significativi in termini di impatto sul programma e di raggiungimento degli obiettivi;
 4. ridefinire azioni rispetto a percorsi di ri-orientamento e miglioramento delle stesse che derivano dalla realizzazione di progetti CCM di supporto.
5. Entro il 28 febbraio 2018, Regioni e Province autonome rimodulano i PRP e li trasmettono al Ministero della salute, il quale fornisce riscontro in merito entro il 30 marzo 2018;
 6. Entro il 30 aprile 2018, Regioni e Province Autonome adottano i PRP rimodulati/prorogati e li trasmettono al Ministero della salute entro il 31 maggio 2018;





Presidenza del Consiglio dei Ministri

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

7. Il Ministero della salute e le Regioni e le Province autonome si impegnano ad avviare, entro il 30 settembre 2018, i lavori per l'elaborazione del Piano nazionale prevenzione per il quinquennio 2020-2025.

RP

IL SEGRETARIO
Antonio Naddo



IL PRESIDENTE
Sottosegretario Gianclaudio Bressa

GA



Piano Regionale della Prevenzione Rimodulazione 2018 e Programmazione 2019



Codice progetto e nome	1.1 - Sistema Informativo Regionale per la Prevenzione nei luoghi di lavoro Emilia-Romagna (S.I.R.P.- E-R)
CONSOLIDAMENTO	Si confermano le attività previste dal progetto aggiornando il cronoprogramma al biennio 2018-2019 e i valori attesi per gli indicatori, compreso quello sentinella.

Cronoprogramma	2015		2016				2017				2018				2019			
	III	IV	I	II	III	IV	I	II	III	IV	I	II	III	IV	I	II	III	IV
Rapporto annuale relativo all'attività complessiva del progetto ivi compresa la produzione di report relativi all'analisi delle attività di prevenzione nei luoghi di lavoro, delle violazioni rilevate in vigilanza, delle attività del Comitato Regionale di Coordinamento ex art. 7 D.Lgs. 81/08 e relative articolazioni territoriali		X				X				X				X				X
Monitoraggio annuale dei danni da lavoro: produzione di report regionali annuali (Flussi Informativi Inail – Regioni, Sistema di sorveglianza delle malattie professionali - MALPROF, Analisi degli infortuni mortali e gravi)		X				X				X				X				X

Monitoraggio annuale dei rischi da lavoro: elaborazione dei dati del flusso informativo ex articolo 40, allegato 3 B), D. Lgs. 81/08 e dei dati dell'archivio regionale dei registri degli esposti a sostanze cancerogene, con produzione di rapporto annuale						X				X				X				X
Produzione di un rapporto annuale, in raccordo con il progetto cancerogeni, relativo al Registro regionale mesoteliomi, al Registro regionale tumori naso sinusali e dal 2017 anche al progetto per la ricerca dei tumori a bassa frazione eziologica						X				X				X				X

INDICATORI	Fonte	Formula	Valore di partenza (baseline)	2016	2017	2018	2019
Rapporto annuale relativo all'attività complessiva del progetto	RER	NA	//	Rapporto annuale	Rapporto annuale	Rapporto annuale	Rapporto annuale
Report sui dati di attività SPSAL - UOIA	Gestionali SPSAL UOIA	NA	Report attività 2012-2014	Report attività 2013-2015	Report attività 2014-2016	Report attività 2015-2017	Report attività 2016-2018
Report sui dati delle violazioni riscontrate in vigilanza	Gestionali SPSAL UOIA	NA	Report 2014 su dati 2013	Report annuale	Report annuale	Report annuale	Report annuale
Report attività Comitato di Coordinamento Regionale ex art. 7 D.Lgs 81/08		NA	Report 2014 su dati 2012	Report annuale	Report annuale	Report annuale	Report annuale

Report regionale su infortuni e malattie professionali	Flussi informativi INAIL-Regioni e MAL. PROF.	NA	Report 2014 su dati 2012	Report annuale	Report annuale	Report annuale	Report annuale
Report regionale infortuni mortali	Infor.Mo.	NA	//	Report biennale		Report biennale	Report biennale
Report su relazioni art. 40 (mappa dei rischi)	INAIL	NA	//	Report annuale	Report annuale	Report annuale	Report annuale
Report su esposti professionali a cancerogeni	Registri esposti	NA	//		Report annuale	Report annuale	Report annuale
Report Registro regionale mesoteliomi	Registro mesoteliomi	NA	Report anno 2014	Report annuale	Report annuale	Report annuale	Report annuale
Report Registro regionale ReNaTuNS	Registro ReNaTuNS	NA	//	Report annuale	Report annuale	Report annuale	Report annuale
Report Registro regionale ricerca tumori a bassa frazione eziologica (approccio OCCAM)	Registri tumori/SDO	NA	//		Report annuale	Report annuale	Report annuale

Codice progetto e nome	1.2 - Promozione della salute nei luoghi di lavoro
RIMODULAZIONE	Si confermano le attività previste dal progetto aggiornando il cronoprogramma al biennio 2018-2019 e i valori attesi per gli indicatori; valutato il positivo andamento del progetto negli anni l'indicatore sentinella è stato rimodulato nel biennio 2018-2019 in termini migliorativi

Cronoprogramma	2015		2016				2017				2018				2019				
	III	IV	I	II	III	IV	I	II	III	IV	I	II	III	IV	I	II	III	IV	
Rapporto annuale sull'attività del progetto			X				X				X				X				
Corso regionale sull'approccio motivazionale al cambiamento per operatori SPSAL/AUsl coinvolti			X	X															
Definizione delle azioni positive da proporre alle aziende (con particolare riferimento a fumo, alcol, alimentazione e attività fisica) e definizione delle modalità di adesione al progetto (scheda aziendale con indicazione delle azioni positive che saranno realizzate)			X	X															
Predisposizione degli strumenti a supporto dei medici competenti (scheda individuale per la promozione della salute)			X	X															

Presentazione e condivisione del progetto, in tutte le province, con le parti sociali e con i medici competenti					X	X												
Predisposizione di accordi, protocolli, documenti di indirizzo a sostegno degli interventi di promozione della salute nelle aziende					X	X	X											
Corso sull'approccio motivazionale rivolto ai medici competenti della regione (almeno 1 corso per area vasta) – applicazione pratica del metodo					X	X					X	X	X	X	X	X	X	X
Corsi di formazione per RLS e RSPP sui temi della promozione della salute nei luoghi di lavoro e sui contenuti del progetto						X	X	X	X									
Sperimentazione del progetto con aziende pilota						X	X	X	X	X								
Estensione, previa valutazione dell'esperienza pilota, del progetto ad almeno 100 aziende, coinvolgendo circa 30.000 lavoratori											X	X	X	X	X	X	X	X

INDICATORI	Fonte	Formula	Valore di partenza (baseline)	2016	2017	2018	2019
N° aziende partecipanti al progetto	Report regionale	NA	//	Almeno 5 aziende in una provincia pilota	Almeno 1 azienda in ogni provincia	almeno 110 aziende a livello regionale	almeno 110 aziende a livello regionale
N° lavoratori coinvolti	Report regionale	NA	//			almeno 30.000	almeno 30.000
Rapporto annuale sull'attività del progetto	Gruppo di progetto	NA	//	1 rapporto annuale	1 rapporto annuale	1 rapporto annuale	1 rapporto annuale
n. di corsi di formazione degli operatori dei Servizi e sull'approccio motivazionale al cambiamento	Report regionale	NA	//	1 corso regionale			
Predisposizione scheda aziendale di adesione al progetto con indicazione delle azioni positive che saranno realizzate	Gruppo di progetto	NA	//	Evidenza scheda di adesione aziendale			
Predisposizione degli strumenti a supporto dei medici competenti (scheda individuale per la promozione della salute)	Gruppo di progetto	NA	//	Evidenza scheda individuale per la promozione della salute			

N. di percorsi attivati di formazione dei medici competenti sull'approccio motivazionale al cambiamento, in relazione all'adozione di stili di vita favorevoli alla salute – per il 2018-2019: applicazione pratica del metodo	Report regionale	NA	//	3 (1 per ogni area vasta)		3 (1 per ogni area vasta)	3 (1 per ogni area vasta)
N° di percorsi attivati di formazione rivolti a RSPP e RLS sui temi della promozione della salute nei luoghi di lavoro e sui contenuti del progetto	Report regionale	NA	//		1 per provincia		

Codice progetto e nome	1.3 - Prevenzione degli infortuni e delle malattie professionali in edilizia
CONSOLIDAMENTO	Si confermano le attività previste dal progetto aggiornando il cronoprogramma al biennio 2018-2019 e i valori attesi per gli indicatori, compreso quello sentinella

Cronoprogramma	2015		2016				2017				2018				2019			
	III	IV	I	II	III	IV	I	II	III	IV	I	II	III	IV	I	II	III	IV
Rapporto annuale dell'attività del progetto.			X				X				X				X			
Attivazione di percorsi di informazione, formazione, assistenza diretti ai medici competenti, ai medici di medicina generale e ai medici ospedalieri, in sinergia con i Piani del Setting ambienti di lavoro, sui rischi e gli eventuali danni alla salute ad essi correlati, volti a favorire l'emersione e l'appropriatezza dei percorsi medico legali per il riconoscimento delle malattie professionali						X				X				X				X

Promozione nell'ambito del Comitato regionale di coordinamento ex art.7 D.Lgs 81/08 di forme di collaborazione con il coordinamento delle scuole edili per realizzare percorsi formativi a favore di lavoratori, preposti, dirigenti, RLS, RLST e di sito in materia di tutela della sicurezza e della salute dei lavoratori e promozione di buone prassi inerenti la sicurezza sul lavoro nei cantieri				X					X							X		
Adozione di atti di indirizzo nazionali e regionali ivi comprese liste di controllo per la vigilanza in cantiere, finalizzati a garantire uniformità e trasparenza nell'attività di vigilanza e controllo							X				X				X			X
Attivazione di Vigilanza coordinata con DTL ai fini di assicurare la proporzionalità, tramite l'utilizzo a regime del sistema telematico regionale Sico			X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Attivazione di Vigilanza congiunta con DTL e/o altri Enti da organizzare sulla base di programmi promossi nell'ambito dell'Ufficio Operativo Regionale del Comitato art.7 D.Lgs. 81/08 e adottati nell'ambito degli Organismi Provinciali-sezioni permanenti			X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Effettuazione di attività di controllo sulla della sorveglianza sanitaria nel comparto edilizia			X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X

Attivazione di vigilanza specifica mirata su impianti elettrici di cantiere			X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Effettuazione di verifiche periodiche previste dal DLgs 81/08 di attrezzature di lavoro e di impianti			X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Formazione degli operatori SPSAL e DTL addetti alla vigilanza			X				X			X				X				X
Attivazione di vigilanza orientata alla verifica della organizzazione del cantiere, supportata dal sistema informativo regionale di invio e gestione delle Notifiche Preliminari per privilegiare i cantieri a rischio potenziale più elevato, nonché le grandi opere, i palchi e le fiere			X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Attivazione di vigilanza effettuata secondo le procedure di qualità e con la lista di controllo definita a livello regionale			X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X

INDICATORI	Fonte	Formula	Valore di partenza (baseline)	2016	2017	2018	2019
% interventi di vigilanza effettuata secondo le procedure di qualità e con la lista di controllo definita a livello regionale	Rilevazione ad hoc	N. di cantieri ispezionati seguendo procedure e liste di controllo/N. di cantieri ispezionati x100	0	50%	70%	80%	80%
Evidenza Rapporto annuale dell'attività del progetto	Rilevazione ad hoc	NA	No	Si	Si	Si	SI
Numero di Dipartimenti di Sanità Pubblica in cui vengono attivati percorsi di informazione, formazione, assistenza diretti ai medici competenti, ai medici di medicina generale e ai medici ospedalieri, finalizzati all'emersione e denuncia delle malattie professionali	Rilevazione ad hoc	NA	Assente	3	6	8	8
Evidenza di programmazione nell'ambito del Comitato regionale di coordinamento ex art.7 D.Lgs 81/08 delle iniziative realizzate in collaborazione con il coordinamento delle scuole edili al fine di individuare percorsi formativi a favore di lavoratori, preposti, dirigenti, RLS e RLST	Verbale Comitato Regionale di Coordinamento	NA	No	Si	Si	Si	SI
Evidenza di adozione di atti di indirizzo nazionali e regionali ivi comprese liste di controllo per la vigilanza in cantiere, finalizzati a garantire uniformità e trasparenza nell'attività di vigilanza e controllo	Rilevazione ad hoc	NA	Assente	Si	Si	Si	SI

Numero di cantieri interessati da vigilanza specifica mirata su impianti elettrici	Rilevazione ad hoc	NA	500	500	500	500	500
% di esecuzione diretta delle verifiche periodiche di attrezzature di lavoro e di impianti.	Rilevazione ad hoc	N. verifiche effettuate/n. verifiche richieste x100	n.d.	80%	80%	80%	80%
% interventi di vigilanza nei cantieri edili	Rilevazione ad hoc	N. cantieri visitati/N. notifiche preliminari pervenute nell'anno precedente x100	14,68%	15%	15%	15%	15%

Codice progetto e nome	1.4 - Tutela della salute e della sicurezza in agricoltura e silvicoltura
RIMODULAZIONE	Si confermano le attività previste dal progetto aggiornando il cronoprogramma al biennio 2018-2019 e i valori attesi per gli indicatori; valutato il positivo andamento del progetto negli anni l'indicatore sentinella è stato rimodulato in termini migliorativi

Cronoprogramma	2015		2016				2017				2018				2019			
	III	IV	I	II	III	IV	I	II	III	IV	I	II	III	IV	I	II	III	IV
Rapporto annuale dell'attività del progetto.			X				X				X				X			
Attivare percorsi di informazione, formazione, assistenza tra SPSAL e medici competenti, medici di medicina generale e medici ospedalieri, in sinergia con i Piani del Setting ambienti di lavoro, sui rischi del comparto agricoltura e gli eventuali danni alla salute ad essi correlati, volti a favorire l'emersione e l'appropriatezza dei percorsi medico legali per il riconoscimento delle malattie professionali.						X				X				X				X
Attivare percorsi di assistenza alle aziende agricole sul percorso della valutazione dei rischi e sull'individuazione delle misure di prevenzione e protezione, con priorità alla sorveglianza sanitaria						X				X				X				X

Attivare iniziative informative sull'obbligatorietà alla certificazione al referto in occasione di sospetta o certa diagnosi di malattia professionale						X					X							X
Condividere in seno al Comitato Regionale di coordinamento ex art. 7 DLgs 81/08 la progettazione di studi di valutazione dell'esposizione degli addetti all'uso di prodotti fitosanitari nelle coltivazioni più importanti della Regione Emilia-Romagna.			X															
Condividere con l'Ente bilaterale agricoltura (EBARER) nuovi strumenti per la formazione dei lavoratori agricoli per ottemperare all'obbligo dell'art.37 del DLgs 81/08.			X															
Progettare e promuovere buone prassi inerenti soluzioni di sicurezza da adottare nelle aziende agricole										X								
Proporre e progettare alle imprese agricole studi di esposizione all'uso dei fitosanitari condivise in seno al Comitato Regionale di coordinamento.										X								
Elaborare un progetto formativo per gli istituti agrari, in coordinamento col setting scuole (vedi setting scuole MO 7.6.)			X															

Rafforzare le attività di Vigilanza congiunta con DTL e/o altri Enti definendo criteri di priorità d'intervento, modalità organizzative e strumenti, sulla base di programmi condivisi nell'ambito dell'Ufficio Operativo del Comitato art.7 D.Lgs. 81/08 e adottati nell'ambito degli Organismi Provinciali- sezioni permanenti afferenti al medesimo Comitato regionale di coordinamento			X			X				X				X				X
Effettuare attività di controllo sulla appropriatezza della sorveglianza sanitaria nel comparto agricoltura			X			X				X				X				X
Effettuare le verifiche periodiche previste dal D.Lgs 81/08 di attrezzature di lavoro e di impianti.		X				X				X				X				X
Mantenere il gruppo di lavoro regionale esistente con un rappresentante per territorio, con eventuale integrazione di rappresentanti regionali dell'Assessorato Agricoltura.						X				X				X				X
Adozione di atti di indirizzo nazionale e regionale ivi comprese liste di controllo e di altri strumenti per la vigilanza in agricoltura finalizzati a garantire uniformità e trasparenza nell'attività di vigilanza e controllo.						X				X				X				X

Attuare una Vigilanza nelle aziende agricole e delle altre attività collegate al settore agricolo, rispettando i livelli previsti dal Piano Nazionale Agricoltura e Selvicoltura, secondo protocollo regionale (600 Unità Locali) con attenzione particolare ad una strategia proattiva della vigilanza.						X					X							X
Implementare la Vigilanza integrata con i Servizi del DSP sulla commercializzazione e l'impiego di fitosanitari con interventi congiunti o coordinati.						X					X							X
Attivare corsi di Formazione degli operatori del DSP per uniformare e condividere le attività di prevenzione e vigilanza.						X					X							X

INDICATORI	Fonte	Formula	Valore di partenza (baseline)	2016	2017	2018	2019
N. di aziende agricole e delle altre attività collegate al settore agricolo oggetto di vigilanza controllate nell'anno, con attenzione particolare ad una strategia proattiva della vigilanza	Rilevazione ad hoc	NA	600	600	600	650	650
Evidenza Rapporto annuale dell'attività del progetto	Rilevazione ad hoc	NA	No	Sì	Sì	Sì	SI

Numero di Dipartimenti di Sanità Pubblica in cui vengono attivati percorsi di informazione, formazione, assistenza diretti ai medici competenti, ai medici di medicina generale e ai medici ospedalieri finalizzati all'emersione e denuncia delle malattie professionali.	Rilevazione ad hoc	NA	Assente	3	6	8	8
Evidenza di programmazione nell'ambito del Comitato regionale di coordinamento ex art.7 D.Lgs 81/08 delle iniziative promosse anche in collaborazione con i soggetti della bilateralità al fine di individuare percorsi informativi, formativi e di assistenza a favore dei lavoratori dell'agricoltura.	Verbale Comitato Regionale di Coordinamento	NA	No	Sì	Sì	Sì	SI
% di esecuzione diretta delle verifiche periodiche di attrezzature di lavoro e di impianti.	Rilevazione ad hoc	N. verifiche effettuate/n. verifiche richieste x100	n.d.	80%	80%	80%	80%
Evidenza di adozione di atti di indirizzo nazionali e regionali ivi comprese liste di controllo per la vigilanza in agricoltura, finalizzati a garantire uniformità e trasparenza nell'attività di vigilanza e controllo	Rilevazione ad hoc	NA	Assente	Sì	Sì	Sì	SI

Codice progetto e nome	1.5 - Emersione e prevenzione malattie muscolo scheletriche
CONSOLIDAMENTO	Si confermano le attività previste dal progetto aggiornando il cronoprogramma al biennio 2018-2019 e i valori attesi per gli indicatori, compreso quello sentinella

Cronoprogramma	2015		2016				2017				2018				2019			
	III	IV	I	II	III	IV	I	II	III	IV	I	II	III	IV	I	II	III	IV
Rapporto annuale dell'attività del progetto e Implementare con i dati previsti i registri regionali e nazionali per le malattie professionali (MALPROF).			X				X				X				X			
Implementare il sistema informativo regionale con i dati derivanti dall'attività di vigilanza in materia di rischio da sovraccarico biomeccanico.		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Informazione, formazione, assistenza tra SPSAL e medici competenti, medici di medicina generale e medici ospedalieri e ambulatoriali sui rischi da sovraccarico biomeccanico e i danni alla salute ad essi correlati, volti a favorire l'emersione e l'appropriatezza dei percorsi medico legali per il riconoscimento delle malattie professionali.			X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X

Promuovere nell'ambito del Comitato regionale di coordinamento, in collaborazione con gli Enti bilaterali, iniziative di informazione, formazione, assistenza rivolta a RSPP e RLS, RLST e RLS di sito per favorire una corretta valutazione del rischio da sovraccarico biomeccanico.			X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Predisporre e promuovere strumenti di valutazione dei rischi da sovraccarico biomeccanico per comparti a maggior rischio, in particolare agricoltura ed edilizia, in collaborazione con gli Enti bilaterali.			X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Realizzare e implementare una banca delle soluzioni ergonomiche per il sovraccarico biomeccanico.			X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Definire le liste di controllo per il contrasto degli infortuni e delle malattie professionali più frequenti e gravi, da adottarsi nell'ambito dell'Ufficio Operativo Regionale e da presentare al Comitato regionale ex art. 7 D.Lgs 81/08.			X	X	X	X	X	X	X									
Formazione degli operatori dei Servizi incaricati dell'attività di vigilanza.			X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X

Realizzazione di piani di vigilanza per comparti e attività a maggior rischio, in particolare agricoltura ed edilizia, attraverso un approccio proattivo, con l'utilizzo della lista di controllo.			X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Audit, nell'ambito dei servizi, relativamente alla attività di vigilanza svolta per la prevenzione delle patologie muscolo scheletriche da sovraccarico biomeccanico.						X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X

INDICATORI	Fonte	Formula	Valore di partenza (baseline)	2016	2017	2018	2019
% di operatori addetti alla vigilanza formati	Rilevazione ad hoc	$\frac{\text{N. operatori formati}}{\text{N. operatori}} \times 100$	50%	60%	75%	100%	100%
Evidenza del rapporto annuale dell'attività del progetto.	Rilevazione ad hoc	NA	No	Sì	Sì	Sì	Sì
Numero di Dipartimenti di Sanità Pubblica in cui vengono attivati percorsi di informazione, formazione, assistenza diretti ai medici competenti, ai medici di medicina generale e ai medici ospedalieri finalizzati all'emersione e denuncia delle malattie professionali.	Rilevazione ad hoc	NA	Assente	3	6	8	8

Evidenza di programmazione nell'ambito del Comitato regionale di coordinamento ex. Art. 7 D.Lgs 81/08 delle iniziative promosse in collaborazione anche con gli Enti bilaterali, in tema di informazione, formazione, assistenza rivolta a RSPP e RLS, RLST e altri soggetti per favorire una corretta valutazione del rischio da sovraccarico biomeccanico.	Verbale Comitato regionale di coordinamento	NA	No	Sì	Sì	Sì	Sì
Numero di Dipartimenti di Sanità Pubblica in cui vengono attivate iniziative di informazione, formazione e assistenza rivolte a RSPP e RLS, RLST.	Rilevazione ad hoc	NA	Assente	3	6	8	8
Evidenza di adozione di atti di indirizzo nazionale e regionali ivi comprese liste di controllo, finalizzate a garantire uniformità e trasparenza nell'attività di vigilanza e controllo.	Rilevazione ad hoc	NA	Assente	Sì	Sì	Sì	Sì
N. Aziende controllate per il rischio di sovraccarico biomeccanico.	Rilevazione ad hoc	NA	100	100	150	200	200

Codice progetto e nome	1.6 - Monitoraggio e contenimento del rischio cancerogeno professionale
CONSOLIDAMENTO	Si confermano le attività previste dal progetto aggiornando il cronoprogramma al biennio 2018-2019 e i valori attesi per gli indicatori, compreso quello sentinella

Cronoprogramma	2015		2016				2017				2018				2019			
	III	IV	I	II	III	IV	I	II	III	IV	I	II	III	IV	I	II	III	IV
Produzione di un report annuale dell'attività del progetto e implementazione sistema informativo regionale con i dati dell'attività di vigilanza e dell'archivio regionale degli esposti a cancerogeni professionali			X				X				X				X			
Produzione report annuali su ReM e ReNaTUNS			X				X				X				X			
Avvio COR Bassa Frazione e produzione relativo Report annuale							X				X				X			
Costituzione del gruppo di lavoro regionale tra Registri tumori di popolazione e registri specializzati per la gestione armonizzata del flusso dati sui casi di tumori occupazionali (referenti COR) e stesura di un protocollo di procedure per la condivisione dei dati	X	X																

Produzione report annuale attività di sorveglianza ex-esposti a CVM ed ex esposti ad amianto, ove presenti			X				X				X				X			
Attivazione di percorsi di informazione, formazione, assistenza diretti ai medici competenti, ai medici di medicina generale e ai medici ospedalieri, in sinergia con i Piani del Setting ambienti di lavoro, sui rischi e gli eventuali danni alla salute ad essi correlati, volti a favorire l'emersione e l'appropriatezza dei percorsi medico legali per il riconoscimento delle malattie professionali			X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Progettazione di strategie di comunicazione del rischio cancerogeno professionale all'interno delle Case della Salute e realizzazione materiali divulgativi per comunicazione del rischio			X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Implementazione delle liste di controllo per il contrasto del rischio cancerogeno da adottarsi nell'ambito dell'Ufficio Operativo Regionale e da presentare al Comitato regionale ex art. 7 D.Lgs 81/08. Le stesse sono utilizzate nell'attività di vigilanza ai fini della qualità e dell'omogeneità dell'azione di controllo e sono promosse come strumento di autocontrollo da parte delle imprese.		X	X	X							X	X	X	X	X	X	X	X

Inserimento nei programmi annuali di attività degli SPSAL di un piano specifico di vigilanza, secondo le linee di indirizzo regionali, nei comparti in cui è nota la presenza di cancerogeni professionali, adottando un approccio di tipo proattivo e utilizzando liste di controllo predisposte a livello regionale, con particolare riferimento agli aspetti legati alla valutazione dei rischi, al rispetto del divieto di esposizione al fumo passivo, alla congruità dei protocolli di sorveglianza sanitaria ed alle misure di contenimento del rischio cancerogeno.		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	
Programmazione nell'ambito del Comitato regionale di coordinamento ex art. 7 D.Lgs 81/08 di iniziative promosse in collaborazione con i soggetti della bilateralità in tema di informazione, formazione e assistenza rivolte a RLS, RLST e altri soggetti.		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X

INDICATORI	Fonte	Formula	Valore di partenza (baseline)	2016	2017	2018	2019
Numero di Aziende a rischio cancerogeno controllate	Rilevazione ad hoc	NA	180	198	218	240	240
Evidenza del rapporto annuale dell'attività	Rilevazione ad hoc	NA	No	Sì	Sì	Sì	Sì

Evidenza di programmazione nell'ambito del Comitato regionale di coordinamento ex. Art. 7 D.Lgs 81/08 delle iniziative promosse in collaborazione anche con gli Enti bilaterali, in tema di informazione, formazione, assistenza rivolta a RSPP e RLS, RLST e altri soggetti.	Verbale Comitato regionale di coordinamento	NA	No	Sì	Sì	Sì	Sì
Numero di Dipartimenti di Sanità Pubblica in cui vengono attivati percorsi di informazione, formazione, assistenza diretti ai medici competenti, ai medici di medicina generale e ai medici ospedalieri finalizzati all'emersione e denuncia delle malattie professionali.	Rilevazione ad hoc	NA	Assente	3	6	8	8

Codice progetto e nome	1.7 - Prevenzione del rischio stress lavoro correlato e promozione del miglioramento del benessere organizzativo e della responsabilità sociale d'impresa
CONSOLIDAMENTO	<p>Si confermano le attività previste dal progetto aggiornando il cronoprogramma al biennio 2018-2019 e i valori attesi per gli indicatori, compreso quello sentinella.</p> <p>Il progetto viene arricchito di una azione e relativo obiettivo che prevede la predisposizione di atti di indirizzo per la prevenzione dei rischi da stress lavoro correlato in ambiti specifici (strutture per la prima infanzia e per gli anziani) e sui temi della violenza e delle molestie nei luoghi di lavoro</p>

Cronoprogramma	2015		2016				2017				2018				2019			
	III	IV	I	II	III	IV	I	II	III	IV	I	II	III	IV	I	II	III	IV
Rapporto annuale dell'attività del progetto e implementare del sistema informativo regionale con i dati derivanti dall'attività di vigilanza in materia di stress lavoro correlato			X				X				X				X			
Attivare percorsi di informazione, formazione, assistenza diretti ai medici competenti, ai medici di medicina generale e ai medici ospedalieri, in sinergia con i Piani del Setting ambienti di lavoro, sui rischi e gli eventuali danni alla salute ad essi correlati, volti a favorire l'emersione e l'appropriatezza dei percorsi medico legali per il riconoscimento delle malattie professionali						X				X				X				X

Programmazione nell'ambito del Comitato regionale di coordinamento di azioni di promozione dirette all'adozione volontaria da parte delle imprese di buone prassi e di programmi di miglioramento del benessere organizzativo nelle aziende						X				X				X				X
Elaborazione di un progetto formativo per gli operatori SPSAL e realizzazione delle relative iniziative formative in tema di Responsabilità Sociale d'Impresa e di sviluppo di competenze relative alla promozione del benessere organizzativo.			X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Effettuazione di iniziative di informazione e promozione rivolte alle Associazioni delle Imprese e alle Organizzazioni Sindacali a livello regionale e di singole AUSL, in materia di adozione volontaria da parte delle imprese di buone prassi e di azioni di miglioramento del benessere organizzativo coerenti con gli atti di indirizzo regionali.						X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Coinvolgimento di imprese per sperimentare l'adozione volontaria di specifici progetti di miglioramento del benessere organizzativo. Elaborazione e diffusione dei risultati.										X	X	X	X					
Predisposizione di atti di indirizzo regionali finalizzati alla prevenzione dei rischi da stress lavoro correlato in ambiti specifici quali quello delle strutture per la prima infanzia e per gli anziani e che pongano attenzione anche alla tematica										X	X	X	X	X	X	X	X	X

della violenza e delle molestie nei luoghi di lavoro in generale																		
Formazione degli operatori dei Servizi incaricati dell'attività di vigilanza su SLC	X	X	X										X				X	
Realizzazione di iniziative informative nei confronti delle Parti sociali nell'ambito del Comitato regionale di coordinamento e a livello di Azienda USL	X	X		X				X				X				X		
Implementazione dell'attività di vigilanza diretta alla riduzione del rischio SLC, attraverso un approccio proattivo, con l'utilizzo della lista di controllo.	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X

INDICATORI	Fonte	Formula	Valore di partenza (baseline)	2016	2017	2018	2019
Numero aziende controllate mediante l'utilizzo di lista di controllo interna	Rilevazione ad hoc	NA	50	70	90	100	100
Evidenza Rapporto annuale dell'attività del progetto	Rilevazione ad hoc		No	Sì	Sì	Sì	Si
Numero di Dipartimenti di Sanità Pubblica in cui vengono attivati percorsi di informazione, formazione, assistenza diretti ai medici competenti, ai medici di medicina generale e ai medici ospedalieri	Rilevazione ad hoc	NA	Assente	3	6	8	8

Evidenza di programmazione da parte del Comitato regionale di coordinamento ex art.7 D.Lgs 81/08 delle iniziative di informazione e promozione rivolte alle Associazioni delle imprese e alle organizzazioni sindacali in materia di adozione volontaria da parte delle imprese di buone prassi e di miglioramento del benessere organizzativo e di prevenzione dello stress lavoro-correlato e di promozione della responsabilità sociale d'impresa.	Verbale Comitato Regionale di Coordinamento	NA	No	Sì	Sì	Sì	Sì
Evidenza di adozione di atti di indirizzo regionali finalizzati alla prevenzione dei rischi da stress lavoro correlato in ambiti specifici quali quello delle strutture per la prima infanzia e per gli anziani e che pongano attenzione anche alla tematica della violenza e delle molestie nei luoghi di lavoro in generale	Rilevazione ad hoc	NA	Assente	Sì	Sì	Sì	Sì
% di operatori addetti alla vigilanza sullo stress lavoro-correlato e alla promozione del benessere organizzativo formati rispetto al totale degli operatori SPSAL	Rilevazione ad hoc	N. operatori formati/N. operatori x 100	0	10%	20%	30%	30%
Numero di Dipartimenti di Sanità Pubblica in cui vengono attivati percorsi di informazione e promozione rivolte alle Associazioni delle Imprese e alle Organizzazioni Sindacali in materia di adozione volontaria da parte delle imprese di buone prassi e di miglioramento del benessere organizzativo coerenti con gli atti di indirizzo regionali.	Rilevazione ad hoc	NA	Assente	3	6	8	8

Codice progetto e nome	1.8 - Tutela della salute degli operatori sanitari
CONSOLIDAMENTO	<p>Si confermano le attività previste dal progetto aggiornando il cronoprogramma al biennio 2018-2019 e i valori attesi per gli indicatori, compreso quello sentinella.</p> <p>Essendo terminata nei tempi previsti l'azione relativa alla definizione criteri e contenuti necessari per lo sviluppo del programma informatizzato regionale per la gestione delle attività di sorveglianza sanitaria, viene aggiunta l'azione relativa alla realizzazione della cartella sanitaria informatizzata prevista per il 2019.</p>

Cronoprogramma	2015		2016				2017				2018				2019				
	III	IV	I	II	III	IV	I	II	III	IV	I	II	III	IV	I	II	III	IV	
Prevenzione della tubercolosi	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Prevenzione delle malattie trasmesse per via ematica	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Estensione coperture vaccinali per le malattie infettive prevenibili da vaccino	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Indicazione criteri per la valutazione dell'idoneità degli operatori portatori di HIV, HCV, HBV e di quelli che rifiutano le vaccinazioni.	X	X	X	X	X	X													
Definizione criteri e contenuti necessari per lo sviluppo di un programma informatizzato, unico a livello regionale, per la gestione delle attività di sorveglianza sanitaria	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X									

Realizzazione della cartella sanitaria informatizzata, unica regionale, per la gestione delle attività di sorveglianza sanitaria e sperimentazione della stessa in almeno una Azienda sanitaria											X	X	X	X	X	X	X	X
---	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	---	---	---	---	---	---	---	---

INDICATORI	Fonte	Formula	Valore di partenza (baseline)	2016	2017	2018	2019
Aziende sanitarie che effettuano la valutazione del rischio TB secondo le Linee di indirizzo regionali (*)	Rilevazione ad hoc	N. Aziende sanitarie che hanno aggiornato la valutazione del rischio TB	nd	9 su 14 (70%)	11 su 13 (85%)	13 su 13 (100%)	13 su 13 (100%)
Evidenza documentale dei criteri per la valutazione dell' idoneità al lavoro degli operatori portatori di HIV, HCV e HBV.	Rilevazione ad hoc	NA	No	Sì			
Aziende sanitarie che hanno effettuato la classificazione dei reparti in base al rischio di trasmissione delle malattie prevenibili da vaccino e definito le procedure per estendere le coperture vaccinali negli operatori (*)	Rilevazione ad hoc	N. Aziende sanitarie che hanno effettuato la classificazione	8 su 17 (< 50%)	9 su 14 (70%)	11 su 13 (85%)	12 su 13 (92%)	13 su 13 (100%)
Evidenza documentale di criteri e contenuti per lo sviluppo di un programma informatizzato per la gestione delle attività di sorveglianza sanitaria, comprese quelle per il rischio biologico.	Rilevazione ad hoc	NA	No	No	Sì		
Evidenza della cartella informatizzata, unica regionale, per la gestione delle attività di sorveglianza sanitaria							Sì

(*) il numero di Aziende sanitarie è cambiato nel corso degli anni (4 Ausl sono confluite nell'unica Ausl della Romagna e a Reggio Emilia esiste ora una unica AUsl). Il denominatore inoltre comprende stabilmente lo IOR

Codice progetto e nome	2.1 - Sviluppo rete epidemiologia ambientale
CONSOLIDAMENTO	Si confermano le attività previste dal progetto aggiornando il cronoprogramma al biennio 2018-2019 e i valori attesi per gli indicatori, compreso quello sentinella.

Cronoprogramma	2015		2016				2017				2018				2019			
	III	IV	I	II	III	IV	I	II	III	IV	I	II	III	IV	I	II	III	IV
Definizione e formalizzazione della rete di epidemiologia ambientale	X	X	X	X														
Progettazione e realizzazione iniziative di formazione operatori			X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Finalizzazione studi in corso			X	X			X	X					X	X	X	X		
Elaborazione dati e produzione report sugli studi in corso					X	X			X	X			X	X			X	X
Ideazione e realizzazione progetto cementifici		X	X	X	X	X	X	X	X				X	X	X	X		
Istituzione gruppo contaminanti	X	X																
Definizione piano di monitoraggio integrato ambiente/alimenti		X				X				X				X				X
Implementazione piano di monitoraggio integrato ambiente/alimenti			X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X

INDICATORI	Fonte	Formula	Valore di partenza (baseline)	2016	2017	2018	2019
Adozione atto istitutivo della rete di epidemiologia ambientale	Ricognizione ad hoc	NA	No		Si		
Adozione atto istitutivo del gruppo regionale contaminanti	Ricognizione ad hoc	NA	No	Si			
N.ro report finali degli studi avviati	Ricognizione ad hoc	NA	0	2	3	1	1
N.ro articoli pubblicati sulla letteratura scientifica	Ricognizione ad hoc	NA	1	1	3	1	1
% operatori formati	Ricognizione ad hoc	n.ro operatori formati (esterni e interni alla rete) / n.ro operatori target x 100	10	10	30	50	50

Codice progetto e nome	2.2 Azioni di sanità pubblica nell'ambito delle procedure VAS e di VIA
<p>CONCLUSIONE (confluisce in 2.7)</p>	<p>Il progetto è concluso: il documento tecnico con le linee guida per la valutazione dei contenuti igienico-sanitari è stato realizzato in coerenza con la programmazione, mentre la formazione rivolta ai referenti aziendali per l'urbanistica, per la promozione dell'attività fisica e ai mobility manager è stata completata nel 2017.</p> <p>Dal momento che il contesto normativo regionale si è modificato con l'approvazione della nuova Legge Regionale urbanistica (*) che ha introdotto sostanziali modifiche nel percorso della pianificazione territoriale, la formazione per gli operatori di sanità pubblica già prevista nel progetto 2.7 conterrà anche un approfondimento sull'utilizzo dello strumento VIS nelle procedure di VAS e VIA.</p> <p>L'unica azione programmata confluisce quindi nella formazione prevista dal progetto 2.7 "Advocacy per le politiche di pianificazione urbanistica e dei trasporti orientate alla salute" e il presente progetto può definirsi concluso.</p> <p>(*) Legge 21 dicembre 2017, n.24, Disciplina regionale sulla tutela e l'uso del territorio</p>

Cronoprogramma	2015		2016				2017				2018				2019				
	III	IV	I	II	III	IV	I	II	III	IV	I	II	III	IV	I	II	III	IV	
Organizzazione dell'attività di formazione sull'ambiente costruito		X	X	X															
Realizzazione e valutazione della formazione					X	X	X	X	X	X	X	X							
Progetto CCM "Linee Guida VIS - Tools for HIA"	X	X	X																

INDICATORI	Fonte	Formula	Valore di partenza (baseline)	2016	2017	2018	2019
1 o più corsi su Ambiente costruito per area vasta con almeno il 70% degli operatori che si occupano di pianificazione territoriale	Rilevazione ad hoc	N. operatori che hanno frequentato il corso/N. operatori che si occupano di pianificazione territoriale x 100, riferito ad area vasta			100%		
Disponibilità contenuto tecnico linea guida	Rilevazione ad hoc	Disponibilità dei contenuti tecnici.		Si			
Applicazioni per area vasta	Rilevazione ad hoc	Almeno 1 applicazione per area vasta per proponenti e valutatori			100%		

Codice progetto e nome	2.3 Piano regionale dei controlli e della formazione sul REACH e CLP
CONSOLIDAMENTO	Si confermano le attività previste dal progetto aggiornando il cronoprogramma al biennio 2018-2019 e i valori attesi per gli indicatori, compreso quello sentinella.

Cronoprogramma	2015		2016				2017				2018				2019			
	III	IV	I	II	III	IV	I	II	III	IV	I	II	III	IV	I	II	III	IV
Svolgere attività ispettive nei luoghi di produzione, importazione, detenzione, commercio, vendita ed impiego di sostanze e miscele.	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Svolgere controlli sulla completezza, coerenza e correttezza delle informazioni contenute in etichettature o schede di dati di sicurezza delle sostanze e delle miscele pericolose messe a disposizione del consumatore o del lavoratore.			X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Effettuare campionamenti e controlli analitici di sostanze e miscele pericolose per la salute, per la sicurezza dell'uomo e per l'ambiente.	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X

Realizzare corsi di aggiornamento accreditati ECM per operatori dei Dipartimenti di Sanità Pubblica della Regione Emilia-Romagna.	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Realizzare corsi di aggiornamento per operatori dell'Arpae della Regione Emilia-Romagna.	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Realizzare eventi di informazione, formazione ed aggiornamento per responsabili e consulenti aziendali (RSPP, ASPP, ecc...), per medici competenti, di famiglia ed ospedalieri di emergenza/urgenza, per professionisti (salute, sicurezza, ambiente), insegnanti di scuole di ogni ordine e grado, insegnanti e studenti universitari.	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X

INDICATORI	Fonte	Formula	Valore di partenza (baseline)	2016	2017	2018	2019
% di operatori dei Servizi del DSP formati per essere formatori in eventi rivolti all'esterno di informazione, formazione ed aggiornamento in materia di sostanze chimiche tal quali o presenti in miscele od in articoli	Rilevazione ad hoc	Personale formato/personale selezionato x100		30%	60%	90%	90%
N.visite ispettive all'anno	Rilevazione ad hoc	NA	56	60	60	60	60

N.controlli all'anno di etichettature di pericolo/Schede di Dati di Sicurezza (SDS)	Rilevazione ad hoc	NA	0	50	50	50	50
N.campionamenti	Rilevazione ad hoc	NA	9	15	15	15	15
N.corsi d'aggiornamento accreditati ECM per operatori dei DSP	Rilevazione ad hoc	NA		13	13	13	13
N.corsi d'aggiornamento accreditati ECM per operatori dell'Arpae	Rilevazione ad hoc	NA		2	2	2	2
N. eventi di informazione/formazione/aggiornamento, (corsi, seminari, convegni, ecc...) per l'applicazione del REACH e CLP	Rilevazione ad hoc	NA		13	13	13	13

Codice progetto e nome	2.4 Ridurre le esposizioni ad amianto dei cittadini e dei lavoratori: Piano Amianto della Regione Emilia-Romagna
RIMODULAZIONE (inserimento nuovo indicatore sentinella)	<p>Il nuovo Piano Amianto adottato (*) dalla Regione Emilia-Romagna nel 2017 delinea gli obiettivi e le azioni da perseguire. In questo contesto il Progetto nel biennio 2018-2019 prevede il consolidamento delle azioni già avviate e l'attivazione delle ulteriori azioni previste dal nuovo Piano amianto, in particolare l'attivazione in tutti i DSP di percorsi strutturati finalizzati all'assistenza informativa e sanitaria di lavoratori ex esposti e l'implementazione di ulteriori azioni informative e comunicative tra cui un sito regionale dedicato.</p> <p>Si è introdotto il secondo indicatore sentinella per monitorare al 2019 l'attivazione il programma di assistenza informativa e sanitaria per i lavoratori ex esposti ad amianto</p> <p>(*) Delibera Giunta Regionale n. 1945 del 4 dicembre 2017</p>

Cronoprogramma	2015		2016				2017				2018				2019				
	III	IV	I	II	III	IV	I	II	III	IV	I	II	III	IV	I	II	III	IV	
Predisposizione e adozione del Piano Amianto della Regione Emilia-Romagna	X	X	X	X	X	X													
Definizione di criteri, percorsi e attivazione di archivi regionali dei lavoratori ex esposti ad amianto da parte del Centro Operativo Regionale (COR)			X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X					
Definizione di criteri, percorsi e attivazione di archivi regionali dei lavoratori attualmente esposti ad amianto	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X			
Definizione, sviluppo ed attivazione di un programma regionale di assistenza informativa e sanitaria dedicata ai lavoratori ex esposti ad amianto presso i Dipartimenti di Sanità Pubblica della regione					X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X

Promozione di procedure semplificate fra i diversi Enti Pubblici per la gestione delle azioni e dei provvedimenti derivanti dalla presenza di manufatti contenenti amianto					X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Promozione di procedure semplificate per la rimozione e smaltimento di piccole quantità di materiali contenenti amianto					X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Definizione ed adozione di un sistema informativo regionale per la gestione delle relazioni annuali ex art. 9 Legge 257/92 e dei piani di lavoro ex artt. 250 e 256 D.Lgs. 81/08					X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Attività di comunicazione e informazione sul Piano amianto regionale e sui rischi legati all'amianto	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X

INDICATORI	Fonte	Formula	Valore di partenza (baseline)	2016	2017	2018	2019
Produzione report del COR sui dati degli ex esposti	RER	NA	No	No	Sì	Sì	SI
Adozione con atto regionale del Piano Amianto Regionale Emilia-Romagna	Evidenza documentale	NA	No	Sì			
% di Dipartimenti di Sanità Pubblica che hanno svolto iniziative di informazione e comunicazione sul Piano amianto regionale e sui rischi legati all'amianto	RER	DSP che hanno svolto iniziative /totale DSP x 100		30%	60%	100%	
Dipartimenti di Sanità Pubblica che hanno attivato il programma di assistenza informativa e sanitaria dedicata ai lavoratori ex esposti ad amianto	COR RER	NA					8

Codice progetto e nome	2.5 ComunicAzione per la salute
RIMODULAZIONE (riprogettazione)	<p>Si confermano le attività previste dal progetto aggiornando il cronoprogramma al biennio 2018-2019 e i valori attesi per gli indicatori. L'indicatore sentinella è stato riformulato in quanto la Mappa della salute (prima chiamata Mappa delle opportunità) è ora on line (*) e per il biennio se ne prevede l'implementazione e diffusione (nuovo indicatore sentinella).</p> <p>Si è introdotto il secondo indicatore sentinella perché il successo dell'iniziativa di comunicazione dipende dal mantenimento dell'aggiornamento delle iniziative locali</p> <p>(*) http://www.mappadellasalute.it/</p>

Cronoprogramma	2015		2016				2017				2018				2019			
	III	IV	I	II	III	IV	I	II	III	IV	I	II	III	IV	I	II	III	IV
Creazione della mappa delle opportunità	X	X	X	X														
Promozione della mappa verso la popolazione generale					X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Promozione della mappa verso operatori sanitari					X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	x	x	x	x
Campagne di comunicazione a sostegno dell'attività fisica			X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	x	x	x	x

Testata giornalistica on-line sulla promozione dell'attività fisica		X	X	X	X	X	X	X	X	X								
---	--	---	---	---	---	---	---	---	---	---	--	--	--	--	--	--	--	--

INDICATORI	Fonte	Formula	Valore di partenza (baseline)	2016	2017	2018	2019
Costruzione della mappa delle opportunità (dal 2018: Mappa della salute)	Evidenza documentale	NA	Non presente	presente	presente		
Implementazione e diffusione dell'utilizzo della mappa della salute	Evidenza documentale	NA				Sì	Sì
Aggiornamento della mappa della salute: N. AUsl che comunicano annualmente informazioni complete per l'aggiornamento della mappa	Evidenza documentale	NA	0	3	6	8	8
N. AUsl che promuovono la Campagna di comunicazione per la diffusione della mappa della salute	Evidenza documentale	NA	0	0	4	8	8

Codice progetto e nome	2.6 Progetti di empowerment di comunità
RIMODULAZIONE (riprogettazione)	<p>Come già indicato nel testo originario il Progetto prevedeva già una revisione delle attività sulla base della valutazione condotta e relativa alla parte sperimentale realizzata nel 2016</p> <p>Nell'intervallo di tempo trascorso dall'adozione del Piano Regionale della Prevenzione, oltre alla conclusione e alla realizzazione del report relativo ai "progetti di comunità", sono stati adottati provvedimenti normativi che danno indicazioni sullo sviluppo di processi di empowerment a livello locale (*)</p> <p>Nel corso del 2017 si è proceduto pertanto all'individuazione di linee strategiche che facilitassero e promuovessero il passaggio da progetto sperimentale a processo ordinario, fornendo un modello da utilizzare per la progettazione partecipata e il monitoraggio degli interventi successivi.</p> <p>Gli atti sopra citati identificano la Casa della Salute come luogo fondamentale per l'integrazione socio-sanitaria, la promozione della salute e l'empowerment della comunità: rappresentano anche il setting ideale per realizzare sinergie tra approcci partecipativi sperimentati da diversi settori del sistema di Welfare Regionale: nel perseguire l'obiettivo dell'integrazione socio-sanitaria, fortemente dichiarato nell'attuale Piano Socio-Sanitario, il personale sanitario che ha facilitato i "Progetti di comunità" potrà così beneficiare del framework metodologico e del programma formativo strutturato che sono scaturiti dall'esperienza del Community Lab.</p> <p>In questo contesto tre realtà territoriali (Piacenza, Bologna e Romagna) stanno avviando progettazioni di empowerment di comunità centrate sulle Case della Salute. Nei prossimi anni si intende sostenere e monitorare questi percorsi partecipativi, favorirne l'integrazione con le politiche socio-sanitarie e la diffusione di processi analoghi in altri ambiti territoriali.</p> <p>La valutazione dei progetti realizzati, monitorata nell'indicatore sentinella precedentemente previsto, si è conclusa nel 2017; viene pertanto inserito un nuovo indicatore sentinella correlato alle nuove azioni previste nel biennio 2018 - 2019</p> <p>(*) - Delibera di Giunta Regionale n. 2128 del 5 dicembre 2016 "Case della Salute indicazioni Regionali per il coordinamento e lo sviluppo delle comunità di professionisti e della medicina di iniziativa" - Deliberazione dell'Assemblea Legislativa n. 120 del 12 luglio "Piano Sociale e Sanitario 2017-19"</p>

Cronoprogramma	2015		2016				2017				2018				2019			
	III	IV	I	II	III	IV	I	II	III	IV	I	II	III	IV	I	II	III	IV
Conclusione dei progetti pilota in ciascuna AUsl	X	X	X															
Rendicontazioni intermedie e finali	X		X															
Valutazione dei progetti pilota	X	X	X	X														
Definizione nuovo programma alla luce delle valutazioni effettuate			X	X	X	X												
Realizzazione di progetti di empowerment di comunità							X	X	X	X								
Attivazione e consolidamento di progetti di empowerment di comunità integrati nella programmazione socio-sanitaria, che coinvolgono le Case della Salute.											X	X	X	X	X	X	X	X
Formazione regionale dei facilitatori														X	X	X		
Redazione di un vademecum sulla facilitazione dei processi nelle case della salute																	X	X

INDICATORI	Fonte	Formula	Valore di partenza (baseline)	2016	2017	2018	2019
Attivazione e consolidamento nelle 3 Aree Vaste regionali di progetti integrati nella programmazione socio-sanitaria, nell'ambito "Casa della Salute"	Rendicontazione specifica	Aree Vaste in cui è attivo almeno un progetto	0			3	3
Partecipazione al corso di formazione regionale di primo livello per facilitatori nelle Case della Salute	Rendicontazione specifica	Aree Vaste che inviano operatori alla formazione	0			3	3
% di progetti pilota conclusi rendicontati	Rendicontazione specifica	Rendicontazioni pervenute/Progetti attivi (6) x 100		100%			
Relazione valutativa sui progetti realizzati	Report ad hoc	NA	No	Sì	Sì		
% di progetti di comunità attivati e rendicontati	Rendicontazione specifica	Rendicontazioni pervenute/Nuovi progetti attivi x 100			100%		

Codice progetto e nome	2.7 Advocacy per le politiche di pianificazione urbanistica e dei trasporti orientate alla salute
RIMODULAZIONE (riprogettazione)	<p>Il contesto normativo regionale si è modificato con l'approvazione della nuova Legge Regionale urbanistica (*) che ha introdotto sostanziali modifiche nel percorso della pianificazione territoriale. Questo rende necessario nei prossimi anni aggiornare la formazione in particolare sul ruolo dei Dipartimenti di Sanità pubblica nei nuovi percorsi di pianificazione territoriale previsti. La formazione comprenderà un aggiornamento agli operatori di sanità pubblica sulla componente salute nelle procedure di VAS e VIA, in coerenza con quanto esplicitato nel progetto 2.2 "Azioni di sanità pubblica nell'ambito delle procedure di VAS e VIA" che si è concluso nel 2017.</p> <p>La prima fase di attuazione dei Piani di Mobilità delle Aziende sanitarie, già inserita nel presente Progetto e monitorata dall'indicatore sentinella, è conclusa; si ritiene importante continuare la pianificazione di interventi tesi a integrare le attività degli operatori che si occupano di mobilità sostenibile nelle Aziende sanitarie e sul territorio, rivolti oltre che ai dipendenti anche agli utenti dei servizi sanitari. L'indicatore sentinella di nuova istituzione monitora questa successiva fase.</p> <p>Si ritiene infine nel prossimo biennio di integrare le azioni previste dal PRP con iniziative realizzate in collaborazione con la Rete Italiana Città Sane-OMS, alla quale la Regione Emilia-Romagna ha aderito (**) a partire dalla fine del 2016, in particolare l'iniziativa sulla mobilità sostenibile dei dipendenti Bike to Work</p> <p>(*) Legge 21 dicembre 2017, n.24, Disciplina regionale sulla tutela e l'uso del territorio</p> <p>(**) Legge Regionale 30 settembre 2016, N.16: Partecipazione della Regione Emilia-Romagna all'Associazione "Rete Italiana Città Sane-OMS"</p>

Cronoprogramma	2015		2016				2017				2018				2019			
	III	IV	I	II	III	IV	I	II	III	IV	I	II	III	IV	I	II	III	IV
Formazione degli operatori dei DSP sui contenuti della Nuova legge regionale urbanistica														X				
Azioni di comunicazione dei contenuti di salute legati alle trasformazioni urbane e a piani di mobilità	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Attivazione e sostegno ai percorsi casa-scuola e casa lavoro	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Adesione delle aziende sanitarie alla iniziativa sulla mobilità sostenibile dei dipendenti Bike to Work promossa dalla Rete Città Sane OMS													X				X	
Pianificazione di azioni integrate orientate a promuovere interventi di sostenibilità nella mobilità dei dipendenti delle aziende sanitarie e degli utenti del SSN											X	X						
Formazione integrata degli operatori sulla pianificazione di interventi di sostenibilità nella mobilità dei dipendenti delle aziende sanitarie e degli utenti del SSN													X	X				
Attuazione di azioni orientate alla sostenibilità della mobilità dei dipendenti delle aziende sanitarie e degli utenti del SSN															X	X	X	X

INDICATORI	Fonte	Formula	Valore di partenza (baseline)	2016	2017	2018	2019
% di Aziende sanitarie (AUsl + AOsp) che elaborano e attuano piani per incentivare la mobilità attiva e sostenibile dei dipendenti	Report delle attività svolte	Aziende sanitarie (AUsl + AOsp) che attuano azioni specifiche		3 (20%)	6 (50%)		
N. di Aziende sanitarie (AUsl + AOsp) che implementano piani per incentivare la mobilità attiva e sostenibile dei dipendenti e sul territorio	Report delle attività svolte	Aziende sanitarie (AUsl + AOsp) che attuano azioni specifiche				5	12
Partecipazione al corso di formazione sulla nuova legge regionale di operatori dei DSP (urbanistica e promozione della salute)	Rilevazione regionale	N. Aziende USL che inviano operatori	0	/	/	8 (100%)	
Aziende Sanitarie che aderiscono alla campagna della rete Città Sane "Bike to work"	Rilevazione regionale	Aziende che inviano operatori/totale delle aziende x 100	0	/	/	3	100%

Codice progetto e nome	2.8 Creare occasioni di attività motoria nel tempo libero accessibili alla cittadinanza, attraverso l'attivazione delle risorse delle comunità locali
CONSOLIDAMENTO	Si confermano le attività previste dal progetto aggiornando il cronoprogramma al biennio 2018-2019 e i valori attesi per gli indicatori, compreso quello sentinella.

Cronoprogramma	2015		2016				2017				2018				2019			
	III	IV	I	II	III	IV	I	II	III	IV	I	II	III	IV	I	II	III	IV
Condivisione delle esperienze in essere	X	X									X				X			
Attivazione di forme di attività fisica gratuite aperte alla cittadinanza			X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Accordi finalizzati alla promozione dello sport e dell'impiantistica sportiva per la salute						X				X				X				X
Sostegno allo sviluppo di progetti per la diffusione dello sport per la salute e dell'impiantistica aperta alla cittadinanza			X	X			X	X			X	X			X	X		
Sostegno all'attuazione di progetti condivisi per la diffusione dello sport e dell'impiantistica aperta alla cittadinanza	X	X	X	X		X	X	X		X	X	X		X	X	X		

INDICATORI	Fonte	Formula	Valore di partenza (baseline)	2016	2017	2018	2019
% di distretti in cui sono offerte occasioni di attività fisica gratuita in gruppo in almeno il 20% dei Comuni (esclusi i capoluoghi di provincia)	Rendicontazione delle attività	Distretti che offrono occasioni di attività fisica in gruppo in almeno il 20% dei Comuni/N° totale dei distretti x 100	32%	40%	70%	100%	100%
N. di capoluoghi di provincia in cui sono offerte occasioni di attività fisica gratuita in gruppo	Rendicontazione delle attività	Capoluoghi di provincia in cui sono offerte occasioni di attività fisica gratuita in gruppo	7 su 9	8 su 9	9 su 9	9 su 9	9 su 9
% di distretti in cui sono offerte occasioni di attività fisica gratuita in gruppo in almeno il 40% dei Comuni (esclusi i capoluoghi di provincia)	Rendicontazione delle attività	Distretti che offrono occasioni di attività fisica in gruppo in almeno il 40% dei Comuni/N° totale dei distretti x 100	14%	20%	40%	60%	60%
% dei distretti in cui sono offerte occasioni di attività fisica gratuita in gruppo in almeno il 60% dei Comuni (esclusi i capoluoghi di provincia)	Rendicontazione delle attività	Distretti che offrono occasioni di attività fisica in gruppo in almeno il 60% dei Comuni/N° totale dei distretti x 100	5%	10%	20%	30%	30%
Promozione di progetti per la diffusione dello sport per la salute e impiantistica aperta alla cittadinanza	Evidenza documentale	NA	Sì	Sì	Sì	Sì	Sì

Codice progetto e nome	2.9 Alcol e Guida sicura: corsi infoeducativi per conducenti con infrazione art. 186 Cds
RIMODULAZIONE (indicatore sentinella concluso)	<p>Con il 2017 e il raggiungimento degli obiettivi attesi, si può considerare consolidato il progetto su tutto il territorio regionale con l'organizzazione dei corsi di primo livello da parte di tutte le AUSL, resa peraltro obbligatoria da una specifica circolare regionale (*). La scheda di progetto viene perciò confermata e aggiornata con alcune modifiche relative al cronogramma. L'indicatore sentinella viene considerato concluso vista l'obbligatorietà prevista dalla normativa.</p> <p>Nel cronogramma viene aggiunta un'azione regionale a garanzia della qualità del corso: la supervisione dei docenti dei corsi, già precedentemente formati, al fine di consolidare ed eventualmente migliorare il format regionale di organizzazione e gestione dei corsi infoeducativi da parte di tutte le AUSL.</p> <p>(*) Circolare n.10 del novembre 2017</p>

Cronoprogramma	2015		2016				2017				2018				2019				
	III	IV	I	II	III	IV	I	II	III	IV	I	II	III	IV	I	II	III	IV	
Formazione congiunta operatori dei servizi coinvolti		X			X				X										
Condivisione di un percorso d'invio e dell'intervento infoeducativo			X				X				X				X				
Attivazione degli incontri di gruppo con i conducenti, proposta di materiale formativo, utilizzo di filmati, compilazione di test d'ingresso e di questionario di apprendimento post			X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X

Monitoraggio e valutazione degli interventi						X				X				X				X
Supervisione dei docenti dei corsi con l'obiettivo di consolidare qualità e omogeneità del corso a livello regionale														X				X

INDICATORI	Fonte	Formula	Valore di partenza (baseline)	2016	2017	2018	2019
% di guidatori che hanno frequentato i corsi nell'anno sul totale dei guidatori con revisione di idoneità alla guida per revisione art. 186	Dati regionali raccolti da CML	N. guidatori che hanno effettuato i corsi nell'anno / totale guidatori con revisione idoneità alla guida per violazione Art.186	70%	75%	80%		
N° di AUsl che organizzano i corsi	Dati regionali raccolti da AUsl	Evidenza	7/8	8/8	8/8	8/8	8/8
Guidatori con revisione di idoneità alla guida per violazione Art. 186 che hanno frequentato i corsi nell'anno	Dati regionali raccolti da CML	N. assoluto	4.486 (dato 2017)			Mantenimento	Mantenimento

Codice progetto e nome	2.10 Prevenzione degli infortuni stradali in orario di lavoro
RIMODULAZIONE	<p>Si confermano le attività previste dal progetto aggiornando il cronoprogramma al biennio 2018-2019 e i valori attesi per gli indicatori (il progetto nella sua forma iniziale non prevedeva alcun indicatore sentinella). In particolare un'azione viene considerata conclusa in quanto la lista di controllo prevista è stata validata e adottata.</p> <p>Nel 18-19 l'obiettivo prioritario è di utilizzare questa lista in maniera sistematica nei controlli effettuati in ogni Azienda Usl. Viene pertanto inserito il nuovo indicatore sentinella per monitorare questa specifica azione.</p>

Cronoprogramma	2015		2016				2017				2018				2019				
	III	IV	I	II	III	IV	I	II	III	IV	I	II	III	IV	I	II	III	IV	
Definizione di una lista di controllo da utilizzarsi nell'attività di vigilanza e controllo e divulgazione della stessa presso gli operatori del settore.	X	X	X	X	X	X													
Attivazione di interventi di vigilanza e controllo volti a verificare la congruità della valutazione del rischio e dell'adozione delle relative misure di miglioramento.					X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X

INDICATORI	Fonte	Formula	Valore di partenza (baseline)	2016	2017	2018	2019
Evidenza di una lista di controllo da utilizzarsi nell'attività di vigilanza e controllo		Rilevazione ad hoc	NA	Si	Si		
N. Aziende che utilizzano la lista di controllo nell'attività di vigilanza e controllo						7	8
N. Aziende controllate per la verifica della congruità della valutazione del rischio dell'adozione e delle relative misure di miglioramento	Rilevazione ad hoc	NA	0	20	50	70	70

Codice progetto e nome	2.11 Sorveglianza epidemiologica e valutazione di impatto della prevenzione sulla diffusione dei tumori in Emilia-Romagna
RIMODULAZIONE	Il progetto necessita di una rimodulazione, in funzione dell'evoluzione del quadro normativo dei Registri di patologia: il 3 marzo 2017 è stato approvato il DPCM della Legge 221/2012 sui Registri di patologia; il 20 dicembre 2017 è stato approvato il Regolamento dei Registri tumori regionali da parte della Commissione Salute della Conferenza delle Regioni e P.A. Questi strumenti, la cui assenza ha fin qui condizionato lo sviluppo della rete regionale dei Registri tumori, potranno consentire di raggiungere la completa copertura della popolazione dell'Emilia-Romagna, pervenendo ad un unico registro tumori regionale.

Cronoprogramma	2015		2016				2017				2018				2019			
	III	IV	I	II	III	IV	I	II	III	IV	I	II	III	IV	I	II	III	IV
Coordinamento Registri tumori generali e di patologia: Formalizzazione e unificazione protocollo di acquisizione dati e di accesso ai medesimi per finalità di studio e ricerca		X													X			
Implementazione del Registro tumori regionale unico <ul style="list-style-type: none"> Strutturazione protocollo organizzativo Progetto di fattibilità Pubblicazione di report annuali sull'incidenza, mortalità, sopravvivenza e prevalenza dei pazienti affetti da tumore 	X	X	X		X		X				X				X			
Gestione armonizzata dei flussi data sui casi di tumore occupazionale <ul style="list-style-type: none"> Strutturazione del Gruppo di lavoro 	X		X												X			

<ul style="list-style-type: none"> Stesura di un protocollo di procedure per la condivisione dei dati 																		
Analisi dell'impatto dei programmi di screening oncologici: Pubblicazione di report regionali	X		X				X				X				X			
Analisi dell'impatto territoriale dei PDTA <ul style="list-style-type: none"> Progetto di fattibilità delle linee-guida regionali Analisi di appropriatezza e dei costi dei percorsi diagnostici e assistenziali dei pazienti oncologici 		X				X				X					X			X
Attività formativa: Realizzazioni di corsi per operatori dei Registri		X				X				X					X			X

INDICATORI	Fonte	Formula	Valore di partenza (baseline)	2016	2017	2018	2019
Copertura del territorio regionale da parte del Registro tumori regionale unico	Regione Emilia-Romagna	Pop. coperta /pop. regionale	0%	50%	75%	80%	100%

Codice progetto e nome	2.12 Implementazione e monitoraggio programmi di screening oncologici
RIMODULAZIONE	<p>Il progetto è avviato da tempo e per quanto riguarda l'estensione e adesione agli screening oncologici promossi dalla Regione Emilia-Romagna è molto ben consolidato. Già nel corso del 2018 è previsto un rinforzo alla campagna di comunicazione per l'adesione allo screening coloretale.</p> <p>L'indicatore sentinella che monitora il progressivo passaggio al test HPV-DNA viene meglio specificato dal momento che il programma è ormai attivo in tutta la regione dal 2016 e occorre monitorare soprattutto la progressione delle chiamate durante la fase di transizione che durerà fino a tutto il 2018. Come indicato nel paragrafo "Rischi e management" era previsto un arruolamento progressivo della popolazione bersaglio, programmato in quattro fasi. La riconversione del programma è iniziata a fine 2015 in alcune aree e nel 2016 nelle restanti. Pertanto nel 2018, a livello regionale, è prevista l'attuazione dell'invito alla fascia 41-44 anni e nel 2019 alla fascia 30-40 anni, arrivando così a regime con la chiamata alla popolazione bersaglio di 30-64 anni.</p>

Cronoprogramma

2015		2016				2017				2018				2019			
III	IV	I	II	III	IV	I	II	III	IV	I	II	III	IV	I	II	III	IV

Estensione e adesione agli screening oncologici

Attività formative e di promozione qualità Aggiornamento PDTA, protocolli di sorveglianza e monitoraggio qualità nei tre programmi di screening		X				X				X				X				X
Organizzazione e coordinamento di attività formative per il controllo di qualità in colposcopia e la concordanza diagnostica in cito-istologia cervicale		X				X				X				X				X

Organizzazione e coordinamento di attività formative per il controllo di qualità e la concordanza diagnostica in radiologia senologica		X				X				X				X				X
Organizzazione e coordinamento di attività formative per il controllo di qualità e la concordanza diagnostica in diagnostica istopatologica delle lesioni del colon-retto		X				X				X				X				X
Organizzazione e coordinamento di attività formative per il controllo di qualità sulle tecniche radiodiagnostiche in senologia		X				X				X				X				X
Attività di coordinamento e supporto Predisposizione e distribuzione di brochure informative-divulgative dei programmi secondo un modello regionale standard	X										X							
Raccolta, revisione e invio dei flussi informativi screening verso l'Osservatorio Nazionale Screening		X		X		X		X		X		X		X		X		X
Attività di monitoraggio Seminario regionale di studio sul monitoraggio dello screening cervicale				X				X				X				X		
Seminario regionale di studio sul monitoraggio dello screening mammografico				X				X				X				X		
Seminario regionale di studio sul monitoraggio dello screening coloretale				X				X				X				X		
Pubblicazione report annuale sul monitoraggio dei programmi di screening			X				X				X				X			

Cronoprogramma	2015		2016				2017				2018				2019			
	III	IV	I	II	III	IV	I	II	III	IV	I	II	III	IV	I	II	III	IV

Introduzione del test HPV-DNA

Emanazione del DGR sulla riconversione del programma di screening cervico-vaginale		X																
Promozione e coordinamento eventi di comunicazione e sensibilizzazione della popolazione		X	X				X				X							
Formazione del personale Attività regionale di formazione del personale	X																	
Coordinamento attività di formazione a livello aziendale e di Area Vasta		X	X			X				X				X				X
Coordinamento e monitoraggio dell'avvio del programma Attività di supporto e monitoraggio delle diverse fasi della riconversione del programma	X	X	X				X					X				X		
Implementazione monitoraggio con tracciato-record individuale		X																
Integrazione anagrafica del programma con l'anagrafe del programma vaccinale contro l'HPV													X					

INDICATORI	Fonte	Formula	Valore di partenza (baseline)	2016	2017	2018	2019
Proporzione di popolazione bersaglio regionale invitata a partecipare al programma di screening cervicale	Osservatorio Nazionale Screening	Pop. Invitata- inviti inesitati /pop. Bersaglio- escluse prima dell'invito x 100	100%	95-100%	95-100%	95-100%	95-100%
Proporzione di popolazione bersaglio regionale invitata a partecipare al programma di screening mammografico	Osservatorio Nazionale Screening	Pop. Invitata- inviti inesitati /pop. Bersaglio- escluse prima dell'invito x 100	100%	95-100%	95-100%	95-100%	95-100%
Proporzione di popolazione bersaglio invitata a partecipare al programma di screening coloretale	Osservatorio Nazionale Screening	Pop. Invitata- inviti inesitati /pop. Bersaglio- esclusi prima dell'invito x 100	100%	95-100%	95-100%	95-100%	95-100%
Proporzione di popolazione regionale aderente all'invito a partecipare al programma di screening cervicale	Osservatorio Nazionale Screening	Pop. aderente /pop. Invitata - inviti inesitati- escluse dopo invito x 100	60%	60%	60%	60%	60%
Proporzione di popolazione regionale aderente all'invito a partecipare al programma di screening mammografico	Osservatorio Nazionale Screening	Pop. aderente /pop. Invitata - inviti inesitati- escluse dopo invito x 100	70%	70%	70%	70%	75%

Proporzione di popolazione regionale aderente all'invito a partecipare al programma di screening coloretale	Osservatorio Nazionale Screening	Pop. aderente /pop. Invitata - inviti inesitati-esclusi dopo invito x 100	50%	50%	50%	50%	50%
Adozione di indirizzo di programmazione regionale per l'introduzione dello screening cervicale con HPV-DNA test	Regione Emilia-Romagna	NA	Adottato nel corso del 2015	-	-	-	-
Progressione del programma regionale di screening cervicale con HPV-DNA test	Regione Emilia-Romagna	Sì / No	Attivazione invito per la fascia di età 50-64 anni	Attivazione invito per la fascia di età 45-64 anni	Attivazione invito per la fascia di età 41-64 anni	Attuazione invito per la fascia di età 41-44 anni	Attuazione invito per la fascia di età 30-40 anni

Codice progetto e nome	2.13 Sorveglianza Malattie Infettive
CONSOLIDAMENTO	<p>Si confermano le attività previste dal progetto aggiornando il cronoprogramma al biennio 2018-2019 e i valori attesi per gli indicatori, compreso quello sentinella.</p> <p>Solo per l'indicatore "Predisposizione di SMI alla ricezione informatizzata delle schede di segnalazione da parte dei MMG" si segnala uno slittamento nella programmazione: nel corso del 2016 si è infatti deciso di aspettare una sufficiente diffusione del nuovo applicativo regionale SSI (Scheda Sanitaria Individuale) ai MMG del territorio. A fine 2017 la quota dei MMG che utilizzeranno il nuovo sistema è stimata nel 50% dei MMG totali, pertanto l'avvio del progetto di integrazione tra SMI-SSI è stato programmato per l'anno 2018.</p>

Cronoprogramma	2015		2016				2017				2018				2019			
	III	IV	I	II	III	IV	I	II	III	IV	I	II	III	IV	I	II	III	IV
Manutenzione dei i flussi già attivi per le sorveglianze di laboratorio e implementazione di quello relativo alle infezioni da <i>Chlamydia</i>	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Manutenzione dell'attuale sistema di ALERT e definizione dei percorsi per le nuove malattie emergenti	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Completamento dell'informatizzazione di tutte le sorveglianze speciali previste a livello nazionale e regionale	X	X	X	X	X	X												

Analisi di fattibilità e predisposizione di SMI alla ricezione informatizzata delle schede di segnalazione delle malattie infettive da parte dei MMG			X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
--	--	--	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

INDICATORI	Fonte	Formula	Valore di partenza (baseline)	2016	2017	2018	2019
Mantenimento dell'attuale standard di informatizzazione delle segnalazioni di malattia infettiva	SMI	Eventi informatizzati/eventi segnalati x100	100%	100%	100%	100%	100%
Progettazione e realizzazione di una nuova sorveglianza di laboratorio (infezioni da <i>Chlamydia</i>)	Flusso dati da laboratorio di riferimento	NA	No	Implementazione e avvio	Valutazione e messa a regime	Monitoraggio e analisi di qualità	Restituzione dei dati alle Ausl
Completamento informatizzazione sorveglianze speciali	SMI	N. schede di sorveglianza informatizzate/N. sorveglianze speciali attive x100	85%	100%			
Predisposizione di SMI alla ricezione informatizzata delle schede di segnalazione da parte dei MMG	SMI, Cartella clinica MMG informatizzata (SSI)	NA	Non predisposto	Non predisposto	Non predisposto	Analisi della fattibilità e predisposizione SMI e adeguamento cartella clinica	Sperimentazione e messa in produzione del sistema di trasmissione informatizzato

Codice progetto e nome	2.14 Promozione dell'adesione consapevole ai programmi vaccinali nella popolazione generale e in specifici gruppi a rischio e monitoraggio dell'attività
RIMODULAZIONE (riprogettazione)	<p>Nel biennio 2016 e 2017 i quadri normativi regionale e nazionale si sono profondamente modificati (*); ciò ha reso indispensabile una rimodulazione di alcune attività per far fronte ai nuovi adempimenti in campo vaccinale.</p> <p>L'indicatore sentinella viene confermato e arricchito prevedendo nel 2019 di raggiungere l'obiettivo di un'anagrafe regionale disponibile in tempo reale con la messa in rete dei MMG e PLS e invio dati in tempo reale.</p> <p>Sulla base della legge 119/2017 si ritiene inoltre di puntare l'attenzione sull'attività di aumento delle coperture vaccinali e di recupero degli inadempienti e dei ritardatari inserendo due nuovi indicatori</p> <p>L'indicatore "Riduzione del numero degli ambulatori vaccinali" risulta superato in quanto le Ausl avevano già lavorato alla razionalizzazione della rete degli ambulatori vaccinali; l'indicatore "Allineamento del sito regionale www.perchevaccino.it a quanto previsto dal progetto CCM" risulta superato in quanto l'attività di promozione, formazione e informazione che ha accompagnato le leggi sull'obbligo vaccinale ha portato a svolgere numerose nuove iniziative a livello regionale, fra le quali l'istituzione del sito: www.ascuolavaccinati che contiene informazioni e documentazione sia relativi alle due leggi sia alle vaccinazioni in generale e ai principali dubbi dei genitori.</p> <p>(*) Legge regionale n.19 del 25 novembre 2016: "Servizi educativi per la prima infanzia. Abrogazione della L.R. n. 1 del 10 gennaio 2000" che all'art. 6 comma 2 dispone che rappresenti requisito di accesso ai Servizi educativi l'aver assolto da parte del minore gli obblighi vaccinali;</p> <p>Piano nazionale prevenzione vaccinale 2017/2019, di cui all'intesa sancita dalla Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano in data 19 gennaio 2017, pubblicato nella Gazzetta Ufficiale n. 41 del 18 febbraio 2017,</p> <p>Legge n. 119 del 31 luglio 2017: "Conversione in legge, con modificazioni, del decreto-legge 7 giugno 2017, n. 73, recante disposizioni urgenti in materia di prevenzione vaccinale."</p>

Cronoprogramma	2015		2016				2017				2018				2019				
	III	IV	I	II	III	IV	I	II	III	IV	I	II	III	IV	I	II	III	IV	
Completamento dell'anagrafe vaccinale regionale e messa in opera	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Adozione del nuovo calendario vaccinale regionale		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Monitoraggio dei recuperi delle vaccinazioni obbligatorie per fascia di età e conseguente aumento delle coperture delle vaccinazioni obbligatorie											X	X	X	X	X	X	X	X	X
Implementazione delle nuove vaccinazioni previste dal PNPV 2017-19 con particolare riferimento alla copertura per meningococco B											X	X	X	X	X	X	X	X	X

INDICATORI	Fonte	Formula	Valore di partenza (baseline)	2016	2017	2018	2019
Completamento Anagrafe vaccinale regionale informatizzata e costruzione delle coperture vaccinali	Servizio Sistemi Informativi RER	NA	In atto scarico dati storici dalle AUsl	Messa a punto del sistema informatizzato	Fase intermedia a doppio invio e relativo confronto	Anagrafe vaccinale regionale a regime e certificati vaccinali sul FSE	Implementazione dell'anagrafe vaccinale regionale con la messa in rete dei MMG e PLS e invio dati in tempo reale
Monitoraggio dei recuperi delle vaccinazioni obbligatorie per fascia di età e conseguente aumento delle coperture delle vaccinazioni obbligatorie.	Anagrafe vaccinale					Copertura >95% per almeno 6 vaccinazioni su 10 obbligatorie	Copertura >95% per almeno 7 vaccinazioni su 10 obbligatorie
Implementazione delle nuove vaccinazioni previste dal PNPV 2017-19 con particolare riferimento alla copertura per meningococco B	Anagrafe vaccinale					Copertura per meningococco B >75%	Copertura per meningococco B >90%

Codice progetto e nome	2.15 Interventi per promuovere il consumo di alimenti salutari
CONSOLIDAMENTO	Si confermano le attività previste dal progetto aggiornando il cronoprogramma al biennio 2018-2019 e i valori attesi per gli indicatori, compreso quello sentinella.

Cronoprogramma	2015		2016				2017				2018				2019			
	III	IV	I	II	III	IV	I	II	III	IV	I	II	III	IV	I	II	III	IV
Promozione “menu salutari “ Elaborazione di linee guida specifiche per la definizione delle caratteristiche nutrizionali del “menu salutare” in relazione alle tipologie di ristorazione	X	X	X															
Organizzazione di corsi per gli operatori del settore alimentare					X	X	X	X		X	X	X	X	X	X	X	X	X
Organizzazione e attuazione di una campagna di comunicazione rivolta ai consumatori					X	X	X	X		X	X	X	X	X	X	X	X	X
Elaborazione di una mappa della rete di ristoranti e altri esercizi che propongono “menu salutari”					X	X	X	X		X	X	X	X	X	X	X	X	X
Monitoraggio e valutazione						X	X	X										
Promozione della riduzione del sale nella dieta	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X

Realizzazione di interventi formativi e informativi rivolti ai panificatori e consumatori per la riduzione del sale nel pane																			
Promozione dell'offerta di sale iodato Realizzare verifiche presso la ristorazione pubblica e collettiva e nei punti vendita			X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Promozione dell'offerta di alimenti idonei a soggetti celiaci Realizzare corsi di formazione e aggiornamento per gli operatori del settore alimentare	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Realizzare corsi e laboratori pratici per celiaci neodiagnosticati e le loro famiglie					X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Consumatori consapevoli Realizzare iniziative formative e informative per ridurre lo spreco alimentare e saper leggere le etichette alimentari e nutrizionali, per saper scegliere gli alimenti salutari.					X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Alimentazione e prevenzione recidive Realizzazione e condivisione degli strumenti di lavoro regionali e locali		X	X	X					X										
Realizzazione di corsi teorici e laboratori di cucina salutare					X	X	X	X		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X

INDICATORI	Fonte	Formula	Valore di partenza (baseline)	2016	2017	2018	2019
% panificatori che partecipano alla formazione per la riduzione del sale nel pane	Ricognizione ad hoc da parte dei SIAN	N. panificatori che partecipano alla formazione/ N. panificatori tot x 100	20%	30%	30%	50%	50%
% corsi di formazione e aggiornamento per gli operatori del settore alimentare in tema celiachia realizzati rispetto alle richieste	ricognizione ad hoc da parte del SIAN	N. corsi realizzati/numero corsi richiesti x 100	100%	100%	100%	100%	100%
N.ro controlli sulla presenza di sale iodato ristorazione pubblica e ristorazione collettiva	ORSA	NA	3842	5500	5500	Mantenimento	Mantenimento
% controlli sulla vendita di sale iodato presso la grande distribuzione	ORSA	N. punti vendita controllati per sale iodato / N. tot controlli presso la GDO x 100		90%	90%	90%	90%
Attivazione campagna di comunicazione a sostegno dei ristoranti con menu salutare	Evidenza documentale	NA	No	No	Sì	Sì	Sì
Evidenza in ogni AUsl di accordi tra SIAN, U.O. Oncologia e altri Enti del territorio per l'organizzazione dei corsi/laboratori	Ricognizione ad hoc da parte dei SIAN	NA	No	Sì	Sì	Sì	Sì
Evidenza in ogni AUsl dell'attivazione corsi/laboratori su Alimentazione e prevenzione recidive	Ricognizione ad hoc da parte dei SIAN	NA	No	No	Sì	Sì	Sì

Codice progetto e nome	2.16 - 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
CONSOLIDAMENTO	Si confermano le attività previste dal progetto aggiornando il cronoprogramma al biennio 2018-2019 e i valori attesi per gli indicatori, compreso quello sentinella.

Cronoprogramma	2015		2016				2017				2018				2019			
	III	IV	I	II	III	IV	I	II	III	IV	I	II	III	IV	I	II	III	IV
Istituzione del tavolo regionale interistituzionale	X	X																
Definizione e applicazione piani di monitoraggio, sorveglianza e campionamento condivisi previa analisi e condivisione dei dati e programmi di controllo regionali in corso			X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Fornire supporto e consulenza ai Servizi dei DSP delle AUsl per l'indagine a seguito di positività, riprogrammazione delle attività e stesura di report informativi					X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Formazione degli operatori deputati al controllo ufficiale							X	X	X	X	X	X			X	X		
Informazione e formazione degli operatori del settore agro-zootecnico ed della produzione di alimenti e acque potabili							X	X	X	X				X	X	X	X	

Realizzazione di una campagna informativa per la prevenzione delle Malattie veicolate da alimenti connesse a rischi biologici e chimici							X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
---	--	--	--	--	--	--	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

INDICATORI	Fonte	Formula	Valore di partenza (baseline)	2016	2017	2018	2019
Diffusione sul territorio regionale di piani di monitoraggio, sorveglianza e campionamento condivisi	Evidenza documentale	NA	No	No	Sì	Sì	Sì
Istituzione e prosecuzione lavori del tavolo regionale interistituzionale	Evidenza documentale	NA	Sì	Sì	Sì	Sì	Sì
Fornire supporto e consulenza ai Servizi dei DSP delle AA.UU.SS.LL per l'indagine a seguito di positività, riprogrammazione delle attività e stesura di report informativi	Evidenza documentale	NA	Sì	Sì	Sì	Sì	Sì
Formazione degli operatori deputati al controllo ufficiale; Informazione e formazione degli operatori del settore agro-zootecnico ed della produzione di alimenti e acque potabili. Adottare piani di controllo e monitoraggio	Evidenza documentale	NA	No	No	Sì	Sì	Sì
N. siti istituzionali (8 AUsl e RER) sui quali sia disponibile il materiale relativo alla Campagna informativa per i consumatori	Evidenza siti web	NA	0	0	4	9	9

Codice progetto e nome	2.17 Osservatorio Regionale sulla Sicurezza Alimentare (ORSA)
RIMODULAZIONE (riprogettazione)	<p>Sulla base dei risultati derivanti dalla valutazione del percorso per la creazione del sistema unico regionale si rende necessario adottare nuove strategie, mantenendo gestionali locali diversi in un sistema di regole condiviso con anagrafi in parte gestite centralmente. Le attività previste sono state in parte modificate e riprogrammate come indicato di seguito nel dettaglio. La realizzazione del manuale è stata spostata alla parte finale del progetto per essere in grado di recepire le modifiche che vengono apportate al gestionale in funzione delle scelte adottate.</p> <ul style="list-style-type: none"> – L'analisi per la centralizzazione delle anagrafiche va in parte rivista alla luce della recente modifica del sistema a disposizione per la Regione per l'accesso ai dati della Camera di Commercio (da Parix a Adrier) – Analisi allineamento flussi ORSA verso le banche dati nazionali e regionali (RUC): continua nel 2018 e 2019 anche per l'evoluzione in corso dei sistemi nazionali – Definizione di regole comuni ai gestionali AUsl e ORSA: è stata inserita come nuova attività in quanto può portare ad avere uno strumento che migliora la qualità dei dati presenti in ORSA. – Analisi e attivazione flussi SIAN (report regionale SIAN 4 e 5): era stata sospesa in attesa di risolvere le criticità nella qualità dei dati che pervenivano dagli SVET è stata spostata al 2018 – L'adeguamento dei gestionali delle AUSL per raccogliere dati necessari per integrazione con sistemi nazionali slitta al 2018 – Realizzazione dell'integrazione locale/regionale per il flusso campionamento (dati prelievo e dati analisi): prosegue fino al 2019. – Realizzazione dell'integrazione con sistemi nazionali: le attività proseguono fino al 2019 – Analisi, definizione e implementazione dei flussi relativi a controlli canili e utilizzo sale iodato: queste attività vengono eliminate per includerle in una più ampia di revisione e ampliamento delle codifiche presenti in ORSA relative a ispezioni e verifiche – Definizione di un protocollo per la verifica sulla qualità dei dati prodotti dalla integrazione verso ORSA (Regione e AUsl): prosegue nel 2018 per adeguare il protocollo alle nuove regole comuni ai gestionali AUsl e ORSA – Applicazione del protocollo per la verifica della qualità dei dati da parte di AUsl e Regione: il protocollo viene diffuso dalla Regione alle AUsl che lo applicano nel 2018 e nel 2019

- Riesame dei flussi e delle integrazioni in funzione della verifica di qualità dei dati e definizione di eventuali correttivi: continua nel 2019
- Realizzazione di seminari con le AUSL per il miglioramento della qualità dei dati: slitta al 2018

L'indicatore proposto si considera concluso in quanto già consolidato a livello di tutte le realtà aziendali; viene inserito un nuovo indicatore sentinella finalizzato a un migliore controllo sul livello di qualità dei dati inseriti in anagrafe.

Cronoprogramma	2015		2016				2017				2018				2019			
	III	IV	I	II	III	IV	I	II	III	IV	I	II	III	IV	I	II	III	IV
Analisi e revisione del Manuale di ORSA "Meccanismi di integrazione dei sistemi operanti nell'ambito della sicurezza alimentare"	X	X												X	X			
Analisi per la centralizzazione nel sistema regionale di anagrafiche e vocabolari.	X										X	X	X	X	X	X	X	X
Analisi allineamento flussi Orsa verso le banche dati nazionali e regionali (RUC)	X	X									X	X	X	X	X			
Caricamento delle anagrafiche OSM riconosciuti su SINVSA		X																
Allineamento delle anagrafiche AUSL (SIAN/SVET) alle codifiche Thesaurus (allineate a master list e SINVSA) anche mediante transcodifica	X																	

Attivazione flussi verso Orsa da SVET (dati reportistica ATT 1 e ATT2)	X	X																
Caricamento delle anagrafiche OSM registrati su SINVSA						X												
Definizione di regole comuni ai gestionali AUsl e ORSA											X							
Analisi e attivazione flussi SIAN (report regionale SIAN 4 e 5)		X											X	X				
Analisi per creazione di un sistema unico			X	X	X	X												
Adeguamento sistemi locali/regionale per raccogliere dati necessari per integrazione con sistemi nazionali			X	X							X	X	X	X	X	X	X	X
Realizzazione dell'integrazione locale/regionale per il flusso campionamento (dati prelievo e dati analisi)	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Realizzazione dell'integrazione con sistemi nazionali					X	X					X	X	X	X	X	X	X	X
Revisione e ampliamento delle codifiche presenti in ORSA relative a ispezioni e verifiche											X	X						
Definizione di un protocollo per la verifica sulla qualità dei dati prodotti dalla integrazione verso ORSA (Regione e AUsl)			X									X						
Applicazione del protocollo per la verifica della qualità dei dati da parte di AUsl e Regione				X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X

Riesame dei flussi e delle integrazioni in funzione della verifica di qualità dei dati e definizione di eventuali correttivi			X				X				X				X			
Realizzazione di seminari regionali e AUsl per il miglioramento della qualità dei dati				X				X			X	X	X	X				

INDICATORI	Fonte	Formula	Valore di partenza (baseline)	2016	2017	2018	2019
% di AUsl che caricano le anagrafiche degli OSM su SINVSA	SINVSA (VETINFO – Ministero)	N. AUsl che caricano le anagrafiche OSM su SINVSA/8 AUsl x 100	0	100%	100%		
AUsl che applicano il protocollo regionale per la verifica della qualità dei dati presenti in ORSA	Evidenza documentale	N. AUsl che applicano il protocollo regionale per la verifica della qualità dei dati presenti in ORSA	0			8	8
AUsl che caricano le anagrafiche degli OSM su SINVSA	SINVSA (VETINFO – Ministero)	N. AUsl che caricano le anagrafiche OSM su SINVSA	0	8	8		
% servizi SIAN + SVET delle AUsl che inviano i file con l'estrazione delle anagrafiche secondo le codifiche Thesaurus	Evidenza documentale	N. servizi che hanno inviato le anagrafiche secondo Thesaurus	0	16	16		
AUsl che hanno effettuato corsi per il miglioramento della qualità dei dati	Evidenza documentale	N. AUsl che effettuano corsi per il miglioramento della qualità dei dati	0			6	8

Codice progetto e nome	2.18 - Rafforzamento e razionalizzazione delle attività di prevenzione in Sanità Pubblica Veterinaria e Sicurezza Alimentare
CONSOLIDAMENTO	Si confermano le attività previste dal progetto aggiornando il cronoprogramma al biennio 2018-2019 e i valori attesi per gli indicatori, compreso quello sentinella.

Cronoprogramma	2015		2016				2017				2018				2019			
	III	IV	I	II	III	IV	I	II	III	IV	I	II	III	IV	I	II	III	IV
Definizione e attuazione di un programma sulle malattie da vettori	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Definizione e attuazione di un programma sulle malattie da alimenti						X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Definizione e attuazione di un programma sulla fauna selvatica	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Definizione e attuazione di un piano regionale coordinato di campionamento di alimenti e bevande (PRA)	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Formazione del personale AUsl deputato al controllo ufficiale (Reg. 882)		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Definizione protocollo scambio informazioni tra ospedali e DSP					X	X	X	X							X	X	X	X
Produzioni di manuali operativi per specifiche zoonosi								X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Svolgimento di audit regionali	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X

INDICATORI	Fonte	Formula	Valore di partenza (baseline)	2016	2017	2018	2019
Numero di audit regionali svolti sui sistemi di controllo del country profile Italia rendicontati al Ministero	Evidenza documentale	NA	>5	>5	>5	>5	>5
Attuazione del programma di sorveglianza sulle malattie trasmesse da vettori che comprenda protocolli di collaborazione con i laboratori	Evidenza documentale	NA	Si	Si	Si	Si	Si
Definizione e attuazione del programma di sorveglianza sulle malattie trasmesse da alimenti attivo che includa protocolli di collaborazione con i laboratori	Evidenza documentale	NA	No	No	Si	Si	Si
Attuazione del programma di sorveglianza sulla fauna selvatica per la rilevazione precoce di malattie che comprenda protocolli di collaborazione con i laboratori	Evidenza documentale	NA	Si	Si	Si	Si	Si
Attuazione di un programma di campionamento sugli alimenti che comprenda il riesame delle capacità di laboratorio in coerenza con gli standard di funzionamento nazionali	Evidenza documentale	NA	Si	Si	Si	Si	Si
% di operatori AUsl deputati al controllo ufficiale con requisito di ispettore	Referenti AUsl	N. operatori AUsl deputati al controllo ufficiale con requisito di ispettore/ N. operatori AUsl deputati al controllo ufficiale in servizio al 31/12 x 100	90%	90%	95%	99%	99%
% protocolli e manuali operativi per zoonosi prodotti	Evidenza documentale	Numero protocolli-manuali prodotti/ numero protocolli-manuali per specifiche zoonosi individuate x 100	0	25%	50%	100%	100%

Codice progetto e nome	2.19 Realizzazione di campagne informative ai fini della prevenzione del randagismo
CONSOLIDAMENTO	Si confermano le attività previste dal progetto aggiornando il cronoprogramma al biennio 2018-2019 e i valori attesi per gli indicatori, compreso quello sentinella la cui formulazione viene meglio precisata

Cronoprogramma	2015		2016				2017				2018				2019			
	III	IV	I	II	III	IV	I	II	III	IV	I	II	III	IV	I	II	III	IV
Realizzazione di una campagna informativa per la prevenzione dell'abbandono che dal 2017 potrebbe comprendere le "giornate del microchip"					X	X	X	X	X	X	X	X	X	X				
Studio di fattibilità su effettuazione di giornate del microchip (e di altri aspetti di SPV/Igiene urbana) da parte delle AUsl e Comuni			X	X	X	X												
Eventuale organizzazione di "giornate del microchip"							X	X	X	X	X	X	X	X				
Definizione protocolli d'intervento e progettazione dei percorsi formativi		X	X	X	X	X												
Realizzazione di percorsi formativi per il personale addetto al controllo ufficiale degli animali di affezione					X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X

INDICATORI	Fonte	Formula	Valore di partenza (baseline)	2016	2017	2018	2019
Realizzazione e diffusione di una campagna informativa sulla prevenzione del randagismo	Evidenza	NA	No	Si	Si	Si	Si
Partecipazione agli eventi formativi realizzati	Referenti AUsl	Numero partecipanti agli eventi / numero veterinari designati dalle AUsl x 100	0	90%	90%	90%	90%
Cani catturati già identificati	Indicatore Regionale	Cani catturati già identificati/cani catturati x 100	58,9%	60%	>=60%	>=60%	>=60%
Rinunce di proprietà	Indicatore Regionale	Cani rinunciati/cani entrati in canile x 100	8,6%	<8%	<8%	<8%	<8%

Codice progetto e nome	2.20 La gestione delle emergenze del Dipartimento di Sanità Pubblica; malattie infettive, sicurezza alimentare, ambientali, chimiche, calamità naturali ed epidemiche degli animali
CONSOLIDAMENTO	Si confermano le attività previste dal progetto aggiornando il cronoprogramma al biennio 2018-2019 e i valori attesi per gli indicatori, compreso quello sentinella; vengono meglio definiti gli step di una azione che come da progetto iniziale partirà dal 2018 e proseguirà per l'anno successivo.

Cronoprogramma	2015		2016				2017				2018				2019			
	III	IV	I	II	III	IV	I	II	III	IV	I	II	III	IV	I	II	III	IV
Predisposizione di documento regionale da parte di un gruppo di lavoro che coinvolga rappresentanti dei DSP che, partendo dalla analisi delle esperienze pregresse, definisca una classificazione emergenze e un modello integrato di organizzazione e coordinamento all'interno del sistema sanitario regionale		X	X	X	X													
Stesura di procedure e manuali operativi per ciascuna tipologia di emergenza (personale, logistica, materiali, mezzi) con allineamento a eventuali documenti del Ministero della Salute					X	X	X	X										
Costituzione di un gruppo di lavoro aperto a altre figure coinvolte in emergenze (118, Prot. Civile, Forze Ordine Vigili del Fuoco ecc.) per la definizione delle modalità di interrelazione fra enti (interfacce) e chiarisca ruoli e rispettive competenze								X	X	X								

Stesura documento definitivo e formale presentazione documento a Prefetture e altri stakeholders											X	X	X	X	X	X	X	X	X
Adeguamento al modello previsto dal documento da parte della Regione e delle AUsl. Definizione modalità operative di intervento attraverso gruppi tecnici di lavoro, per le seguenti tematiche: emergenze epidemiche umane – emergenze epidemiche animali – gestione sanitaria campi di prima accoglienza – emergenze chimico tossicologiche e radiologiche – emergenze sismiche e idrogeologiche – mappatura e costruzione scenari ambientali												X	X	X	X	X	X	X	X
Verifica applicabilità con esercitazioni sul campo												X	X	X	X				
Formazione degli operatori del SSR a vario titolo coinvolti nella gestione delle diverse casistiche emergenziali			X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X					

INDICATORI	Fonte	Formula	Valore di partenza (baseline)	2016	2017	2018	2019
Stesura documento definitivo, formalizzazione e presentazione alle Prefetture e altri stakeholders	Evidenza documentale	NA	No	No	Sì	Sì	SI
Costituzione gruppo di lavoro con DSP per predisposizione di documento relativo all'organizzazione, classificazione emergenze e manuali da definire, personale, logistica (materiali, mezzi) con allineamento a eventuali documenti del Ministero della Salute	Evidenza documentale	NA	No	Si	Si	Si	
Costituzione gruppo di lavoro aperto a altre figure coinvolte in emergenze (118, Prot. Civile, Forze dell'Ordine Vigili del Fuoco ecc) per la definizione delle modalità di interrelazione fra enti e amministrazioni (interfacce) e chiarisca ruoli e rispettive competenze	Evidenza documentale	NA	No	Si	Si	Si	
Adeguamento al modello previsto dal documento da parte della Regione e delle AUsl.	Evidenza documentale	NA	No	No	No	Sì	Si
Formazione degli operatori del SSR a vario titolo coinvolti nella gestione delle diverse casistiche emergenziali	Evidenza documentale	NA	No	Si	Si	Si	Si
Verifica con esercitazioni sul campo	Evidenza documentale	NA	No	No	No	Sì	Si

Codice progetto e nome	3.1 – Prevenzione precoce dell'obesità infantile e promozione sani stili di vita in gravidanza e nelle famiglie
CONSOLIDAMENTO	Si confermano le attività previste dal progetto aggiornando il cronoprogramma al biennio 2018-2019 e i valori attesi per gli indicatori, compreso quello sentinella.

Cronoprogramma	2015		2016				2017				2018				2019			
	III	IV	I	II	III	IV	I	II	III	IV	I	II	III	IV	I	II	III	IV
Predisposizione di linee guida	X	X	X															
Formazione degli operatori sanitari					X	X			X	X	X	X	X	X				
Effettuazione di counselling breve rivolto alle donne in gravidanza					X	X	X	X		X	X	X	X	X	X	X	X	X

Indicatori	Fonte	Formula	Valore di partenza (baseline)	2016	2017	2018	2019
% di Aziende USL che hanno attivato gli interventi	Rilevazione ad hoc	N° Aziende USL che hanno attivato gli interventi/8 x 100	0%	10%	50%	100%	100%
% di Aziende USL che hanno attivato la formazione degli operatori sanitari secondo le linee guida regionali	Rilevazione ad hoc	N° Aziende USL in cui si è attivata la formazione/8 x 100	0%	30%	70%	100%	

Codice progetto e nome	3.2 - AllattER - Promozione allattamento al seno
CONSOLIDAMENTO	<p>Si confermano le attività previste dal progetto aggiornando il cronoprogramma al biennio 2018-2019 e i valori attesi per gli indicatori, compreso quello sentinella.</p> <p>L'attività di monitoraggio, inizialmente prevista nel solo II trimestre di ogni anno, dal 2016 è stata estesa anche al terzo trimestre.</p>

Cronoprogramma	2015		2016				2017				2018				2019			
	III	IV	I	II	III	IV	I	II	III	IV	I	II	III	IV	I	II	III	IV
Monitoraggio				X	X			X	X			X	X			X	X	
Identificazione buone pratiche		X	X	X					X	X			X				X	
Azioni di sensibilizzazione (flashmob)		X						X		X				X				X
Informazione			X	X	X	X					X	X			X	X		
Implementazione buone pratiche					X	X	X	X			X	X	X	X	X	X	X	X
Formazione/sensibilizzazione sulla tutela da pratiche scorrette di marketing dei lattini artificiali			X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X

Indicatori	Fonte	Formula	Valore di partenza (baseline)	2016	2017	2018	2019
% popolazione monitorata	AVR (anagrafe vaccinale regionale) Bilanci di salute CEDAP (certificato di assistenza al parto)	N. schede allattamento compilate /N. parti in Regione all'anno x 100 (per il denominatore si calcola la media del numero dei parti nell'anno precedente alla rilevazione e nell'anno in corso)	16%	20%	22%	25%	30%
N. AUsl che adottano buone pratiche	Rilevazione ad hoc	NA	0	≥4	≥5	≥6	≥7
N. di città che partecipano al flashmob (con la specifica del N di capoluoghi)	Rilevazione ad hoc	N assoluto di città partecipanti N assoluto di capoluoghi di provincia	10 città 6 capoluoghi	≥10 ≥6 capoluoghi	≥11 ≥7 capoluoghi	≥12 ≥7 capoluoghi	≥13 ≥8 capoluoghi

Codice progetto e nome	3.3 - Sicurezze
CONSOLIDAMENTO	Si confermano le attività previste dal progetto aggiornando il cronoprogramma al biennio 2018-2019 e i valori attesi per gli indicatori, compreso quello sentinella.

Cronoprogramma	2015		2016				2017				2018				2019			
	III	IV	I	II	III	IV	I	II	III	IV	I	II	III	IV	I	II	III	IV
Sicurezza in casa: Elaborazione e produzione materiale informativo e gadget		X	X															
Sicurezza in casa: Distribuzione del materiale informativo e del gadget			X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Sicurezza in casa: Verifica del raggiungimento della popolazione target (indagine Passi)								X		X				X			X	
Sicurezza in casa e Bolla i pericoli: Rapporti con le Scuole dell'Infanzia e formazione operatrici									X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Sicurezza in casa/Bolla i pericoli: Realizzazione dell'intervento nelle scuole					X	X				X	X	X	X	X	X	X	X	X
Sicurezza in casa/Bolla i pericoli: Vetrifica, discussione e diffusione dei risultati							X	X					X	X		X	X	
Formazione PLS									X	X			X	X		X	X	
Corretto uso dispositivi digitali: attivazione di un gruppo di lavoro		X	X							X	X	X	X	X	X			
Corretto uso dispositivi digitali: produzione e stampa materiali									X	X			X	X	X			

Corretto uso dispositivi digitali: distribuzione dei materiali														X	X	X	X	X	X
Corretto uso dispositivi digitali: monitoraggio e valutazione dei risultati															X			X	X
Sicurezza in casa: Elaborazione e produzione del materiale informativo e del gadget		X	X																

Indicatori	Fonte	Formula	Valore di baseline	2016	2017	2018	2019
Elaborazione e produzione del materiale informativo e gadget	Rilevazione ad hoc	NA		Sì	Sì		
% punti nascita in cui avviene distribuzione del materiale informativo e del gadget per la prevenzione degli incidenti domestici	Rilevazione ad hoc	Numero di punti nascita in cui è stato distribuito il materiale / numero punti nascita x 100		15%	50%	75%	100%
Dispositivi digitali: attivazione del gruppo di lavoro e produzione del materiale informativo	Rilevazione ad hoc	NA		Sì	Sì	Sì	
Bolla i Pericoli: numero di bambini che hanno partecipato al progetto per area vasta	Rilevazione ad hoc	NA			250	250	250
% di AUsl che hanno organizzato interventi di formazione per PLS	Rilevazione ad hoc	N. di AUsl che hanno organizzato la formazione /N. totale AUsl x100		25%	50%	75%	100%

Codice progetto e nome	3.4 – Implementazione e monitoraggio di alcuni tra i principali screening neonatali
RIMODULAZIONE	<p>In Emilia-Romagna gli screening neonatali metabolici e su ipoacusia congenita sono consolidati in ogni punto nascita della Regione. L'estensione completa dello screening oftalmologico prevista per il 2018 slitta al 2019 in quanto l'atto deliberativo è in fase di completamento dell'iter amministrativo. Si è pertanto provveduto ad adeguare l'indicatore sentinella.</p> <p>Le azioni correlate con l'istituzione dei flussi informativi vanno riviste e inserite in un quadro unico e integrato di raccolta dati. Nel biennio 2018 – 2019 si procederà quindi a uno studio di fattibilità dell'integrazione delle banche dati già esistenti per la costruzione di un flusso relativo agli screening neonatali</p> <p>Il flusso informativo relativo al monitoraggio del TSH è già esistente e si prevede nel prossimo biennio di elaborarne i dati e diffondere i risultati.</p>

Cronoprogramma	2015		2016				2017				2018				2019			
	III	IV	I	II	III	IV	I	II	III	IV	I	II	III	IV	I	II	III	IV
Attivazione dello screening oftalmologico					X	X	X	X			X	X	X	X	X	X	X	X
studio di fattibilità dell'integrazione delle banche dati già esistenti per la costruzione di un flusso relativo agli screening neonatali											X	X	X	X	X	X	X	X
Elaborazione dei dati e diffusione dei risultati relativi allo screening del TSH											X	X	X	X	X	X	X	X

Indicatori	Fonte	Formula	Valore di partenza (baseline)	2016	2017	2018	2019
Attivazione dello screening oftalmologico nei punti nascita	Rilevazione ad hoc	Punti nascita in cui è stato attivato lo screening / punti nascita x 100	0	0	50%	80%	100%
Studio di fattibilità dell'integrazione delle banche dati già esistenti per la costruzione di un flusso relativo agli screening neonatali		Evidenza documentale					Produzione documento fattibilità
Elaborazione dei dati e diffusione dei risultati relativi allo screening del TSH	Flusso TSH	Evidenza documentale					Produzione report

Codice progetto e nome	3.5 – Per online
RIMODULAZIONE	Si confermano le attività previste dal progetto aggiornando il cronoprogramma al biennio 2018-2019 e i valori attesi per gli indicatori; valutato il positivo andamento del progetto negli anni l'indicatore sentinella è stato rimodulato in termini migliorativi

Cronoprogramma	2015		2016				2017				2018				2019			
	III	IV	I	II	III	IV	I	II	III	IV	I	II	III	IV	I	II	III	IV
Formazione operatori dei servizi.			X		X													
Formazione peer.							X		X				X					
Formazione operatori di supporto.							X		X				X					
Sviluppo della App dedicata.			X															
Svolgimento chat con supervisione.			X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Discussione dei casi.			X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X

Indicatori	Fonte	Formula	Valore di partenza (baseline)	2016	2017	2018	2019
N. contatti	Dati RER	NA	1200	1260	1323	1800	2000
N. operatori coinvolti	Dati RER	NA	5	6	7	7	7
N. peer coinvolti	Dati RER	NA	20	21	22	22	22
Numero distretti con attivazione di chat	Dati RER	NA	4	5	6	6	6

Codice progetto e nome	3.6 - Progetto adolescenza
RIMODULAZIONE	Si confermano le attività previste dal progetto aggiornando il cronoprogramma al biennio 2018-2019 e i valori attesi per gli indicatori; Valutato il positivo andamento del progetto negli anni l'indicatore sentinella è stato rimodulato in termini migliorativi

Cronoprogramma	2015		2016				2017				2018				2019			
	III	IV	I	II	III	IV	I	II	III	IV	I	II	III	IV	I	II	III	IV
Coordinamento e regia delle offerte territoriali rivolte agli adolescenti in ambito scolastico, familiare e comunitario.	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Monitoraggio dell'attuazione del Progetto adolescenza, con particolare riferimento a: sistema di governo locale del progetto, coinvolgimento del mondo adulto e comunitario, partecipazione attiva degli adolescenti, funzione di ascolto e connessione tra i servizi.		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X				
Formazione degli operatori e scambio di esperienze.	X			X		X							X			X		
Formazione dei peer e attivazione progetti di peer education.	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X				

Indicatori	Fonte	Formula	Valore di partenza (baseline)	2016	2017	2018	2019
Numero di distretti in cui è formalizzato il coordinamento del "Progetto adolescenza"	Dati RER	NA	2	5	9	27	27
Numero equipe interistituzionali sul territorio	Dati RER	NA	3	5	9	12	12
Attuazione del sistema di monitoraggio. Proposta buone prassi e azioni di miglioramento.	Dati RER	NA	Fase di progettazione	Attivazione in 2 distretti	Attivazione in ulteriori 2 distretti	Valutazione esiti monitoraggio	

Codice progetto e nome	3.7 - Maltrattamento e abuso (M/A) nei minori: prevenzione, accoglienza e cura
RIMODULAZIONE (riprogettazione)	<p>Durante lo svolgimento del progetto si è valutato più corretto, anche se più complesso da rilevare, misurare l'integrazione socio-sanitaria sui casi M/A comprendendo anche le valutazioni integrate multiprofessionali sui minori e sulle capacità genitoriali, nonché il sostegno psicologico offerto al minore.</p> <p>L'opportunità di questa correzione è stata evidenziata da ulteriori approfondimenti e confronti sull'appropriatezza prescrittiva con psicologi e neuropsichiatri impegnati nella tutela dei minori</p> <p>Già a partire dal 2016 è stato preferito questo approccio decisamente migliorativo e, come indicato anche nella precedente rendicontazione, sono state adottate le seguenti specifiche per il calcolo dell'indicatore sentinella:</p> <p><u>numeratore</u>: n. bambini/ragazzi (età 0-17 anni) presi in carico dagli psicologi/psicoterapeuti (*) della tutela minori, della NPJA, o consulenti in convenzione, tra quelli assistiti dal Servizio sociale nel corso dell'anno;</p> <p><u>denominatore</u>: bambini/ragazzi vittime di violenza dichiarati dai servizi sociali minori in carico al 31.12 dell'anno precedente (ultimo dato possibile fornito dal flusso SISAM-ER per Servizio sociale/distretto).</p> <p>(*) Presi in carico dagli psicologi/psicoterapeuti: si intendono i bambini/ragazzi che, nel corso dell'anno di rilevazione, sono stati valutati e trattati in maniera integrata multiprofessionale.</p>

Cronoprogramma	2015		2016				2017				2018				2019			
	III	IV	I	II	III	IV	I	II	III	IV	I	II	III	IV	I	II	III	IV
Monitoraggio applicazione linee di indirizzo regionali e quaderni correlati	X	X	X		X													
Formazione (locale e regionale)	X	X		X		X		X		X				X				
Monitoraggio formazione			X								X				X			

Raccolta buone prassi per costruzione quaderno prevenzione maltrattamento/abuso	X	X	X	X	X	X	X	X	X									
Stesura quaderno prevenzione maltrattamento/abuso				X					X	X	X	X	X	X	X	X	X	
Rilevazione annuale dati bambini in carico ai servizi sociali territoriali (banca dati SISAM)			X	X	X	X				X	X			X	X			X

Indicatori	Fonte	Formula	Valore di partenza (baseline)	2016	2017	2018	2019
% di minori trattati tramite integrazione multiprofessionale (modalità organizzative individuate per l'accoglienza, la valutazione e la presa in carico integrata)	Sistemi informativi e Rilevazione ad hoc	n. minori con M/A trattati in maniera integrata/numero minori con M/A totali x 100	Da attivare	80.7%	83%	85%	87%
N. eventi formativi realizzati a livello locale	Rilevazione ad hoc	NA	4	5	7	4	4
N. Aziende che inviano protocolli di buone prassi	Rilevazione ad hoc	NA	0	4	5	6	8
N. Aziende con evidenza documentale della avvenuta integrazione multiprofessionale	Rilevazione ad hoc	NA	0	2	4	6	8

Codice progetto e nome	3.8 - Programma di ginnastica personalizzata a domicilio (Otago) e per piccoli gruppi
RIMODULAZIONE (riprogettazione)	<p>Vista la valutazione della sperimentazione condotta negli anni 2016 – 2017 il gruppo regionale di coordinamento del progetto ha elaborato il documento tecnico di indirizzo scegliendo di sperimentarne la fattibilità nell’ambito di almeno 1 casa della Salute per ogni Azienda USL.</p> <p>Il progetto di prevenzione delle cadute viene riorientato con un’ottica preventiva allargandolo agli ultrasessantacinquenni appartenenti alla categoria di rischio lieve con percorsi dedicati organizzati in piccoli gruppi, che si affiancano agli interventi individuali (Otago).</p> <p>Il progetto va integrato con altri percorsi presenti nel PRP, in particolare con la Promozione dell’attività motoria adattata prevista dal Progetto 6.7</p> <p>Alla luce delle precedenti considerazioni l’indicatore sentinella viene aggiornato per allinearlo alla riprogettazione</p>

Cronoprogramma	2015		2016				2017				2018				2019			
	III	IV	I	II	III	IV	I	II	III	IV	I	II	III	IV	I	II	III	IV
Attivazione gruppo di lavoro regionale		X	X	X														
Azioni preliminari all'avvio del programma									X	X								
Formazione del personale dedicato all'attuazione del programma Otago all'interno delle Case della Salute e delle palestre etiche e sicure				X					X	X	X	X	X	X	X	X	X	X

Attivazione e consolidamento dei programmi di attività fisica in piccoli gruppi o individuali (Otago) per la prevenzione delle cadute all'interno delle Case per la Salute					X	X	X	X			X	X	X	X	X	X	X	X
Monitoraggio dei risultati							X		X				X					X
Sensibilizzazione/Formazione MMG e operatori Case della salute				X				X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Informazione/sensibilizzazione sul tema della prevenzione delle cadute nei confronti della popolazione generale e degli operatori coinvolti										X	X	X	X	X	X	X	X	X

Indicatori	Fonte	Formula	Valore di partenza (baseline)	2016	2017	2018	2019
Attivazione del programma all'interno delle Case della Salute	Rilevazione ad hoc	Numero Case della Salute che hanno attivato il programma / Case della Salute attive	0	0	10%		
Attivazione e consolidamento dei programmi di attività fisica in piccoli gruppi o individuali (Otago) per la prevenzione delle cadute all'interno delle Case per la Salute	Rilevazione ad hoc	Numero programmi attivi all'interno Case della Salute	0			8	10

Disponibilità del documento tecnico di indirizzo elaborato dal gruppo di lavoro	Rilevazione ad hoc	NA	NA	Sì	Sì		
Evidenza di azioni di percorsi formativi attivati in tutte le Case della Salute coinvolte nel progetto	Rilevazione ad hoc	Attivazione di almeno un percorso formativo per ogni Casa della Salute coinvolta	0		Sì	Sì	Sì
Evidenza di azioni di informazione/sensibilizzazione sul tema della prevenzione delle cadute		Numero di Aziende Usl che effettuano le azioni				8	8

Codice progetto e nome	3.9 - Alimentazione nell'anziano (Marina Fridel)
CONSOLIDAMENTO	<p>Si confermano le attività previste dal progetto aggiornando il cronoprogramma al biennio 2018-2019 e i valori attesi per gli indicatori, compreso quello sentinella.</p> <p>Si precisa che le strutture di riferimento cui le attività sono indirizzate sono le Case Residenti per Anziani (CRA) accreditate presenti sul territorio regionale (334 nel 2017). Nel biennio 2018 – 2019 si prevede di completare la formazione degli operatori addetti alla preparazione dei pasti nelle strutture accreditate. Si precisa che il denominatore per l'indicatore sentinella, attivo dal 2017, è composto da almeno 2 operatori addetti alla preparazione pasti per CRA.</p> <p>Prosegue la valutazione nutrizionale dei menu delle CRA tramite apposita scheda, validata a livello regionale; i risultati saranno pubblicati nel sito regionale http://www.alimenti-salute.it/</p>

Cronoprogramma	2015		2016				2017				2018				2019			
	III	IV	I	II	III	IV	I	II	III	IV	I	II	III	IV	I	II	III	IV
Realizzare e condividere gli strumenti di lavoro a livello regionale e territoriale			X	X					X	X								
Valutazione del menù e delle tabelle dietetiche in uso con emissione di parere					X	X	X	X			X	X	X	X	X	X	X	X
Formazione degli operatori addetti alla preparazione dei pasti					X	X	X	X			X	X	X	X	X	X	X	X

Indicatori	Fonte	Formula	Valore di partenza (baseline)	2016	2017	2018	2019
% operatori target formati	Rilevazione ad hoc	Numero di operatori formati / numero di operatori target x 100	NA	0%	50% pari a 334	70% pari a 467	90% pari a 600
% di pareri emessi a seguito della valutazione del Menù	Rilevazione ad hoc	Numero pareri menù rilasciati / numero strutture x 100	NA	0%	30% pari a 100	40% pari a 135	50% pari a 167

Codice progetto e nome	4.1 - Esercizio fisico e attività sportiva nella popolazione affetta da disabilità
RIMODULAZIONE	Si confermano le attività previste dal progetto aggiornando il cronoprogramma al biennio 2018-2019 e i valori attesi per gli indicatori, compreso quello sentinella che prevede di protrarre per l'intero biennio la formazione del personale socio-sanitario a vario titolo coinvolto

Cronoprogramma	2015		2016				2017				2018				2019				
	III	IV	I	II	III	IV	I	II	III	IV	I	II	III	IV	I	II	III	IV	
Sensibilizzazione al tema	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Verifica su quantità e qualità dell'AF nei disabili e Invalidi	X	X	X	X															
Orientamento/riorientamento dei servizi di Medicina dello Sport sul tema	X	X	X	X															
Progettazione di un programma che comporti l'identificazione di percorsi consigliabili e praticabili alla popolazione disabile per svolgere quantità sufficiente di attività fisica per la salute									X	X									
Formazione dei MMG, PLS, insegnanti, caregivers, personale palestre/società sportive									X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X

Prescrizione sanitaria dell'esercizio fisico nei casi in cui risulti necessario un intervento					X	X	X	X			X	X	X	X				
Costruzione della mappa delle opportunità specifica esistente sul territorio			X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Valutazione e monitoraggio					X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X

Indicatori	Fonte	Formula	Valore di partenza (baseline)	2016	2017	2018	2019
Realizzazione dei momenti di formazione in ogni AUsl	Rilevazione ad hoc	NA	No	Sì	Sì	Sì	Sì
Realizzazione di momenti di sensibilizzazione in almeno 30% dei distretti di ogni AUsl	Rilevazione ad hoc	NA	No	Sì	Sì	Sì	Sì
Costituzione di un gruppo di lavoro aziendale per una progettazione condivisa e diffusa sul territorio	Rilevazione ad hoc	NA	No		Sì	Sì	Sì
Esistenza di una rete e di offerte sul territorio (in almeno 2 distretti per ogni AUsl) con messa a regime del percorso	Rilevazione ad hoc	NA	No		Sì	Sì	Sì

Codice progetto e nome	4.2 - Azioni situate di promozione alla salute mentale e fisica nei confronti dei caregivers (badanti, donne precarie)
RIMODULAZIONE	<p>Il lavoro di mappatura delle azioni esistenti richiede più tempo del previsto per essere portato a compimento con un livello adeguato di approfondimento e completezza delle informazioni, pertanto l'azione di mappatura si prolungherà anche nei primi mesi del 2018.</p> <p>In seguito all'analisi delle mappature effettuate e agli incontri locali di interpretazione dei dati raccolti con le diverse aziende, la prospettiva per le azioni successive non sarà tanto quella di attivare ulteriori percorsi per il benessere dei caregivers (che già esistono nei diversi territori), quanto piuttosto di dare supporto alle aziende al fine di mettere a sistema le attività esistenti.</p> <p>Le attività di valutazione vengono pertanto posticipate agli ultimi mesi del Piano.</p>

Cronoprogramma	2015		2016				2017				2018				2019				
	III	IV	I	II	III	IV	I	II	III	IV	I	II	III	IV	I	II	III	IV	
Mappatura del territorio ed identificazione dei luoghi di prossimità dove calare le azioni		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X							
Attivazione/messa a sistema dei percorsi/azioni per favorire il benessere psico-fisico									X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Incontri di promozione delle risorse presenti nel territorio (servizi, strutture ecc.)													X	X	X	X			
Valutazione: Focus group e feed back da parte dei partecipanti ed istituzioni coinvolte															X	X	X	X	

Indicatori	Fonte	Formula	Valore di partenza (baseline)	2016	2017	2018	2019
N di AUsI in cui è stato attivato il progetto	Rilevazione ad hoc	NA	0	2	3	4	8

Codice progetto e nome	4.3 - Oltre la Strada
CONSOLIDAMENTO	<p>Si confermano le attività previste dal progetto aggiornando il cronoprogramma al biennio 2018-2019 e i valori attesi per gli indicatori, compreso quello sentinella</p> <p>Si precisa che vengono rimodulati per il biennio i valori di un indicatore di attività (N. accompagnamenti ai servizi sanitari di persone che si prostituiscono in appartamento o in centri-massaggi) poichè l'azione sottende un contatto spesso difficile da prevedere e realizzare</p>

Cronoprogramma	2015		2016				2017				2018				2019				
	III	IV	I	II	III	IV	I	II	III	IV	I	II	III	IV	I	II	III	IV	
Monitoraggio della prostituzione in strada o al chiuso	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Contatto con le persone che si prostituiscono al chiuso o in strada	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Contatto con donne cinesi coinvolte nella prostituzione in appartamento e nei centri massaggio		X	X	X		X	X	X		X	X	X		X		X		X	
Distribuzione di materiale di profilassi e di materiali informativi multilingue sui temi della prevenzione sanitaria	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Accompagnamento delle persone che si prostituiscono ai servizi sanitari territoriali	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Raccordo con i servizi sanitari per l'attivazione di codici STP ed ENI	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X

Colloqui presso punti di ascolto a bassa soglia	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Promozione di momenti formativi e di scambio rivolti a operatori dei servizi sanitari territoriali		X		X		X		X		X		X		X		X		X
Realizzazione di incontri di sensibilizzazione rivolti alla cittadinanza				X			X			X			X				X	

Indicatori	Fonte	Formula	Valore di partenza (baseline)	2016	2017	2018	2019
N. di contatti con persone che si prostituiscono in strada effettuati dalle Unità di Strada	Database regionale	NA	8.000	8.500	8.500	8.500	8.500
N. di uscite effettuate dalle Unità di strada	Database regionale	NA	500	550	550	550	550
N. materiali informativi e di profilassi distribuiti dalle Unità di strada	Database regionale	NA	35.000	36.000	36.000	36.000	36.000
N. accompagnamenti ai servizi sanitari di persone che si prostituiscono in strada	Database regionale	NA	500	540	550	550	550
N. telefonate di informazione realizzate a persone che si prostituiscono al chiuso	Database regionale	NA	1.500	1.550	1.600	1.650	1.650
N. accompagnamenti ai servizi sanitari di persone che si prostituiscono in appartamento o in centri-massaggi	Database regionale	NA	100	120	130	80	80

Codice progetto e nome	4.4 - Educazione all'affettività e sessualità
RIMODULAZIONE	<p>Questo progetto ha visto una vera e propria esplosione numerica a dimostrazione dell'impegno che da anni i Consultori e gli Spazi giovani hanno sviluppato su questa tematica. Il valore atteso degli indicatori individuato nel momento di scrittura del PRP si è rivelato inadeguato a rappresentare la realtà della situazione per cui per il biennio 2018- 2019 viene proposto uno standard più aderente a quanto osservato negli anni precedenti e all'andamento riscontrato.</p> <p>Il progetto non presenta indicatori sentinella</p>

Cronoprogramma	2015		2016				2017				2018				2019			
	III	IV	I	II	III	IV	I	II	III	IV	I	II	III	IV	I	II	III	IV
Proposta dei progetti ai corsi professionali e loro reclutamento	X	X							X	X			X	X			X	X
Progettazione degli interventi nelle diverse AUsl		X	X			X	X			X	X			X	X			X
Realizzazione degli interventi		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Monitoraggio della diffusione dei progetti				X	X			X	X			X	X			X	X	

Indicatori	Fonte	Formula	Valore di partenza (baseline)	2016	2017	2018	2019
Numero totale dei progetti attivati nei corsi professionali o extrascuola in regione	Rilevazione ad hoc	NA	4	6	8	20	20
Numero di AUsl in cui si realizzano i progetti	Rilevazione ad hoc	NA	2	3	4	6	7

Codice progetto e nome	4.5 - Giovani in Pronto Soccorso
RIMODULAZIONE	<p>Nel 2017 è stato costituito un gruppo di lavoro tra le AUSL che hanno già attuato sperimentazioni di percorsi specifici finalizzati al cambiamento degli stili di vita e al sostegno degli adolescenti e dei loro familiari. Il gruppo ha il mandato di proporre indicazioni metodologiche e operative per le Aziende. La rimodulazione riguarda pertanto il cronoprogramma e lo slittamento dell'indicatore previsto per il 2018 al 2019</p> <p>Il progetto non presenta indicatori sentinella</p>

Cronoprogramma	2015		2016				2017				2018				2019			
	III	IV	I	II	III	IV	I	II	III	IV	I	II	III	IV	I	II	III	IV
Formazione operatori			X	X											X	X	X	X
Condivisione di un percorso specifico tra operatori e servizi coinvolti (Gruppo di lavoro e documento di proposta)									X	X	X	X	X					
Colloqui con utenti e familiari in P.S.							X	X	X	X					X	X	X	X
Predisposizione materiali specifici							X	X	X	X				X	X			

Indicatori	Fonte	Formula	Valore di partenza (baseline)	2016	2017	2018	2019
N° di Pronto Soccorso in cui si attua il percorso sperimentale	Rilevazione ad hoc	NA	2	3	6	6	8

Codice progetto e nome	4.6 - Corsi di secondo livello per conducenti con violazione ripetuta dell'art. 186 del Codice della strada
CONSOLIDAMENTO	Si confermano le attività previste dal progetto aggiornando il cronoprogramma al biennio 2018-2019 e i valori attesi per gli indicatori, compreso il sentinella

Cronoprogramma	2015		2016				2017				2018				2019			
	III	IV	I	II	III	IV	I	II	III	IV	I	II	III	IV	I	II	III	IV
Formazione condivisa degli operatori coinvolti appartenenti ai diversi servizi.			X	X	X	X					X						X	
Condivisione tra gli operatori di un percorso specifico di invio ed educativo.			X	X	X	X								X				
Realizzazione di interventi di tipo psicoeducativo per migliorare la consapevolezza del rischio:			X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X

Indicatori	Fonte	Formula	Valore di partenza (baseline)	2016	2017	2018	2019
N. AUsl nelle quali vengono organizzati i corsi	Rilevazione ad hoc	NA	5 su 8	6 su 8	7 su 8	8 su 8	8 su 8
N° cittadini che hanno frequentato i corsi di secondo livello nell'anno in tutta la Regione	Rilevazione ad hoc	NA	2013: n° 85	Incremento del 5% sul dato 2013	Incremento del 5% sul dato 2016	Mantenimento del valore 2017	Mantenimento valore 2018

Codice progetto e nome	4.7 - Interventi di prossimità per la prevenzione dei rischi
CONSOLIDAMENTO	Si confermano le attività previste dal progetto aggiornando il cronoprogramma al biennio 2018-2019 e i valori attesi per gli indicatori.

Cronoprogramma	2015		2016				2017				2018				2019			
	III	IV	I	II	III	IV	I	II	III	IV	I	II	III	IV	I	II	III	IV
Informazione sui rischi e utilizzo etilometro	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Partecipazione congiunta a grandi eventi in collaborazione con 118, Comuni e organizzatori	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Coinvolgimento peer nelle attività svolte nei luoghi del divertimento			X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Riduzione del danno verso i tossicodipendenti attivi	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Coinvolgimento peer nelle attività di riduzione del danno			X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X

Indicatori	Fonte	Formula	Valore di partenza (baseline)	2016	2017	2018	2019
N. persone contattate	Rilevazione ad hoc	NA	N 58315 (dati 2014)	mantenimento	mantenimento	mantenimento	mantenimento
N. grandi eventi con partecipazione congiunta	Rilevazione ad hoc	NA	N 5 (dati 2014)	mantenimento	mantenimento	mantenimento	mantenimento
N. interventi con partecipazione di peer	Rilevazione ad hoc	NA	1	3	4	5	5

Codice progetto e nome	4.8 - Promozione della salute nelle carceri
RIMODULAZIONE (riprogettazione)	<p>Si propone una differente formulazione dell'indicatore sentinella dal momento che, se calcolato sui singoli Istituti, non tiene conto della diversa tipologia e, soprattutto, della differente capienza di ogni realtà.</p> <p>Su questa base si modifica l'indicatore sentinella focalizzando l'attenzione sul numero complessivo di detenuti screenati rispetto al numero complessivo di detenuti con carcerazione >= 14 gg presenti nell'anno, calcolandolo cumulativamente in Regione e non più sui singoli istituti, stabilendo uno standard biennale che punta al consolidamento della percentuale di screening per HIV effettuati rispetto alla baseline di partenza.</p> <p>Inoltre nel biennio 2018 e 2019 non sarà riproposta l'azione "Realizzazione dell'accordo con l'Amministrazione penitenziaria per il miglioramento degli ambienti di vita dei detenuti" e il relativo indicatore. Infatti le attività previste a cura della Regione sono state svolte ma la realizzazione dell'intero percorso è vincolato dalla partecipazione del Provveditorato regionale dell'Amministrazione penitenziaria, il cui rappresentante non è presente in via continuativa da tre anni. Tale criticità impedisce la realizzazione dell'obiettivo.</p> <p>Le attività dei promotori della salute, finanziate inizialmente attraverso un CCM ora concluso, proseguiranno nel biennio 2018-2019 con finanziamento regionale.</p>

Cronoprogramma	2015		2016				2017				2018				2019			
	III	IV	I	II	III	IV	I	II	III	IV	I	II	III	IV	I	II	III	IV
Offrire screening carcinomi, screening malattie infettive, vaccinazioni, ecc.	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Attivazione di gruppi di informazione guidati da promotori della salute	X	X	X	X	X	X	X	X				X	X	X	X	X	X	X
Attività di aggiornamento formazione rivolta ai promotori di salute		X			X		X							X		X		

Indicatori	Fonte	Formula	Valore di partenza (baseline)	2016	2017	2018	2019
% II.PP. che utilizzano la Cartella clinica informatizzata per registrare lo screening HIV nei detenuti	Banca dati regionale (SISP)	N. di II.PP. in cui la cartella clinica informatizzata ha registrato lo screening HIV in più del 70% dei detenuti / N. di II.PP. x 100	10%	80%	100%		
% di detenuti con test per la diagnosi di infezione da HIV effettuato/rifiutato sugli utenti in carico, presso gli Istituti penitenziari della regione	Banca dati regionale (SISP)	N di detenuti con almeno un esame HIV effettuato o rifiutati / N totale dei detenuti presenti con carcerazione >= 14 gg	78,9%			≥80%	≥80%
Attivazione del flusso informativo SISP	Banca dati regionale	Attivazione flusso	No	Sì			
Mantenimento del N. di II.PP. in cui sono stati attivati gruppi di informazione o incontri individuali	Monitoraggio ad hoc	NA	10	10	10	10	10
Prosecuzione degli interventi di formazione e aggiornamento su specifiche tematiche rivolta ai Promotori di salute	Evidenza documentale	NA	Sì	Sì	Sì	Sì	Sì

Codice progetto e nome	4.9 - Progetto Percorsi di Prevenzione e di Cura di Salute Mentale per l'Adolescenza e i Giovani Adulti (fascia 14 – 25 anni)
RIMODULAZIONE (riprogettazione)	<p>Le azioni presidiate dagli indicatori sentinella hanno subito un importante ritardo perché le linee di indirizzo sono state approvate con 2 anni di ritardo rispetto a quanto previsto e nel 2016/2017 sono stati approvati atti che riguardano alcuni contenuti delle linee di indirizzo (*) Pertanto è stato necessario ridefinire la tempistica per l'intero progetto, aggiornare il cronoprogramma e aggiornare gli indicatori attesi per il biennio in tutte le azioni; dal momento che il progetto è comunque positivamente avviato, il pieno raggiungimento dell'obiettivo atteso al 2018 per il secondo indicatore sentinella, relativo all'organizzazione dei corsi di formazione diretti ai professionisti, slitta al 2019</p> <p>(*) - Circolare 1/2017 "Percorsi di salute mentale per gli adolescenti e i giovani adulti" - DGR 2307/2016 "Programma regionale dipendenze patologiche" - DGR 1184/2017 "Approvazione indirizzi per l'attuazione di interventi di riduzione del danno in strada o in strutture a bassa soglia d'accesso per persone con problemi di abuso/dipendenza e requisiti organizzativi delle Unità di Strada" - Circolare 6/2017 "Linee di indirizzi per la prevenzione e la promozione della salute nell'ambito dei DCA"</p>

Cronoprogramma	2015		2016				2017				2018				2019			
	III	IV	I	II	III	IV	I	II	III	IV	I	II	III	IV	I	II	III	IV
Linee di indirizzo prevenzione e cura							X											
Presentazione e diffusione delle linee di indirizzo ai gruppi di interesse per la fascia 14-25								X	X	X								
Formazione diretta ai professionisti									X	X	X	X	X	X	X	X	X	X

Attivazione di interventi sui fattori di rischio per lo sviluppo di psicopatologie in adolescenza												X	X	X	X	X	X	X
Attivazione e sperimentazione di servizi dedicati alla prima fase di intervento (lettura del bisogno e trattamento precoce).											X	X	X	X	X	X	X	X
Monitoraggio								X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X

Indicatori	Fonte	Formula	Valore di partenza (baseline)	2016	2017	2018	2019
N. AUsl in cui sono state presentate e diffuse le linee di indirizzo ai gruppi di interesse per la fascia 14–25	Evidenza dai documenti di servizio	NA	0	2	4	8	8
N. AUsl in cui sono stati organizzati corsi di formazione diretta ai professionisti	Evidenza dai documenti di servizio	NA	0	2	4	4	8
Continuità della cura tra servizi di salute mentale dell'adolescenza e dell'età adulta	SIDER; SISM; SIMPIAER	Pazienti con diagnosi psicopatologiche (codici ICD9/ICD10) di età compresa tra 14 e 25 anni trattati nei CSM e nei SerT ed in contatto con i servizi di NPJA nei 12 mesi precedenti il primo contatto/Pazienti con diagnosi psicopatologiche (codici ICD9/ICD10) di età compresa tra 14 e 25 anni in contatto con il DSM	10,3%	12%	15%	20%	20%

Codice progetto e nome	5.1 - La mappa degli interventi riconducibili a Guadagnare salute rivolti alle Scuole Primarie e dell'Infanzia
RIMODULAZIONE (riprogettazione)	Si rende necessario prevedere una ridefinizione del progetto perché l'elevato numero di progetti disponibili alla fine della prima fase di ricognizione degli interventi attuati localmente ha reso necessario prevedere uno step di preselezione delle progettualità che avessero requisiti minimi di sostenibilità e estendibilità; solo su questo sottoinsieme (individuato a marzo 2017 e composto da 37 progettualità come dichiarato nella scheda di valutazione PRP anno 2017) si è attivata la fase di descrizione con lo strumento PProSA, fase ora in via di conclusione. Ne consegue che solamente nel corso del 2018 sarà possibile stilare le guide operative per i progetti individuati come buone pratiche di cui proporre l'estensione, che verrà perciò attivata nell'anno scolastico 2019-2020

Cronoprogramma	2015		2016				2017				2018				2019				
	III	IV	I	II	III	IV	I	II	III	IV	I	II	III	IV	I	II	III	IV	
Ricognizione degli interventi		X	X	X	X														
Individuazione delle progettualità di cui effettuare l'approfondimento con lo strumento PProSA					X	X	X												
Descrizione delle progettualità selezionate usando la scheda Pro.Sa								X	X	X	X								
Individuazione delle progettualità definite Buone pratiche e di cui proporre l'estensione												X	X						
Definizione di una guida operativa descrittiva delle "Buone Pratiche"														X	X	X			
Implementazione dei progetti nelle Scuole																	X	X	

INDICATORI	Fonte	Formula	Valore di partenza (baseline)	2016	2017	2018	2019
Interventi meritevoli di inserimento in banca dati PRO.SA/ interventi pervenuti	Ricognizione ad hoc	N.ro progetti ritenuti valutabili sul totale di progetti pervenuti			39/186		
% Interventi per i quali è stato possibile fare la valutazione usando lo strumento PProSA	Ricognizione ad hoc	N.ro schede complete e valutabili /39 x 100				70%	
Evidenza documentale della valutazione effettuata	Ricognizione ad hoc	NA		Sì	Si		
N.ro di Scuole Primarie e dell'Infanzia coinvolte in uno dei progetti definiti "Buone Pratiche"	Ricognizione ad hoc	NA				Standard da definire alla fine del percorso di valutazione	
N.ro di Scuole Primarie e dell'Infanzia che hanno adottato uno dei progetti definiti "Buone Pratiche" per la prima volta	Ricognizione ad hoc	NA					Standard da definire alla fine del percorso di valutazione

Codice progetto e nome	5.2 - Infanzia a colori
RIMODULAZIONE	Si confermano le attività previste dal progetto aggiornando il cronoprogramma al biennio 2018-2019: relativamente ai valori attesi per i diversi indicatori, compreso quello sentinella (originariamente previsto pari a 50), ci si orienta a una riduzione motivata dalle particolari difficoltà nel coinvolgere l'80% delle classi in ragione dell'accorpamento degli Istituti scolastici che si sta realizzando in Emilia-Romagna in questi anni

Cronoprogramma	2015		2016				2017				2018				2019			
	III	IV	I	II	III	IV	I	II	III	IV	I	II	III	IV	I	II	III	IV
Formazione congiunta di operatori sanitari e docenti		X				X				X				X				
Coinvolgimento dei genitori delle classi aderenti		X				X				X				X				
Realizzazione moduli formativi per i genitori delle classi aderenti			X				X				X				X			
Realizzazione del percorso didattico nelle classi aderenti			X	X			X	X			X	X			X	X		
Realizzazione di laboratori di cucina				X				X				X				X		
Promozione di un cambiamento del contesto scolastico in collaborazione con gli Organi Collegiali della Scuola		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X		
Raccolta schede di monitoraggio e valutazione del Progetto					X	X			X	X			X	X			X	X

INDICATORI	Fonte	Formula	Valore di partenza (baseline)	2016	2017	2018	2019
Numero totale Scuole Primarie	referenti AUsl	NA	25	40	50	60	60
Numero Scuole Primarie che hanno coinvolto l'80% delle classi	referenti AUsl	NA	0	20	30	40	40
Numero totale Scuole dell'infanzia	referenti AUsl	NA	10	50	50	70	70
Numero Scuole dell'infanzia che hanno coinvolto l'80% delle classi	referenti AUsl	NA	0	50	50	50	50

Codice progetto e nome	5.3 - Paesaggi di Prevenzione
CONSOLIDAMENTO	Si confermano le attività previste dal progetto aggiornando il cronoprogramma al biennio 2018-2019 e i valori attesi per gli indicatori, compresi quelli sentinella

Cronoprogramma	2015		2016				2017				2018				2019			
	III	IV	I	II	III	IV	I	II	III	IV	I	II	III	IV	I	II	III	IV
Formazione congiunta di docenti e operatori sanitari	X	X			X	X			X	X			X	X				
Formazione degli alunni peer		X	X			X	X			X	X			X	X			
Realizzazione percorsi curriculari nelle classi			X	X			X	X			X	X			X	X		
Attivazione dei laboratori esperienziali				X				X				X				X		
Promozione di un cambiamento nel contesto scolastico			X	X			X	X			X	X						
Raccolta dati di monitoraggio e valutazione del Progetto		X				X				X				X				X

INDICATORI	Fonte	Formula	Valore di partenza (baseline)	2016	2017	2018	2019
Numero totale Istituti scolastici secondari di primo grado aderenti	referenti AUsl	NA	15	17	20	25	25
Numero totale Istituti scolastici secondari di secondo grado aderenti	referenti AUsl	NA	15	18	20	25	25
Numero Istituti di I grado che hanno coinvolto l'80% delle classi target	referenti AUsl	NA	9	10	12	15	15
Numero Istituti di II grado che hanno coinvolto l'80% delle classi target	referenti AUsl	NA	8	10	13	15	15
% Scuole che hanno partecipato in modo completo al monitoraggio	referenti AUsl	n.ro classi con monitoraggio fratto totale classi coinvolte x 100	60%	70%	80%	80%	80%

Codice progetto e nome	5.4 - Scuole Libere dal Fumo
CONSOLIDAMENTO	Si confermano le attività previste dal progetto aggiornando il cronoprogramma al biennio 2018-2019 e i valori attesi per gli indicatori, compreso quelli sentinella

Cronoprogramma	2015		2016				2017				2018				2019			
	III	IV	I	II	III	IV	I	II	III	IV	I	II	III	IV	I	II	III	IV
Organizzazione e realizzazione di moduli formativi rivolti agli operatori sanitari		X	X			X	X			X	X			X	X			
Organizzazione e realizzazione di moduli formativi rivolti ai docenti		X	X			X	X			X	X			X	X			
Individuazione dei ragazzi impegnati in attività di peer education rispetto agli obiettivi di progetto		X			X				X				X					
Formazione dei peer da parte degli operatori sanitari e dei docenti delle Scuole aderenti			X			X				X				X				
Svolgimento dei moduli didattici			X	X			X	X			X	X			X	X		
Promozione di un cambiamento nel contesto con il coinvolgimento del gruppo di lavoro di Istituto e dei ragazzi che svolgono attività di educazione fra pari.	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X		
Attivazione di laboratori esperienziali			X	X			X	X			X	X			X	X		
Raccolta dati di monitoraggio e valutazione del progetto		X				X				X				X				X

INDICATORI	Fonte	Formula	Valore di partenza (baseline)	2016	2017	2018	2019
Numero totale Istituti scolastici secondari di primo grado aderenti	referenti AUsl	NA	15	20	30	40	40
Numero totale Istituti scolastici secondari di secondo grado aderenti	referenti AUsl	NA	15	20	30	40	40
Numero Istituti di I grado che hanno coinvolto l'80% delle classi target	referenti AUsl	NA	5	15	25	30	30
Numero Istituti di II grado che hanno coinvolto l'80% delle classi target	referenti AUsl	NA	10	15	25	30	30
% Scuole che hanno partecipato in modo completo al monitoraggio	referenti AUsl	N. classi con monitoraggio / totale classi coinvolte x 100	60%	70%	80%	80%	80%

Codice progetto e nome	5.5 - Scegli con gusto, gusta in salute
CONSOLIDAMENTO	Si confermano le attività previste dal progetto aggiornando il cronoprogramma al biennio 2018-2019 e i valori attesi per gli indicatori, compreso quello sentinella

Cronoprogramma	2015		2016				2017				2018				2019			
	III	IV	I	II	III	IV	I	II	III	IV	I	II	III	IV	I	II	III	IV
Formazione operatori sanitari e docenti	X	X			X	X			X	X			X	X				
Formazione dei pari		X	X			X	X			X	X			X	X			
Attivazione moduli didattici			X	X			X	X			X	X			X	X		
Attivazione laboratori			X	X			X	X			X	X			X	X		
Monitoraggio e valutazione				X				X				X						X

INDICATORI	Fonte	Formula	Valore di partenza (baseline)	2016	2017	2018	2019
Numero totale Istituti aderenti	referenti AUsl	NA	9	9	10	13	13
N.ro Istituti in cui le classi coinvolte sono >= 80%	referenti AUsl	NA	7	8	10	10	10
% classi che hanno partecipato in modo completo al monitoraggio	referenti AUsl	n.ro classi con monitoraggio fratto totale classi coinvolte x 100	70%	80%	90%	90%	90%

Codice progetto e nome	5.6 - Fra rischio e piacere
RIMODULAZIONE	<p>Come anticipato nella relazione che ha accompagnato le schede di valutazione per l'anno 2016 si sottolinea il forte interesse delle scuole sui temi del gioco d'azzardo e dei consumi a rischio. In fase di progettazione PRP si era ipotizzato di lavorare su uno schema di intervento sperimentale in stretta collaborazione con il Centro Luoghi di prevenzione e questo aveva motivato la bassa numerosità attesa; in fase di realizzazione si è invece rilevata una grande ricchezza di progettualità locali sviluppate autonomamente ma riconducibili agli obiettivi generali dichiarati. Un altro elemento di variazione è l'allargamento del target anche a Scuole Secondarie di I grado e ai centri di formazione professionale. Tutto ciò giustifica la numerosità osservata ben più elevata.</p>

Cronoprogramma	2015		2016				2017				2018				2019			
	III	IV	I	II	III	IV	I	II	III	IV	I	II	III	IV	I	II	III	IV
Formazione operatori sanitari e docenti	X	X			X	X			X	X			X	X				
Formazione dei pari		X	X			X	X			X	X			X	X			
Attivazione moduli didattici			X	X			X	X			X	X			X	X		
Attivazione laboratori			X	X			X	X										
Monitoraggio e valutazione				X				X				X				X		

INDICATORI	Fonte	Formula	Valore di partenza (baseline)	2016	2017	2018	2019
Numero totale Istituti aderenti	referenti AUsl	NA	5	5	8	60	60
N.ro Istituti aderenti in cui le classi coinvolte sono >= 80%	referenti AUsl	NA	3	3	6	30	30
% classi che hanno partecipato in modo completo al monitoraggio	referenti AUsl	n.ro classi con monitoraggio fratto totale classi coinvolte x 100	70%	80%	90%	85%	85%

Codice progetto e nome	5.7 - Educazione all'affettività e sessualità
RIMODULAZIONE	Si confermano le attività previste dal progetto aggiornando il cronoprogramma al biennio 2018-2019; i valori attesi per gli indicatori, compreso quelli sentinella, vengono di molto incrementati perché, come anticipato nella relazione di valutazione dell'anno 2016, l'impegno dei Consulitori e Spazi giovani ha prodotto una forte adesione del mondo della scuola a questa progettualità

Cronoprogramma	2015		2016				2017				2018				2019			
	III	IV	I	II	III	IV	I	II	III	IV	I	II	III	IV	I	II	III	IV
Proposta dei progetti alle Scuole e loro reclutamento	X	X			X	X			X	X			X	X				
Progettazione degli interventi nelle diverse AUsI		X	X			X	X			X	X			X	X			
Realizzazione degli interventi		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X		
Monitoraggio della diffusione dei progetti				X	X			X	X			X	X			X	X	

INDICATORI	Fonte	Formula	Valore di partenza (baseline)	2016	2017	2018	2019
Numero totale Istituti aderenti	referenti AUsl	NA	90	100	110	250	250
N.ro Istituti in cui le classi coinvolte sono >= 80%	referenti AUsl	NA	0	20	30	200	200
% classi che hanno partecipato in modo completo al monitoraggio	referenti AUsl	n.ro classi con monitoraggio fratto totale classi coinvolte x 100	20%	30%	40%	60%	60%

Codice progetto e nome	5.8 - Verso un lavoro più sicuro in Costruzioni e Agricoltura - La scuola promotrice di salute e di sicurezza
RIMODULAZIONE	Si confermano le attività previste dal progetto aggiornando il cronoprogramma al biennio 2018-2019; i valori attesi per gli indicatori, compreso quelli sentinella, vengono incrementati perché, come anticipato nella relazione di valutazione dell'anno 2016, il grande impegno sinergico di Regione, USER, INAIL ha favorito una forte adesione degli Istituti target.

Cronoprogramma	2015		2016				2017				2018				2019			
	III	IV	I	II	III	IV	I	II	III	IV	I	II	III	IV	I	II	III	IV
Realizzazione del pacchetto formativo		X																
Reclutamento Istituti e formazione docenti formatori			X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X				
Formazione studenti							X	X	X	X	X	X	X	X	X	X		

INDICATORI	Fonte	Formula	Valore di partenza (baseline)	2016	2017	2018	2019
N.ro totale Istituti aderenti	referenti AUsl	NA	8	11	18	30	30
N.ro Istituti in cui le classi coinvolte sono >= 80%	referenti AUsl	NA	5	7	11	25	25
Disponibilità del pacchetto formativo	RER	NA	No	Sì	Sì	Sì	Sì

Codice progetto e nome	5.9 - Promozione della qualità nutrizionale dell'offerta alimentare scolastica
CONSOLIDAMENTO	Si confermano le attività previste dal progetto aggiornando il cronoprogramma al biennio 2018-2019 e i valori attesi per gli indicatori, compreso quello sentinella

Cronoprogramma	2015		2016				2017				2018				2019			
	III	IV	I	II	III	IV	I	II	III	IV	I	II	III	IV	I	II	III	IV
Valutazione dei menu con apposita scheda	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X		
Supporto alle Scuole per la definizione dei capitolati sui distributori automatici	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X				
Estensione e rinforzo campagna informativa			X	X			X	X			X	X						
Elaborazione dati e produzione report				X				X				X				X		

INDICATORI	Fonte	Formula	Valore di partenza (baseline)	2016	2017	2018	2019
% Scuole in cui il servizio mensa propone menu valutati e approvati dal SIAN	ricognizione ad hoc da parte del SIAN	n.ro Scuole con menu validati / n.ro totale di Scuole con mensa x 100	=>90%	93%	95%	99%	99%
% Scuole con capitolati in fase di rinnovo con cui il SIAN collabora per promuovere adeguati standard nutrizionali	ricognizione ad hoc da parte del SIAN	n.ro Scuole con proposta di nuovo capitolato redatto congiuntamente con SIAN / n.ro di Scuole con capitolati in scadenza x 100	No	30%	40%	50%	50%
Produzione report di valutazione dell'applicazione Linee guida	referente regionale progetto	NA	No	Sì	Sì	Sì	Sì

Codice progetto e nome	6.1 – Progetto fattibilità per un programma di medicina proattiva in popolazione di età 45-60 anni in condizioni di rischio aumentato per MCNT
CONCLUSO	<p>Lo studio condotto ha mostrato diverse criticità (*) che rendono non fattibile ed estensibile all'intero territorio regionale il progetto sperimentato già a partire dal precedente Piano della prevenzione (vedi successiva scheda 6.2). Si rende pertanto necessario un confronto più approfondito anche a livello nazionale sulle modalità di attuazione di uno screening cardiovascolare rivolto alla popolazione generale.</p> <p>(*) Report su “Progetto di fattibilità per un programma di medicina proattiva in popolazione di età 45-60 anni in condizioni di rischio aumentato per MCNT” – AUSl Reggio Emilia</p>

Cronoprogramma	2015		2016				2017				2018				2019				
	III	IV	I	II	III	IV	I	II	III	IV	I	II	III	IV	I	II	III	IV	
Censimento esperienze presenti e Revisione della letteratura	X	X																	
Valutazione epidemiologica dei rischi comportamentali nella popolazione target e dei risultati della carta del rischio	X	X																	
Analisi delle alternative	X	X																	
Definizione di un protocollo per il progetto pilota		X	X																
Sistema informativo e monitoraggio del progetto pilota		X	X																
Formazione operatori coinvolti nel progetto pilota			X																

Conduzione progetto pilota			X	X	X	X	X											
Valutazione del progetto pilota							X	X										

Indicatori	Fonte	Formula	Valore di partenza (baseline)	2016	2017	2018	2019
Produzione documento analisi contesto	Regione	NA	No	Sì			
Protocollo pilota definito e approvato	Regione	NA	No	Sì			
Realizzazione sistema informativo	Regione	NA	No	Sì			
% operatori formati	Regione	N. operatori formati/ N. operatori nelle cure primarie e DSP coinvolti x 100	0	>60%			
% Arruolamento nello studio pilota	Regione	N. pazienti reclutati/ N. pazienti target dello studio fattibilità x 100	No	>20%	>50%		
Produzione documento finale	Regione	NA	No	No	Sì		

Codice progetto e nome	6.2 – La lettura integrata del rischio cardiovascolare nelle Case della Salute
RIMODULAZIONE (riprogettazione)	La sperimentazione condotta in alcune Case della salute regionali prevedeva la conclusione nel 2017. Lo studio di fattibilità condotto (vedi scheda 6.1) ha mostrato forti criticità sia in termini di sostenibilità sia di evidenze di efficacia. Nel biennio 2018 -2019 si approfondiranno gli elementi di criticità emersi alla luce di un indispensabile confronto a livello nazionale relativamente alla possibile implementazione di uno screening cardiovascolare.

Cronoprogramma	2015		2016				2017				2018				2019			
	III	IV	I	II	III	IV	I	II	III	IV	I	II	III	IV	I	II	III	IV
Attivazione operatività del gruppo operativo regionale di progetto		X	X	X	X	X	X	X	X	X								
Rimodulazione del piano operativo regionale di progetto		X	X															
Implementazione nelle AUsl del piano operativo regionale di progetto rimodulato				X	X	X	X	X	X	X								
Predisposizione iniziativa formativa per i MMG e gli Infermieri coinvolti nelle nuove Case della salute individuate					X													
Monitoraggio del processo tramite specifici indicatori					X	X	X	X	X	X								
Valutazione impatto del progetto sull'utenza coinvolta nella chiamata attiva									X	X								
Costituzione di un gruppo di lavoro per valutare la fattibilità dello screening cardiovascolare in un contesto di confronto nazionale											X	X	X	X	X	X	X	X

Indicatori	Fonte	Formula	Valore di partenza (baseline)	2016	2017	2018	2019
Attivazione e operatività del gruppo operativo regionale di progetto	Evidenza documentale	NA	Sì	Sì	Sì		
Rimodulazione del piano operativo regionale di progetto	Evidenza documentale	NA	Sì	Sì			
N° Case della Salute sui NCP aderenti	Ricognizione ad hoc AUSL	NA	15	+7 (tot 22)	+4 (tot 26)		
Attivazione iniziativa formativa per i MMG e gli Infermieri coinvolti nelle Case della Salute individuate	Evidenza documentale	NA	Sì	Sì	Sì		
Estensione dell'intervento nelle nuove Case salute aderenti	Applicativo RISCARDIO – CUP2000	Numero assistiti chiamati attivamente (uomini di età pari a 45 anni e donne di età pari a 55 anni)/Numero assistiti eligibili x 100	0	20%	60%		
Adesione dell'intervento nelle nuove Case salute aderenti	Applicativo RISCARDIO – CUP2000	Numero assistiti con esito chiamata attiva = “accettato” / Numero assistiti con chiamata attiva = “accettato” + “rifiutato” x 100	0	10%	30%		

Codice progetto e nome	6.3 - Organizzare e realizzare interventi di iniziativa per cittadini identificati come "fragili"
CONSOLIDAMENTO	Si confermano le attività previste dal progetto aggiornando il cronoprogramma al biennio 2018-2019 e i valori attesi per gli indicatori, compreso quello sentinella.

Cronoprogramma	2015		2016				2017				2018				2019			
	III	IV	I	II	III	IV	I	II	III	IV	I	II	III	IV	I	II	III	IV
Attivazione e operatività del Comitato Scientifico regionale di progetto	X	X		X		X		X		X		X		X		X		X
Verifica degli strumenti (valutazione, proposte, verifica quanto effettuato) a disposizione per valorizzare meglio la trasversalità delle proposte di prevenzione, standardizzarle e diffonderle		X	X															
Informazione sul progetto e fasi di attuazione alle direzioni delle AUsl	X	X		X				X				X						
Fase di attuazione	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Implementazione in diverse realtà con progressivo aumento estensione del progetto	X	X			X				X				X		X	X	X	X
Identificazione di un Minimum data set di indicatori e monitoraggio del processo		X		X		X		X		X		X		X				

Indicatori	Fonte	Formula	Valore di baseline	2016	2017	2018	2019
Attivazione e operatività del Comitato Scientifico regionale di progetto	Evidenza documentale	NA	No	Si	Si	Si	Si
Verifica degli strumenti (valutazione, proposte, verifica quanto effettuato) a disposizione	Evidenza documentale	NA	No	Si			
Implementazione ed estensione del progetto	Report annuale	N°Case della Salute aderenti sul totale delle Case della Salute delle 5 Aziende sperimentali	5\47	10\47	20\47	28/47	32/60
Monitoraggio del progetto	Report annuale	NA	Si	Si	Si	Si	Si

Codice progetto e nome	6.4 – Organizzare e realizzare interventi di medicina di iniziativa per adulti con diabete mellito
CONSOLIDAMENTO	Si confermano le attività previste dal progetto aggiornando il cronoprogramma al biennio 2018-2019 e i valori attesi per gli indicatori, compreso quello sentinella.

Cronoprogramma	2015		2016				2017				2018				2019			
	III	IV	I	II	III	IV	I	II	III	IV	I	II	III	IV	I	II	III	IV
Verifica degli strumenti, definizione strumento comune, diffusione		X	X															
Aggiornamento del PPDTA regionale della Gestione Integrata DM tipo2		X	X															
Indicazioni regionali per il PPDTA Aziendale per la prevenzione e la cura del Piede Diabetico		X	X															
Diffusione del PPDTA DM2 nei NCP\Case della Salute e del PPDTA Piede Diabetico in tutte le Aziende sanitarie della Regione			X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Monitoraggio dei PPDTA		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X

Indicatori	Fonte	Formula	Valore di partenza (baseline)	2016	2017	2018	2019
Verifica presenza cartella per la gestione del PPDTA nell'ambulatorio integrato della cronicità e nei centri diabetologici	Documentazione delle Case della Salute e la Cartella clinica Informatizzata dei Centri di Diabetologia	NA	assente	50%	80%	100%	100%
Aggiornamento PPDTA regionale della Gestione Integrata DM tipo2	Documenti regionali con pubblicazione entro il 3\2016	NA	PDTA 2009	presente			
Indicazioni regionali per il PPDTA Aziendale per la prevenzione e la cura del Piede Diabetico	Documenti regionali con pubblicazione entro il 3\2016	NA	assente	presente			
% di diffusione del PPDTA regionale della Gestione Integrata DM tipo2	I Profili di Cura dei NCP; la Cartella clinica Informatizzata dei Centri di Diabetologia Osservatorio Cure primaria	N° di Distretti/totale Distretti x 100	0	40%	70%	100%	100%
Applicazione del PPDTA per la prevenzione e la cura del Piede Diabetico aggiornato al 2015: % di Centri di Diabetologia che adottano il PPDTA	I Profili di Cura dei NCP; la Cartella clinica Informatizzata dei Centri di Diabetologia	N° di Centri di Diabetologia che adottano il PPDTA\centri diabetologici x 100	0	40%	70%	100%	100%

Codice progetto e nome	6.5 – Interventi opportunistici con strumenti efficaci per incrementare il consiglio dei sanitari su stili di vita salutari
RIMODULAZIONE	Si confermano le attività previste dal progetto aggiornando il cronoprogramma al biennio 2018-2019 e i valori attesi per gli indicatori; si aggiorna il valore dell'indicatore sentinella relativo alla formazione degli operatori dal momento che nel 2018 si prevede il completamento delle attività avviate nei setting individuati mentre per il 2019 si ipotizza l'eventuale estensione ad altri ambiti

Cronoprogramma	2015		2016				2017				2018				2019			
	III	IV	I	II	III	IV	I	II	III	IV	I	II	III	IV	I	II	III	IV
Definizione modalità e strumenti da utilizzare per ciascun ambito di intervento	X	X	X															
Definizione presso le Aziende degli ambiti di intervento				X														
Condivisione del progetto con i diversi portatori di interesse, definendo loro eventuale contributo				X														
Formazione diffusa agli operatori e ai volontari su strumenti per favorire cambiamenti, avviso breve e colloquio breve motivazionale					X	X	X	X										
Progressiva estensione delle attività nei vari ambiti					X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Monitoraggio					X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X

Indicatori	Fonte	Formula	Valore di partenza (baseline)	2016	2017	2018	2019
Produzione protocollo	Regione		No	Sì			
Definizione presso le AUsl (in integrazione con l'Azienda ospedaliera) degli ambiti di intervento	Regione	Numero di ambiti inclusi da ogni AUsl (in integrazione con l'Azienda ospedaliera) Standard: almeno 3 ambiti individuati in modo diffuso in ciascuna AUsl	No	Sì			
Incontri con portatori d'interesse	Regione	Incontri effettuati in ogni AUsl	No	Sì, almeno 5/7 Aziende			
% operatori formati su strumenti per favorire cambiamenti, avviso breve e colloquio breve motivazionale	Regione	Operatori formati/operatori target degli ambiti individuati x 100	0	>20%	>60%	>80%	>80%
% assistiti contattati/assistiti target	Regione, PASSI+ sistemi informativi screening, consultori ecc.	Assistiti contattati/assistiti target (PASSI+sistemi informativi screening, consultori ecc.) x 100	0	>5%	>10%	>15%	>15%
% counselling effettuati/ assistiti contattati	Regione	Counselling effettuati/ assistiti contattati x 100	0	>10%	>10%	>10%	>10%

Codice progetto e nome	6.6 - Prevenzione e presa in carico del bambino con condizioni croniche
RIMODULAZIONE	Si confermano le attività previste dal progetto aggiornando il cronoprogramma al biennio 2018-2019 e i valori attesi per gli indicatori, compreso quello sentinella di cui si estende la vigenza ai 2 anni successivi per consolidare la formazione

Cronoprogramma	2015		2016				2017				2018				2019			
	III	IV	I	II	III	IV	I	II	III	IV	I	II	III	IV	I	II	III	IV
Diabete in età pediatrica																		
Prevenzione chetoacidosi diabetica, campagna informativa	X	X		X		X												
Prevenzione chetoacidosi diabetica, monitoraggio casi con esordio grave							X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Attivazione locale registro diabete	X	X	X	X														
Registro diabete raccolta dati					X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Obesità																		
Formazione professionisti			X	X	X	X												
Costituzione di equipe multidisciplinari territoriali							X	X	X	X	X	X	X	X				

Indicatori	Fonte	Formula	Valore di partenza (baseline)	2016	2017	2018	2019
N eventi per la presentazione del materiale della campagna informativa prevenzione chetoacidosi diabetica	Atti del servizio	N eventi/anno	2/2014-2015	2			
N centri che inseriscono e inviano i dati del registro dei bambini/adolescenti con diabete	Flusso invio dati dalle Aziende protetto (ftps)	N assoluto di centri che inviano i dati (su 11 centri)	2	4	6	8	8
N. di AUsl che hanno effettuato la formazione dei PLS e altro personale sanitario come da modello regionale di presa in carico del bambino obeso	Ricognizione ad hoc da parte delle AUsl	N. AUsl che hanno effettuato la formazione (su 8 AUsl)	3/8	6/8	8/8	8/8	8/8
N. di AUsl che hanno istituito con atto formale il Team multidisciplinare	Ricognizione ad hoc da parte delle AUsl	N. AUsl con Team multidisciplinare formalizzato (su 8 AUsl)	2/8	3/8	6/8	8/8	8/8

Codice progetto e nome	6.7 - Sviluppare programmi per promuovere e diffondere la pratica dell'esercizio fisico, anche attraverso la prescrizione, nelle persone con patologie croniche
CONSOLIDAMENTO	<p>Si confermano le attività previste dal progetto aggiornando il cronoprogramma al biennio 2018-2019 e i valori attesi per gli indicatori.</p> <p>In base al rinnovato quadro normativo Regionale (*) in alcune azioni viene aggiornata la terminologia utilizzata e viene posta enfasi sull'inserimento della promozione e prescrizione di attività fisica nei percorsi PDTA; quest'ultima azione viene monitorata da uno specifico indicatore (non sentinella).</p> <p>Inoltre in base all'esito dell'analisi preliminare di fattibilità già conclusa, nel prossimo biennio sarà realizzato un sistema informativo per il monitoraggio dello stato di avanzamento delle attività di prescrizione dell'attività fisica nelle persone con patologie croniche</p> <p>(*) DGR 2127 del 5 dicembre 2016 "Approvazione di indirizzi per la promozione dell'attività fisica nelle persone affette da patologie croniche; codice etico delle Associazioni sportive e delle Palestre che promuovono salute"</p>

Cronoprogramma	2015		2016				2017				2018				2019			
	III	IV	I	II	III	IV	I	II	III	IV	I	II	III	IV	I	II	III	IV
Implementazione del programma AFA ed EFA nelle Aziende come da indicazioni regionali	X	X	X	X														
Implementazione dei programmi di Attività Motoria Adattata (D.G.R. 2127/2016)					X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Predisposizione di un sistema informativo per il monitoraggio delle attività di prescrizione di esercizio fisico									X	X	X	X	X	X				

Alimentazione del sistema informativo sulle attività di prescrizione dell'esercizio fisico														X	X	X	X	X
Aggiornamento delle indicazioni regionali sull'identificazione dei Servizi di MdS pubblici per compiti di coordinamento e formazione, con il supporto delle Riabilitazioni per AFA		X	X															
Sensibilizzazione e formazione MMG, realizzazione rete tra dei Servizi di MdS, specialistiche coinvolte e MMG			X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Ridefinizione rete e delle caratteristiche delle Palestre Etiche /Sicure a supporto dei percorsi di promozione/prescrizione, anche in collaborazione con rappresentanze		X	X															
Verifica efficacia					X				X				X	X			X	X

Indicatori	Fonte	Formula	Valore di partenza (baseline)	2016	2017	2018	2019
Piena funzionalità dei percorsi AFA ed EFA negli ambiti previsti a livello regionale (^) dopo adeguata formazione nei confronti dei MMG	flusso da Servizi Medicina dello Sport e Riabilitazioni	Numero ambiti territoriali delle Aziende che hanno percorsi AFA o EFA/numero standard degli ambiti aziendali ove è prevista AFA(11) o EFA (9)	5 AFA e 5 per EFA	9 per AFA e 8 per EFA	11 per AFA e 9 EFA	11 per AFA e 9 EFA	11 per AFA e 9 per EFA

Aziende che hanno inserito prescrizione e promozione dell'attività fisica nei PDTA delle patologie per cui sono stati elaborati protocolli regionali ai sensi della DGR 2127/2016	Report specifico	Numero di Aziende che hanno inserito promozione e prescrizione in almeno un PDTA/aziende totali				4/8 (50%)	8/8 (100%)
Realizzazione di sistema informativo per il monitoraggio delle attività di prescrizione	Report specifico	NA	Fase di progettazione			Progettazione e test	Alimentazione del sistema informativo
Palestre/Società Sportive che Promuovono Salute coinvolte in: a) promozione Sani stili di vita rispetto ai 4 fattori di rischio di Guadagnare Salute oppure b) Attività Motoria Adattata	Referenti AF	Numero Palestre e Associazioni Sportive che Promuovono Salute /totale Palestre che Promuovono Salute	40% del totale	60% del totale	70% del totale	80% del totale	90% del totale

Codice progetto e nome	6.8 - Identificare precocemente le donne a rischio eredo-familiare per tumore della mammella (e dell'ovaio) e monitorarne l'andamento
CONSOLIDAMENTO	Si confermano le attività previste dal progetto aggiornando il cronoprogramma al biennio 2018-2019 e i valori attesi per gli indicatori, compreso quello sentinella.

Cronoprogramma	2015		2016				2017				2018				2019				
	III	IV	I	II	III	IV	I	II	III	IV	I	II	III	IV	I	II	III	IV	
Implementazione, consolidamento e continuità progetto in tutte le Aziende	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Creazione di un sistema informativo/informatico che colga l'intero percorso: classifichi le donne valutate in screening, segua quelle inviate a spoke e poi hub, tracciando l'attività di sorveglianza			X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Monitoraggio e valutazione dell'intero processo				X				X				X							
Organizzazione eventi informativo/formativi con dati di ritorno, verifica e messa a punto delle criticità	X			X				X				X							
Identificazione di set di indicatori di percorso, di performance e di esito con standard di riferimento quando possibile		X	X	X	X														

Indicatori	Fonte	Formula	Valore di partenza (baseline)	2016	2017	2018	2019
Offerta di valutazione rischio eredo-familiare alle donne esaminate in screening	Flusso dati aggregati percorso eredo-familiare	Numero donne aderenti a screening a cui è stata proposta valutazione griglia o con profilo di rischio già noto/ Numero donne aderenti allo screening x 100	100%	100%	100%	100%	100%
% donne che effettuano l'accesso ai Centri Spoke entro 3 mesi	Flusso dati aggregati percorso eredo-familiare	Numero donne esaminate nei Centri Spoke entro 3 mesi da appuntamento/ Numero donne esaminate nei Centri Spoke x 100	>80%	>85%	>90%	>95%	>95%
% di donne aderenti al programma di screening (età 45-69 anni) con almeno una prima valutazione del rischio	Tracciato a record individuali screening mammella	Numero donne che hanno eseguito mammografia con punteggio definito o donne con profilo accertato presso Spoke-Hub / donne che hanno eseguito mammografia x 100	/	/	>70%	>90%	>90%

Codice progetto e nome	6.9 - Anticipare le diagnosi e ridurre la trasmissione di HIV e TB
RIMODULAZIONE (riprogettazione)	<p>Si confermano la maggior parte delle attività previste dal progetto aggiornando il cronoprogramma al biennio 2018-2019 e i valori attesi per gli indicatori.</p> <p>L'azione legata alla promozione dell'offerta attiva dei test HIV e tubercolinico nei contesti clinici viene modificata dal momento che esiste già un'ampia offerta dei due test tale da rendere non necessaria l'effettuazione di un progetto di fattibilità. Si inserisce una nuova azione relativa alla predisposizione/aggiornamento del protocollo riguardante i percorsi diagnostico-terapeutici per gli utenti con infezioni sessualmente trasmissibili (IST) tenendo conto di un approccio multidisciplinare e della rete delle competenze aziendali e/o interaziendali.</p> <p>Il primo indicatore sentinella è stato riformulato per meglio definire il denominatore; per il secondo indicatore sentinella, visti i buoni risultati raggiunti nei primi 2 anni del progetto, già a partire del 2018 si modifica in senso migliorativo il valore del risultato atteso.</p>

Cronoprogramma	2015		2016				2017				2018				2019			
	III	IV	I	II	III	IV	I	II	III	IV	I	II	III	IV	I	II	III	IV
Sensibilizzare la popolazione ai test	X	X	X	X		X				X				X				X
Aumentare l'offerta dei test di screening	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Progetto fattibilità offerta del test HIV e del test tubercolinico in ambito ospedaliero			X	X	X	X												
Diffusione di una raccomandazione finalizzata a offrire in modo sistematico e													X	X				

omogeneo i test HIV e tubercolinico in ambito ospedaliero in presenza di specifici indicatori clinici																		
Sviluppare attività Osservatorio regionale HIV	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Garantire informazioni coordinate e diffuse	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Attivare e sostenere Check-point	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Realizzazione o aggiornamento del protocollo sui percorsi diagnostico-terapeutici per gli utenti con infezioni sessualmente trasmissibili (IST)												X	X	X				
Realizzare iniziative formative per gli operatori sanitari per anticipare la diagnosi di TB	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Implementare in tutte le Aziende sanitarie programmi di screening di malattia nelle categorie ad alto rischio (profughi, detenuti)	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Definire con il Servizio Integrazione socio-sanitaria regionale un protocollo di gestione dei malati di TB con problemi sociali		X	X	X	X	X												
Individuare il laboratorio regionale di riferimento per la TB			X	X	X	X					X	X	X					

Indicatori	Fonte	Formula	Valore di partenza (baseline)	2016	2017	2018	2019
Sensibilizzare la popolazione al test e lotta allo stigma	Saluter, Helpaids	NA	Si	Si	Si	Si	Si
% di offerta del test per la diagnosi di infezione da HIV presso i SerT della regione sugli utenti in carico	Cartella clinica informatizzata SerT	tossicodipendenti (Td) con almeno un esame HIV effettuato o rifiutato rispetto al totale dei Td in carico ai SerT >= 14 gg"	>70%	>75%	>80%	>82%	>85%
Definizione di un progetto finalizzato a promuovere l'offerta attiva del test HIV e del test tubercolinico (o equivalente) in ambito ospedaliero in presenza di specifici indicatori clinici.	Documentale+indagine ad hoc	NA	No	Si			
Diffusione di una raccomandazione finalizzata a offrire in modo sistematico e omogeneo i test HIV e tubercolinico in ambito ospedaliero in presenza di specifici indicatori clinici	Documentale					Si	
Report annuale sulle informazioni riguardanti i dati relativi all'andamento dell'epidemia da HIV in regione	Sistema di sorveglianza HIV/Aids	NA	Si	Si	Si con arricchimento dati coorte assistiti	Si con arricchimento dati coorte assistiti	Si con arricchimento dati coorte assistiti
Aggiornamento e miglioramento del sito web regionale Helpaids	Sito Helpaids	NA	No	Si		Si	Si

Effettuazione test HIV al di fuori delle strutture sanitarie (Centro "Check point" attivato nel territorio dell'AUsl di Bologna con valenza regionale)	Documentale	NA	No	Sì		Sì	Sì
Evidenza del protocollo riguardante i percorsi diagnostico-terapeutici per gli utenti con infezioni sessualmente trasmissibili (IST) aggiornato	Documentale	NA	No			Sì	
% operatori sanitari formati per diagnosi precoce di tubercolosi	Uffici formazione Aziende sanitarie	N operatori formati /operatori target nelle Aziende sanitarie nel quadriennio x 100	No	10%	30%	60%	65%
Individuazione Laboratorio regionale di riferimento per la TB in grado di eseguire genotipizzazione		NA	No		Sì	Sì	
Definizione protocollo integrato di gestione dei malati di TB con problemi sociali	Documentale	NA	No	Sì			
Report annuale sulle informazioni riguardanti i dati relativi all'andamento della malattia tubercolare in regione	Sistema di sorveglianza della tubercolosi	NA	Sì	Sì	Sì	Sì	Sì

Codice progetto e nome	6.10 - Promozione dell'adesione consapevole ai programmi vaccinali in specifici gruppi a rischio e monitoraggio dell'attività
CONSOLIDAMENTO	<p>Si confermano le attività previste dal progetto aggiornando il cronoprogramma al biennio 2018-2019 e i valori attesi per gli indicatori, compreso quello sentinella.</p> <p>Viene inserito un nuovo indicatore sul rischio biologico in ambiente sanitario, che consente di valutare la percentuale di operatori sanitari adibiti a reparti ad alto rischio vaccinati o immuni, sulla base del documento regionale (*) di prossimo recepimento</p> <p>(*) "Rischio biologico in ambiente sanitario. Linee di indirizzo per la prevenzione delle principali patologie trasmesse per via ematica (HBV, HCV, HIV) e per via aerea (tubercolosi, morbillo, parotite, rosolia e varicella), indicazioni per l'idoneità dell'operatore sanitario"</p>

Cronoprogramma	2015		2016				2017				2018				2019			
	III	IV	I	II	III	IV	I	II	III	IV	I	II	III	IV	I	II	III	IV
Estensione a tutta la Regione della buona pratica della AUsl BO: introduzione nelle schede di dimissione del campo obbligatorio con il consiglio alla vaccinazione.			X	X					X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Monitoraggio flusso della vaccinazione contro la rosolia da punti nascita e laboratori a DSP		X						X		X				X				X

Costituzione di un Gruppo di lavoro con la commissione nascita per aumentare l'offerta e l'adesione alla vaccinazione antinfluenzale nelle donne in gravidanza e definizione di un documento condiviso che individui le strategie per aumentare l'adesione alla vaccinazione			X	X					X	X			X	X			X	X
Realizzazione di corsi di formazione obbligatoria sulle vaccinazioni per operatori sanitari (sia dipendenti SSR che MMG e PLS)	X	X					X	X	X	X			X	X			X	X
Miglioramento dei criteri per individuare le persone con patologia cronica di età inferiore ai 65 anni al fine di favorire l'appropriatezza della vaccinazione antinfluenzale e per un calcolo più corretto delle coperture vaccinali nei gruppi a rischio		X	X							X	X		X	X			X	X

Indicatori	Fonte	Formula	Valore di partenza (baseline)	2016	2017	2018	2019
Istituzione di un campo obbligatorio nella scheda informatizzata di dimissione ospedaliera con l'indicazione alle vaccinazioni contro l'influenza e contro le MIB	Evidenza del campo obbligatorio nelle schede di dimissione	N. Aziende sanitarie che hanno istituito campo obbligatorio nella scheda di dimissione osp/Totale Aziende sanitarie x 100	Solo AUsl di Bologna		50% Aziende sanitarie	75% Aziende sanitarie	100% Aziende sanitarie

Corsi di formazione obbligatoria sulle vaccinazioni rivolti agli operatori sanitari (sia dipendenti che MMG e PLS) in tutte le Aziende sanitarie	Referenti formazione Aziende sanitarie	N. Aziende sanitarie che hanno organizzato corsi obbligatori/Totale Aziende sanitarie x 100	Dato non rilevato	50% Aziende sanitarie	75% Aziende sanitarie	100% Aziende sanitarie	100% Aziende sanitarie
Costruzione del denominatore per il calcolo delle coperture vaccinali antinfluenzali nei soggetti appartenenti alle categorie a rischio	Sistema informativo regionale	NA	Sì valore approssimativo	Sì come valore più definito	Sì		
Valutazione del numero di operatori sanitari adibiti a reparti ad alto rischio vaccinati/immuni in base alle indicazioni regionali		N. operatori sanitari adibiti a reparti ad alto rischio vaccinati o immuni / N. operatori sanitari adibiti a reparti ad alto rischio *100				95%	>95%

Codice progetto e nome	6.11 - Monitoraggio dei consumi di antibiotici e campagne informative per l'uso appropriato di questi farmaci in ambito umano e veterinario
CONSOLIDAMENTO	Si confermano le attività previste dal progetto aggiornando il cronoprogramma al biennio 2018-2019 e i valori attesi per gli indicatori, compreso quello sentinella.

Cronoprogramma	2015		2016				2017				2018				2019			
	III	IV	I	II	III	IV	I	II	III	IV	I	II	III	IV	I	II	III	IV
Effettuare campagne informative di popolazione per aumentare la consapevolezza nell'uso degli antibiotici che includano: definizione di strumenti informativi; identificazione dei canali di diffusione e monitoraggio della distribuzione; coinvolgimento dei medici e degli altri gruppi/istituzioni di interesse (scuole, farmacie)	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Monitorare i dati di consumo degli antibiotici in ambito ospedaliero e territoriale e valutarne l'andamento temporale regionale e per azienda sanitaria	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Valutare l'utilizzo degli antibiotici in medicina veterinaria negli animali da reddito e nei Pet in ambito regionale	X	X	X	X	X	X												
Valutare i ceppi microbici antibioticoresistenti circolanti di origine zoonotica	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X

Produrre linee guida regionali per il responsabile utilizzo degli antibiotici in medicina veterinaria			X	X	X	X												
Effettuare formazione regionale in medicina veterinaria	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X

Indicatori	Fonte	Formula	Valore di partenza (baseline)	2016	2017	2018	2019
Esistenza di un programma regionale di comunicazione basato sulla evidenza per aumentare la consapevolezza nell'uso di antibiotici	Evidenza documentale	NA	Si	Si	Si	Si	Si
Restituzione annuale delle informazioni relative al consumo di antibiotici alle Aziende sanitarie	Produzione report regionali specifici	Esistenza report per le Aziende	Si	Si	Si	Si	Si
Esistenza di strumenti regionali per valutare l'utilizzo degli antibiotici in medicina veterinaria negli animali da reddito e nei Pet	Evidenza documentale	NA	Si	Si	Si	Si	Si
Produrre linee guida regionali per il responsabile utilizzo degli antibiotici in medicina veterinaria	Evidenza documentale	NA	No	Si	Si	Si	Si
Formazione regionale in medicina veterinaria	Evidenza documentale	NA	Si	Si	Si	Si	Si

Codice progetto e nome	6.12 - Sistemi di sorveglianza e controllo delle infezioni correlate all'assistenza
CONSOLIDAMENTO	Si confermano le attività previste dal progetto aggiornando il cronoprogramma al biennio 2018-2019 e i valori attesi per gli indicatori, compreso quello sentinella.

Cronoprogramma	2015		2016				2017				2018				2019			
	III	IV	I	II	III	IV	I	II	III	IV	I	II	III	IV	I	II	III	IV
Definizione e promozione di un piano di formazione condiviso che coinvolga le strutture residenziali e semiresidenziali e includa l'uso di prodotti idroalcolici per l'igiene delle mani.	X	X	X	X	X	X												
Monitoraggio dell'uso di prodotti idroalcolici per l'igiene delle mani nelle aziende sanitarie	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Monitoraggio della partecipazione alla sorveglianza nazionale dei CPE delle aziende e degli ospedali della regione.	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Sorveglianza di laboratorio della antibioticoresistenza	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Monitoraggio della partecipazione alla sorveglianza della ISC delle aziende e degli ospedali della regione	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Miglioramento degli strumenti per la sorveglianza delle infezioni del sito chirurgico (ISC) e per la redazione della reportistica specifica	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X

Indicatori	Fonte	Formula	Valore di partenza (baseline)	2016	2017	2018	2019
Proporzione di Aziende sanitarie che hanno promosso attività formative sul rischio infettivo e la prevenzione delle infezioni correlate all'assistenza nel corso dell'anno considerato e/o nei due precedenti	Dataset aziendali delle attività formative	N. Aziende sanitarie che hanno promosso formazione nel triennio/N. totale aziende x 100	/	/	70%	100%	100%
Percentuale di strutture socio-sanitarie accreditate coinvolte, nel corso dell'anno considerato e/o nei due precedenti, nel piano di formazione condiviso sulla prevenzione delle infezioni associate all'assistenza	Dataset delle AUsl sulle attività formative	n. strutture coinvolte nelle attività formative nel triennio/n. totale strutture accreditate x 100	/	/	66%	90%	90%
Produzione di un report annuale regionale su consumo di prodotti idroalcolici ospedalieri nelle diverse Aziende sanitarie	Dati farmacia ospedaliera	N. Aziende sanitarie con reportistica disponibile /N. totale Aziende sanitarie x 100	70%	80%	90%	100%	100%
Produzione di un report annuale di AUsl sul consumo di prodotti idroalcolici nelle strutture socio-sanitarie accreditate	Dataset per centri di costo e/o comunicazione soggetti gestori	N. AUsl con reportistica disponibile /N. totale AUsl x 100	/	/	66%	90%	90%
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	SMI	N. ospedali aderenti a circolare/N. totale ospedali x 100	70%	80%	90%	100%	100%

Proporzione di CIO che producono un report annuale sulle infezioni correlate all'assistenza*	Sistemi SICHER e LAB	N. aziende con reportistica disponibile /N. totale aziende x 100	70%	80%	90%	100%	100%
--	----------------------	--	-----	-----	-----	------	------

REGIONE EMILIA-ROMAGNA
Atti amministrativi

GIUNTA REGIONALE

Adriana Giannini, Responsabile del SERVIZIO PREVENZIONE COLLETTIVA E SANITA' PUBBLICA esprime, ai sensi dell'art. 37, quarto comma, della L.R. n. 43/2001 e della deliberazione della Giunta Regionale n. 2416/2008 e s.m.i., parere di regolarità amministrativa di legittimità in relazione all'atto con numero di proposta GPG/2018/745

IN FEDE

Adriana Giannini

REGIONE EMILIA-ROMAGNA

Atti amministrativi

GIUNTA REGIONALE

Kyriakoula Petropulacos, Direttore generale della DIREZIONE GENERALE CURA DELLA PERSONA, SALUTE E WELFARE esprime, ai sensi dell'art. 37, quarto comma, della L.R. n. 43/2001 e della deliberazione della Giunta Regionale n. 2416/2008 e s.m.i., parere di regolarità amministrativa di merito in relazione all'atto con numero di proposta GPG/2018/745

IN FEDE

Kyriakoula Petropulacos

REGIONE EMILIA-ROMAGNA

Atti amministrativi

GIUNTA REGIONALE

Delibera Num. 788 del 28/05/2018

Seduta Num. 23

OMISSIS

L'assessore Segretario

Costi Palma

Servizi Affari della Presidenza

Firmato digitalmente dal Responsabile Roberta Bianchedi