

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

Obiettivo centrale	Codice indicatore	Nome indicatore	Definizione operativa	Nazionale		Regionale				Fonte dei dati	Note
				Valore Baseline	Standard	Baseline 2013	N denominatore 2013	Standard	Atteso 2018		
1. Stesura e realizzazione di un piano di azione intersettoriale di promozione della salute nei diversi ambiti, con definizione di accordi e condivisione di indirizzi con i settori della pianificazione territoriale	1.1.1	Numero di accordi quadro intersettoriali nazionali attivati e/o mantenuti	Da definire nell'ambito delle Azioni centrali di supporto al PNP di cui al Paragrafo 1.3 del Piano nazionale della prevenzione 2014-2018 (Intesa Stato Regioni 13 novembre 2014)								
	1.1.2	Proporzione di Regioni che hanno recepito gli accordi									
2. Aumentare i bambini in allattamento materno esclusivo fino al sesto mese (180 giorni di vita)	1.2.1	Prevalenza di bambini allattati al seno alla fine del sesto mese	Prevalenza di donne con figli minori di 6 anni che riferiscono di aver allattato al seno per 6 mesi o più	Anni 2012-2013: 52,6%	+25%	56,6%		25%	70,8%	ISTAT. Indagine Multiscopo sulle famiglie " Condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari"	
3. Promuovere il potenziamento dei fattori di protezione (life skill, empowerment) e l'adozione di comportamenti sani (alimentazione, attività fisica, fumo e alcol) nella popolazione giovanile e adulta	1.3.1	Proporzione di istituti scolastici che aderiscono (con almeno l'80% delle classi) alla progettazione regionale specifica	Proporzione di istituti scolastici di ogni ordine e grado che aderiscono, sulla base di un accordo stipulato tra Regione e Ufficio Scolastico Regionale, ai programmi di promozione della salute nel contesto scolastico con almeno l'80% delle classi target	Ogni Regione individua il proprio valore baseline	100% delle Regioni raggiunge almeno l'80% dello standard individuato dalla Regione stessa (con un minimo del 10% di scuole coinvolte)	0% Primaria e dell'infanzia	331	+30 istituti scolastici	10%	Regioni	
						4.7% Secondaria di I grado	297	+31 istituti scolastici	15%		
						11.7% Secondaria di II grado	196	+23 istituti scolastici	23%		
4. Ridurre il numero di fumatori	1.4.1	Prevalenza di fumatori nella popolazione	Prevalenza di fumatori di età 18-69 anni	Anno 2013: 27,2%	-10%	27,9%	3185	-10%	25,1%	Sistema di sorveglianza PASSI (anno 2013) Istat. Indagine multiscopo "Aspetti della vita quotidiana"	
5. Estendere la tutela dal fumo passivo	1.5.1	Prevalenza di persone che riferiscono che nel proprio ambiente di lavoro il divieto di fumo è sempre o quasi sempre rispettato	Prevalenza di persone di età 18-69 anni che lavorano in locali chiusi e che rispondono "sempre" o "quasi sempre" alla domanda sul rispetto del divieto di fumo sul luogo di lavoro	Anno 2013: 91,4%	+5%	91,0%	2014	5%	95,6%	Sistema di sorveglianza PASSI (anno 2013)	
6. Ridurre il consumo di alcol a rischio	1.6.1	Prevalenza di consumatori di alcol a rischio	Prevalenza di persone di età 18-69 anni con consumo a rischio di alcol (consumo abituale elevato + consumo binge + consumo fuori pasto)	Anno 2013: 16,7%	-15%	20,3%	3169	-15%	17,3%	Sistema di sorveglianza PASSI (anno 2013) Istat. Indagine multiscopo "Aspetti della vita quotidiana"	
7. Aumentare il consumo di frutta e verdura	1.7.1-2	Prevalenza di persone che consumano almeno 3 porzioni di frutta/verdura al giorno	Prevalenza di persone di età 18-69 anni che consumano abitualmente 3 o più porzioni di frutta/verdura al giorno	Anno 2013: 46,7%	+10%	46,2%	3188	10%	50,8%	Sistema di sorveglianza PASSI (anno 2013)	
			Prevalenza di bambini di età 8-9 anni che consumano almeno 2 volte al giorno frutta/verdura	Anno 2014: 56,8%	+15%	63,9%		15%	73,5%	Sistema di sorveglianza OKkio alla salute (anno 2014)	
8. Ridurre il consumo eccessivo di sale	1.8.1	Prevalenza di persone che hanno ricevuto suggerimenti da operatori sanitari per la riduzione di sale	Prevalenza di persone di età 18-69 anni ipertese che hanno ricevuto da operatori sanitari il suggerimento di ridurre il consumo di sale nel cibo	Anno 2013: 88,6%	+5%	80,2%		5%	84,2%	Sistema di sorveglianza PASSI (anno 2013)	
	1.8.2	Prevalenza di soggetti che hanno ridotto il consumo giornaliero di sale	Prevalenza di soggetti 3 anni e più che dichiarano di non prestare attenzione alla quantità di sale e/o al consumo di cibi salati	Anno 2012: 31,1%	-30%	Dato non disponibile		In via di definizione	In via di definizione	Sistema di sorveglianza PASSI. ISTAT. Indagine multiscopo sulle famiglie "aspetti della vita quotidiana"	Dato non disponibile. Verrà inserito un quesito nella rilevazione PASSI dal 2015. Lo standard verrà definito nel 2016 in base alla prevalenza misurata dai dati 2015
	1.9.1	Prevalenza di soggetti 18-69 anni fisicamente attivi	Prevalenza di persone di età 18-69 anni che svolgono un lavoro pesante e/o aderiscono alle linee guida sulla attività fisica	Anno 2013: 33,4%	+30%	36,6%	3161	30%	47,6%	Sistema di sorveglianza PASSI (anno 2013) Istat. Indagine multiscopo "Aspetti della vita quotidiana"	

9. Aumentare l'attività fisica delle persone	1.9.2	Proporzione di soggetti ultra 64enni fisicamente attivi	Si definisce ultra 64enne fisicamente attivo la persona con PASE>=78. Fonte PASSI d'Argento 2012/2013	Anni 2012-2013:60%	+15%	64,8%	1700	15%	74,5%	Sistema di sorveglianza PASSI d'Argento (anni 2012-2013)	Il valore corretto è quello calcolato localmente 64,8%. Il valore fornito centralmente per la RE-R pari a 72,9% è errato. Il valore 64,8% è infatti riportato correttamente nella sezione degli approfondimenti fornita dall'ISS. Anche il denominatore di conseguenza è errato (il valore corretto 1700 invece di 833).	
	1.9.3	Tasso di ospedalizzazione per fratture (soggetti di età >75 anni)	Tasso di ospedalizzazione per fratture (soggetti di età>75 anni)	Rapporto tra ricoveri con diagnosi principale o secondaria di frattura del collo del femore e popolazione residente	-15%	1,3%		-15%	1,1%	SDO		
10. Aumentare l'offerta di approccio comportamentale o farmacologico per le persone con fattori di rischio per MCNT	1.10.1	Realizzazione di uno studio di fattibilità a livello regionale di un programma di popolazione per l'identificazione precoce dei soggetti in fascia d'età 45-60 anni in condizioni di rischio aumentato per MCNT (entro un anno dall'avvio del PRP)	Proporzione di Regioni che hanno realizzato lo studio di fattibilità. Nell'ambito della progettazione lo studio di fattibilità è un elaborato realizzato ex ante in funzione della definizione e valutazione di un programma o di un progetto sulla base di una preliminare idea di massima. Lo studio di fattibilità comprende attività di natura tecnica ed economica. Lo studio deve prevedere: • l'analisi del profilo di salute della popolazione di riferimento; • le caratteristiche funzionali, tecniche, gestionali, economico-finanziarie del programma da realizzare; • l'analisi delle possibili alternative rispetto alla soluzione realizzativa individuata; • la verifica della possibilità di realizzazione sulla base delle risorse disponibili; • la descrizione del programma da adottare, con indicazione della popolazione target da coinvolgere, delle risorse da impiegare, delle tempistiche di realizzazione e del relativo piano di valutazione	Non rilevato	100% entro il 2016. Tutte le Regioni hanno realizzato lo studio di fattibilità entro il 2016				Studio fattibilità realizzato entro il 2016	Regioni		
	1.10.2	Attivazione del programma secondo le modalità individuate dallo studio di fattibilità e presenza di indicatori di estensione e adesione (entro il 2018)	Proporzione di Regioni che hanno attivato un programma di popolazione per l'identificazione precoce dei soggetti in fascia d'età 45-60 anni in condizioni di rischio aumentato per MCNT. Il programma deve prevedere la rilevazione di indicatori di estensione e adesione. Considerato che in molte realtà regionali si tratta di avviare una nuova linea di attività, il programma dovrà essere almeno avviato entro il 2018	Non rilevato	100% Tutte le Regioni hanno attivato il programma				Programma Attivato	Regioni		
	1.10.3	Proporzione di fumatori che hanno ricevuto da un operatore sanitario il consiglio di smettere	Prevalenza di fumatori di età 18-69 anni che negli ultimi 12 mesi hanno ricevuto dal medico o da un operatore sanitario il consiglio di smettere di fumare	Anno 2013: 51,5%	+30%	50,8%	734	30%	66,0%	Sistema di sorveglianza PASSI (anno 2013)		
	1.10.4	Proporzione di persone in eccesso ponderale che hanno ricevuto da un operatore sanitario il consiglio di perdere peso	Prevalenza di persone di età 18-69 anni in eccesso ponderale che negli ultimi 12 mesi hanno ricevuto dal medico o da un operatore sanitario il consiglio di perdere peso	Anno 2013: 51,4%	+30%	53,5%	1234	30%	69,6%	Sistema di sorveglianza PASSI (anno 2013)	Il valore corretto è quello calcolato localmente 53,5%. Il valore fornito centralmente per la RE-R pari a 41,5% è errato. Anche il denominatore di conseguenza è errato (il valore corretto è 1234 invece di 877).	
	1.10.5	Proporzione di consumatori di alcol a rischio che hanno ricevuto da un operatore sanitario il consiglio di ridurre il consumo	Prevalenza di persone di età 18-69 anni con consumo a rischio di alcol che negli ultimi 12 mesi hanno ricevuto dal medico o da un operatore sanitario il consiglio di ridurre il consumo di alcol	Anno 2013: 6,2%	+300%	6,3%	546	300%	25,2%	Sistema di sorveglianza PASSI (anno 2013)		

	1.10.6	Proporzione di persone con patologia cronica che hanno ricevuto da un operatore sanitario il consiglio di praticare regolare attività fisica	Prevalenza di persone di età 18-69 anni con patologia cronica che negli ultimi 12 mesi hanno ricevuto dal medico o da un operatore sanitario il consiglio di fare regolare attività fisica	Anno 2013: 40,9%	+30%	43,7%	597	30%	56,8%	Sistema di sorveglianza PASSI (anno 2013)	
11. Sviluppare programmi per promuovere e diffondere la pratica dell'esercizio fisico anche attraverso la prescrizione nelle persone con patologie croniche	1.11.1	Adozione di indirizzi regionali sulla promozione dell'esercizio fisico nei soggetti con patologie croniche (entro un anno dall'avvio del PRP) e loro attuazione (entro il 2018)	Proporzione di Regioni che hanno adottato gli indirizzi regionali sulla promozione dell'esercizio fisico nei soggetti con patologie croniche	Non rilevato	100% Tutte le Regioni hanno adottato gli indirizzi regionali entro il 2016 e hanno attuato gli indirizzi regionali entro il 2018	Indirizzi regionali adottati e attuati			In adozione in tutte le Aziende USL	Regioni	Indicazioni fornite: DRG 316/2013
12. Aumentare l'estensione reale dei programmi di screening alla popolazione target (per ognuno dei 3 tumori oggetto di screening)	1.12.1	Percentuale di persone che ricevono l'invito a partecipare al programma di screening per il tumore della CERVICE UTERINA sulla popolazione bersaglio	Proporzione di persone in età target invitate	Anno 2012: 77%	+30% (per raggiungere il 100% previsto dai LEA)	Anno 2012: 113,2% Anno 2013: 100,3%		Mantenimento	>100%		Standard nazionale non applicabile perché baseline >100%
		Percentuale di persone che ricevono l'invito a partecipare al programma di screening MAMMOGRAFICO sulla popolazione bersaglio		Anno 2012: 73%	+37% (per raggiungere il 100% previsto dai LEA)	Anno 2012: 106,4% Anno 2013: 100,4%		Mantenimento	>100%	Osservatorio nazionale screening	Standard nazionale non applicabile perché baseline >100%
		Percentuale di persone che ricevono l'invito a partecipare al programma di screening COLORETTALE sulla popolazione bersaglio		Anno 2012: 57%	+75% (per raggiungere il 100% previsto dai LEA)	Anno 2012: 106,6% Anno 2013: 96,2%		Mantenimento	>100%	Osservatorio nazionale screening	Standard nazionale non applicabile perché baseline >100%
13. Aumentare i soggetti a rischio sottoposti a screening oncologico	1.13.1	Percentuale di persone che hanno aderito all'invito sulla popolazione bersaglio (SCREENING CERVICALE)	proporzione di persone in età target invitate che eseguono il test di primo livello	Anno 2012: 41% degli invitati pari al 32% della popolazione target	+55% (per raggiungere il 50% previsto dai LEA)	Anno 2012: 56,9% Anno 2013: 62,3%		Mantenimento	>50%	Osservatorio nazionale screening	Standard nazionale non applicabile perché baseline >50%
		Percentuale di persone che hanno aderito all'invito sulla popolazione bersaglio (SCREENING MAMMOGRAFICO)		Anno 2012: 57,5% degli invitati pari al 42% della popolazione target	+45% (per raggiungere il 60% previsto dai LEA)	Anno 2012: 73,7% Anno 2013: 76,3%		Mantenimento	>60%	Osservatorio nazionale screening	Standard nazionale non applicabile perché baseline >60%
		Percentuale di persone che hanno aderito all'invito sulla popolazione bersaglio (SCREENING COLORETTALE)		Anno 2012: 46% degli invitati pari al 26% della popolazione target	+95% (per raggiungere il 50% previsto dai LEA)	Anno 2012: 53,2% Anno 2013: 51,2%		Mantenimento	>50%	Osservatorio nazionale screening	Standard nazionale non applicabile perché baseline >50%
14. Riorientare/avviare i programmi di screening per il cancro della cervice uterina introducendo il test HPV-DNA	1.14.1	Adozione di indirizzi regionali programmatori per lo screening per il cancro della cervice uterina introducendo il test HPV-DNA (entro un anno dall'avvio del PRP)	Proporzione di Regioni che hanno adottato indirizzi regionali programmatori per lo screening per il cancro della cervice uterina introducendo il test HPV-DNA	non rilevato	100% entro il 2016 Tutte le Regioni hanno adottato gli indirizzi regionali entro il 2016	Forniti nel 2013			Gà raggiunto	Regioni	
	1.14.2	Avvio del programma di screening per il cancro della cervice uterina introducendo il test HPV-DNA (entro il 2018)	Proporzione di Regioni che hanno attivato in maniera esclusiva il test HPV-DNA come test di primo livello per lo screening del cervicocarcinoma	non rilevato	100% Tutte le Regioni hanno attivato in maniera esclusiva il test HPV-DNA	Avviato nel 2015			Programma a regime	Regioni	
15. Identificare precocemente i soggetti a rischio eredo-familiare per tumore della mammella	1.15.1	Adozione di indirizzi regionali programmatori (entro un anno dall'avvio del PRP)	Proporzione di Regioni che hanno adottato gli indirizzi regionali	non rilevato	100% Tutte le Regioni hanno adottato gli indirizzi regionali entro il 2016	Già forniti nel 2011			Gà raggiunto	Regioni	
	1.15.2	Adozione dei percorsi in tutte le aziende secondo programmazione regionale (entro il 2018)	Proporzione di Regioni che hanno adottato i percorsi in tutte le aziende	non rilevato	100% Tutte le Regioni hanno adottato i percorsi in tutte le aziende	Percorsi completati in tutte le Aziende USL del 2013			Gà raggiunto	Regioni	

## MACRO 2: Prevenire le conseguenze dei disturbi neurosensoriali

Obiettivo centrale	Codice indicatore	Nome indicatore	Definizione operativa	Nazionale		Regionale				Fonte dei dati	Note
				Valore Baseline	Standard	Baseline 2013	N denominatore 2013	Standard	Atteso 2018		
1. Effettuare lo screening audiologico neonatale in tutti i punti nascita	2.1.1	Proporzione di neonati sottoposti a screening audiologico neonatale	Attivazione dello screening audiologico in tutti i punti nascita di ciascuna Regione	In Italia non è ancora attivato un programma di screening audiologico neonatale universale e non sono disponibili dati di prevalenza riferiti alla popolazione nazionale. Da uno studio Agenas risulta che 132 punti nascita su 180 appartenenti a 14 regioni Italiane dichiarano di effettuare uno screening audiologico neonatale	100% Tutte le Regioni hanno attivato lo screening audiologico neonatale in tutti i punti nascita	Avviato tra il 2013 e il 2014 in tutti i punti nascita			Gà raggiunto	Regioni	
2. Effettuare lo screening oftalmologico neonatale in tutti i punti nascita	2.2.1	Proporzione di neonati sottoposti a screening oftalmologico neonatale	Attivazione dello screening oftalmologico in tutti i punti nascita di ciascuna Regione	In Italia non è ancora attivato un programma di screening oftalmologico neonatale universale e non sono disponibili dati di prevalenza riferiti alla popolazione nazionale	100% Tutte le Regioni hanno attivato lo screening oftalmologico neonatale in tutti i punti nascita	Screening non attivo			Screening attivo in tutti i punti nascita	Regioni	

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

Obiettivo centrale	Codice indicatore	Nome indicatore	Definizione operativa	Nazionale		Regionale				Fonte dei dati	Note
				Valore Baseline	Standard	Baseline 2013	N denominatore 2013	Standard	Atteso 2018		
3. Rafforzare le capacità di resilienza e promozione dei processi di empowerment personali e sociali	3.1.1	Proporzione di istituti scolastici che aderiscono alla progettazione regionale specifica inserita nei programmi integrati di promozione della salute	Proporzione di istituti scolastici di ogni ordine e grado che aderiscono, sulla base di un accordo stipulato tra Regione e Ufficio scolastico regionale, ai programmi di promozione della salute nel contesto scolastico con almeno l'80% delle classi target	Ogni Regione individua il proprio	100% delle Regioni raggiunge almeno l'80% dello standard individuato dalla Regione stessa (con un minimo del 10% di scuole coinvolte)	0	493 (numero complessivo istituti secondari)	+50 istituti scolastici	10%	Regioni	
2. Identificare tempestivamente i soggetti con problemi emozionali e/o comportamentali e di disagio sociale	3.2.1	Proporzione soggetti in età preadolescenziale, adolescenziale e giovanile con sintomi psichiatrici e/o DCA presi in carico entro 1 anno dall'insorgenza dei sintomi	Pazienti con diagnosi psico-patologiche (codici ICDIX definiti) di età compresa tra 14 e 25 anni trattati nei CSM e nei SerT e in contatto con i servizi di NPIA nei 12 mesi precedenti il primo contatto / Pazienti con diagnosi psico-patologiche (codici ICDIX definiti) di età compresa tra 14 e 25 anni in contatto con il DSM	Non rilevato		10,30%		50%	20%	Regioni	Modificata definizione operativa dell'indicatore

## MACRO 4: Prevenire le dipendenze (sostanze, comportamenti)

Obiettivo centrale	Codice indicatore	Nome indicatore	Definizione operativa	Nazionale		Regionale				Fonte dei dati	Note
				Valore Baseline	Standard	Baseline 2013	N denominatore 2013	Standard	Atteso 2018		
1. Aumentare la percezione del rischio e l'empowerment degli individui	4.1.1	Proporzione di istituti scolastici che aderiscono alla progettazione regionale specifica inserita nei programmi integrati di promozione della salute	Proporzione di istituti scolastici ogni ordine e grado che aderiscono, sulla base di un accordo stipulato tra Regione e Ufficio scolastico regionale, ai programmi di promozione della salute nel contesto scolastico con almeno l'80% delle classi target	Ogni Regione individua il proprio	100% delle Regioni raggiunge almeno l'80% dello standard individuato dalla Regione stessa (con un minimo del 10% di scuole coinvolte)	4.7% Secondaria di I grado	297	+31 istituti scolastici	15%	Regioni	
						11.7% Secondaria di II grado		+23 istituti scolastici	23%		

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

Obiettivo centrale	Codice indicatore	Nome indicatore	Definizione operativa	Nazionale		Regionale				Fonte dei dati	Note
				Valore Baseline	Standard	Baseline 2013	N denominatore 2013	Standard	Atteso 2018		
1. Ridurre il numero di decessi per incidente stradale	5.1.1	Tasso di decessi per incidente stradale	Rapporto tra il numero dei morti in incidente stradale e la popolazione residente (tasso per 1.000.000 di abitanti). Si considera "decesso da incidente stradale" un decesso che avviene entro 30 gg dall'incidente	Anno 2013: 56,2 /1.000.000 abitanti	-20%	77		-20%	62	Rilevazione ACI/ Istat	Il tasso è stato calcolato utilizzando il dato ACI / Istat e la popolazione regionale residente semisomma 1/1/2013 e 1/1/2014 Nella banca dati di mortalità (REM) i deceduti per incidente stradale sono 313. Il dato si intende per 1.000.000 di abitanti.
2. Ridurre il numero di ricoveri per incidente stradale	5.2.1	Tasso di ricoveri per incidente stradale	Percentuale ricoveri per incidente stradale sul totale dei ricoveri per traumi ed avvelenamenti	Anno 2013: 7,2%	-10%	10,6%		-10%	9,6%	SDO	In mancanza di specifiche nazionali dalla banca dati SDO sono stati selezionati 3.176 ricoveri ordinari con causa esterna; al denominatore contuisco anche i ricoveri con il tipo di trauma missing
3. Aumentare i soggetti con comportamenti corretti alla guida	5.3.1	Proporzione di soggetti che utilizzano i dispositivi di sicurezza per adulti e bambini	Prevalenza di persone di 18-69 anni che viaggiano in auto (in città e fuori) e che, alla domanda sull'uso delle cinture di sicurezza quando stanno sui sedili posteriori, rispondono "sempre"	Anno 2013: 20,2%	+50%	25,9%	2600	50%	38,9%	Sistema di sorveglianza PASSI (anno 2013)	
			Prevalenza di persone di 18-69 anni che negli ultimi 12 mesi sono saliti su una motocicletta/scooter/motorino, come guidatore o passeggero e che, alla domanda sull'uso del casco quando vanno in motocicletta/scooter/motorino, sia in città che fuori, rispondono "sempre"	Anno 2013: 95,3%	100% delle Regioni raggiunge lo standard >95	98,8%	851	mantenimento	>95%	Sistema di sorveglianza PASSI (anno 2013)	
	5.3.2	Guida sotto effetto dell'alcol (Percentuale di persone che dichiarano di aver guidato un'auto o una moto, negli ultimi 30 giorni, entro un'ora dall'aver bevuto 2 o più unità di bevande alcoliche)	Percentuale di persone 18-69 anni che dichiarano di aver guidato un'auto o una moto, negli ultimi 30 giorni, entro un'ora dall'aver bevuto 2 o più unità di bevande alcoliche	Anno 2013: 8,7%	-30%	8,2%	2026	-30%	5,7%	Sistema di sorveglianza PASSI (anno 2013)	

## MACRO 6: Prevenire gli incidenti domestici

Obiettivo centrale	Codice indicatore	Nome indicatore	Definizione operativa	Nazionale		Regionale				Fonte dei dati	Note
				Valore Baseline	Standard	Baseline 2013	N denominatore 2013	Standard	Atteso 2018		
1. Ridurre gli incidenti domestici e del tempo libero	6.1.1	Tasso annuale di incidenza degli incidenti domestici seguiti da ricovero per fasce di età e genere	Tasso di ricoveri per incidente domestico (numero di ricoveri)	Anno 2013: 89.868 ricoveri (in aumento del 27% negli ultimi 3 anni)	fermare il trend in ascesa	3681				SDO	Poiché tra le azioni mirate a rispondere a questo obiettivo c'è anche la messa a punto di migliori sistemi informativi per la registrazione del dato, si potrebbe verificare un aumento dei ricoveri non dovuto all'incremento del fenomeno, ma piuttosto alla più accurata registrazione dello stesso. Per questo motivo al momento non si ritiene di definire uno standard, ma lo si farà in occasione della rivalutazione del PRP prevista al 2016.
2. Aumentare il livello di attività fisica negli ultra64enni	6.2.1	Proporzione di soggetti ultra 64enni fisicamente attivi	Si definisce ultra 64enne fisicamente attivo la persona con PASE>=78. Fonte PASSI d'Argento 2012/2013	Anni 2012-2013:60%	+15%	64,8%	1700	15%	74,5%	Sistema di sorveglianza PASSI d'Argento (anni 2012-2013)	Il valore corretto è quello calcolato localmente 64,8%. Il valore fornito centralmente per la RE-R pari a 72,9% è errato. Il valore 64,8% è infatti riportato correttamente nella sezione degli approfondimenti fornita dall'ISS. Anche il denominatore di conseguenza è errato (il valore corretto 1700 invece di 833)
3. Aumentare la conoscenza e la consapevolezza dei rischi e delle misure di prevenzione attuabili nella popolazione generale e a rischio, nei genitori e nei care giver	6.3.1	Adeguamento del sistema di sorveglianza (Passi - Passi d'Argento, OKkio alla salute entro 2 anni)	Estensione a tutte le Regioni del modulo opzionale PASSI che indaga sull'aver ricevuto dagli operatori sanitari informazioni su come prevenire gli infortuni domestici. Passi d'Argento, rileva la prporzione di anziani che hanno ricevuto informazioni su come prevenire le cadute in particolare le cadute in casa.	solo in alcune Regioni	100% delle Regioni	Modulo opzionale PASSI già attivo			Già raggiunto	Regioni	
	6.3.2	Misurazione della percezione del rischio (PASSI, PASSI D'Argento entro 5 anni)	Prevalenza di persone di età 18-69 anni che dichiarano che il rischio di infortunio nel loro ambiente domestico, per sé o i propri familiari, è alto o molto alto	Anno 2013: 5,7%	+30%	7,4%	3182	30%	9,6%	Sistema di sorveglianza PASSI	
4. Migliorare la conoscenza del fenomeno e delle azioni di prevenzione da parte degli operatori sanitari, MMG e PLS	6.4.1	Proporzione di persone che hanno ricevuto informazioni dagli operatori sanitari (PASSI - PASSI d'Argento entro 5 anni)	Prevalenza di persone di 18-69 anni che dichiarano di aver ricevuto, nei 12 mesi precedenti l'intervista, informazioni da operatori sanitari su come prevenire gli infortuni domestici	Adulti 18-69 anni: 13% (anno 2012 solo 11 Regioni)	+100%	15,6%	650	100%	31,2%	Sistema di sorveglianza PASSI (anno 2013)	
			Prevalenza di persone ultra 64enni che dichiarano di aver ricevuto, nei 12 mesi precedenti l'intervista, informazioni su come evitare le cadute in casa	Anziani >64anni: 17% (Passi d'Argento, anni 2012/2013)	+100%	9,4%	2124	100%	18,8%	Sistema di sorveglianza PASSI d'Argento (anni 2012-2013)	Il valore riportato centralmente è errato (10,2%). Anche il denominatore non è corretto (il valore corretto è 2124 invece di 1094)
5. Migliorare la conoscenza del fenomeno degli avvelenamenti in ambiente domestico	6.5.1	Potenziamento in tutte le Regioni dei flussi informativi strutturati per la conoscenza degli avvelenamenti in ambiente domestico	Produzione di un report sul fenomeno degli avvelenamenti in ambiente domestico	Non rilevato	100% Produzione di un report in tutte le Regioni	/			Produzione di un report	Regioni	



**MACRO 7: Prevenire infortuni e malattie professionali**

Obiettivo centrale	Codice indicatore	Nome indicatore	Definizione operativa	Nazionale		Regionale				Fonte dei dati	Note
				Valore Baseline	Standard	Baseline 2013	N denominat ore 2013	Stand ard	Atteso 2018		
1. Implementare il grado di utilizzo dei sistemi e degli strumenti informativi di cui agli Atti di indirizzo del Comitato ex articolo 5/81 approvati mediante Accordo di conferenza tra Stato e Regioni	7.1.1	Produzione di report regionale annuale relativo al monitoraggio dei rischi e dei danni da lavoro e dei sistemi informativi attivati	Proporzione di Regioni che producono un report all'anno	Solo alcune Regioni	100% Un report all'anno in tutte le Regioni	Report annuale relativo al monitoraggio dei danni			Report annuale relativo al monitoraggio dei rischi	Regioni	
2. Incrementare la collaborazione tra operatori sanitari per favorire l'emersione e il riconoscimento delle MP	7.2.1	Emersione del fenomeno tecnopatico misurata mediante l'incremento delle segnalazioni e delle denunce delle malattie lavoro correlate per comparti, o per i rischi, oggetto di intervento con particolare riferimento a: - comparto agricolo forestale - comparto delle costruzioni - rischio cancerogeno e chimico - rischi per apparato muscolo scheletrico	Incremento relativo delle segnalazioni di malattie professionali	le Regioni dovrebbero considerare come baseline il numero di denunce per malattia professionale del 2013 (o ultimo anno disponibile) e come standard il N° di denunce del 2013 + 10% delle stesse. Ciascuna Regione in base al N° di denunce per MP relative al 2013 (o ultimo anno disponibile) dovrà quindi calcolare lo standard regionale al 2018 sommando il N° di denunce del 2013 al 10% delle stesse.	+10%	n. denunce INAIL di MP relative al 2013 : 7838		10%	8622	INAIL	
3. Sostenere il ruolo di RLS/RLST e della bilateralità	7.3-4-5.1	Adozione di programmazione in seno ai comitati regionali di coordinamento ex art 7 Dlgs 81/08 di azioni di promozione per: - il sostegno al ruolo di RLS/RLST e della bilateralità - la promozione della responsabilità sociale d'impresa - la prevenzione dei rischi da incongruenze organizzative	Proporzione di Regioni che programmano azioni di promozione	Solo alcune Regioni	100% Tutte le Regioni programmano azioni di promozione	Già in essere da anni azioni di promozione per il sostegno al ruolo di RLS/RLST (che si sostanziano			Evidenza di programmazione nell'ambito del Comitato regionale di coordinamento di iniziative informative, formative, di assistenza dirette agli RLS/RLST e alla bilateralità	Regioni	
4. Promuovere/favorire l'adozione da parte delle imprese di buone prassi e percorsi di Responsabilità sociale						/		Evidenza di programmazione nell'ambito del Comitato regionale di coordinamento di iniziative informative volte alla promozione della responsabilità sociale di impresa			
5. Promuovere/favorire programmi di miglioramento del benessere organizzativo nelle aziende						/		Evidenza di programmazione nell'ambito del Comitato regionale di coordinamento di iniziative volte al miglioramento del benessere organizzativo e alla prevenzione dello stress lavoro correlato			
6. Coinvolgere l'istituzione scolastica nello sviluppo delle competenze in materia di SSL nei futuri lavoratori	7.6.1	Proporzione di istituti scolastici che aderiscono alla progettazione regionale specifica inserita nei programmi integrati di promozione della salute	Proporzione di istituti scolastici di ogni ordine e grado che aderiscono, sulla base di un accordo stipulato tra Regione e Ufficio scolastico regionale, ai programmi di promozione della salute e di sviluppo delle competenze in materia di SSL nel contesto scolastico, con almeno l'80% delle classi target	Ogni Regione individua il proprio	100% delle Regioni raggiunge almeno l'80% dello standard individuato dalla Regione stessa (con un minimo del 10% di scuole coinvolte)	15% (Il progetto svolto nell'anno scolastico 2013/14 non è parte di un accordo tra Regione e USER)	34	200%	50%	Regioni	
7. Promuovere il coordinamento dell'attività di vigilanza e l'approccio di tipo proattivo dei servizi pubblici attraverso l'adozione di piani integrati di prevenzione degli infortuni	7.7.1	Riduzione dei tassi di frequenza infortunistica con particolare riguardo agli infortuni gravi e mortali per comparti o per i rischi oggetto di intervento, con particolare riferimento a: - comparto agricoltura - comparto edilizia	riduzione relativa dell'indice di frequenza totale degli infortuni con prognosi maggiore di 40 gg o con postumi permanenti superiori al 5% Inail, o mortali	IF: 4,36 ogni 1000 addetti per tutti i settori ATECO (esclusa agricoltura)	-10%	IF: 6,02 ogni 1000 addetti per tutti i settori ATECO (esclusa agricoltura) (anno 2012)		-10%	IF: 5,4 ogni 1000 addetti per tutti i settori ATECO (esclusa agricoltura)	INAIL	
				IF: 7,62 ogni 1000 addetti nelle costruzioni	-10%	IF: 10,09 ogni 1000 addetti nelle costruzioni (anno 2012)		-10%	IF: 9,1 ogni 1000 addetti nelle costruzioni	INAIL	
				Agricoltura, valore assoluto: 11.417 infortuni gravi	-10%	Agricoltura, valore assoluto: 1332 infortuni gravi (anno 2012)		-10%	Agricoltura, valore assoluto: 1199 infortuni gravi	INAIL	
8. Migliorare la qualità e l'omogeneità dell'attività di vigilanza anche attraverso l'incremento dell'utilizzo di strumenti di enforcement quali l'audit	7.8.1	Adozione di atti di indirizzo nazionali e regionali finalizzati a garantire uniformità e trasparenza nell'attività di vigilanza e controllo e loro monitoraggio	Proporzione di Regioni che adottano gli atti (Comma 3 lettera c) art. 5 Dlgs 81/08 e dall'art. 7 dello stesso decreto legislativo)	Solo alcune Regioni	100% Tutte le Regioni adottano gli atti di indirizzo	La regione Emilia-Romagna ha già adottato le linee di indirizzo per la vigilanza e controllo in materia di salute e sicurezza sul lavoro (Circolare regionale n. 10 del 2014)			/	Regioni	

## MACRO 8: Ridurre le esposizioni ambientali potenzialmente dannose per la salute

Obiettivo centrale	Codice indicatore	Nome indicatore	Definizione operativa	Nazionale		Regionale			Fonte dei dati	
				Valore Baseline	Standard	Baseline 2013	N denominatore	Standard		Atteso 2018
1. Realizzare attività di supporto alle politiche ambientali di miglioramento qualità aria, acqua, suolo secondo il modello della "Salute in tutte le politiche"	8.1.1	Disponibilità di rapporti di attività intra e inter istituzionali per la programmazione integrata per la tematica ambiente e salute	Disponibilità di documenti che evidenziano la programmazione integrata nell'ambito della tematica ambiente e salute	non rilevato	100% Almeno 1 documento in tutte le Regioni	Nel 2014 è stato adottato il Piano Aria Integrato Regionale (PAIR2020) in cui è stato documentato l'impatto sulla salute della qualità dell'aria			Almeno un documento prodotto	Regioni
	8.1.2	Disponibilità di rapporti di attività delle reti di referenti in ambito sanitario per la tematica ambiente e salute	Evidenza documentata di esistenza di una rete e della relativa attività	non rilevato	100% Evidenza documentata in ogni Regione	La rete esiste ma non è formalizzata			Adozione formale della rete	Regioni
2. Migliorare la conoscenza del rapporto inquinanti ambientali/salute attraverso: - il monitoraggio degli inquinanti ambientali cui è esposta la popolazione - il potenziamento della sorveglianza epidemiologica	8.2.1	Esistenza di accordi interistituzionali (ARPA, IZS, Registri Patologia e altri) per progettazione, pianificazione e realizzazione di studi di background per contaminanti ubiquitari (primo triennio)	Documentazione di accordo	non rilevato	100% Evidenza documentata in ogni Regione	Con DGR 735/11 è stato istituito il gruppo di lavoro (AUSL, ARPA, IZS) per lo studio dei contaminanti ambientali  Con DGR 428/10 si è avviato lo studio "Supersito" sul rapporto inquinamento atmosferico e salute			Almeno 1 accordo siglato	Regioni
	8.2.2	Rapporti degli studi realizzati di conseguenza (ultimo biennio)	Realizzazione di uno studio di esposizione su contaminanti ambientali cui sono esposti gruppi di popolazione	non rilevato	100% Evidenza di almeno 1 studio di esposizione a contaminanti ambientali cui sono esposti gruppi di popolazione in ogni Regione	/			Almeno 2 rapporti prodotti	Regioni
3. Sviluppare percorsi e strumenti interdisciplinari per la valutazione preventiva degli impatti sulla salute delle modifiche ambientali	8.3.1	Atti di indirizzo regionali per la valutazione integrata di impatto sulla salute che comprenda strumenti in supporto sia dei valutatori sia dei proponenti	Produzione di atti di indirizzo regionali	non rilevato	100% Esistenza di atti di indirizzo in ogni Regione	/			Adozione atti di indirizzo regionali	Regioni
4. Sviluppare modelli, relazioni interistituzionali per la valutazione degli impatti sulla salute dei fattori inquinanti	8.4.1	Atti di indirizzo regionali per la gestione di problematiche (accertate o presunte) sanitarie attribuibili all'inquinamento ambientale	Produzione di atti di indirizzo regionali	non rilevato	100% Esistenza di atti di indirizzo in ogni Regione	/			Adozione atti di indirizzo regionali	Regioni
5. Sviluppare le conoscenze tra gli operatori della salute e dell'ambiente, MMG e PLS, sui temi di integrazione ambiente-salute, della valutazione di impatto e di danno sanitario e della comunicazione del rischio	8.5.1	Definizione di un curriculum formativo (per la fine 2016)	Curriculum formativo per gli operatori della salute e dell'ambiente, MMG e PLS, sui temi di integrazione ambiente-salute, della valutazione di impatto e di danno sanitario e della comunicazione del rischio	non rilevato	100% Esistenza di un curriculum formativo in ogni Regione	/			Definizione del curriculum formativo declinato in modo specifico per target (operatori della rete, operatori DSP/ARPA/IZS non della rete, MMG/PLS)	Regioni
	8.5.2	Realizzazione di corsi di formazione per i formatori (dal 2017)	Corso di formazione	non rilevato	100% Almeno un corso di formazione in ogni Regione	/			Almeno 3 corsi organizzati	Regioni

	8.5.3	Proporzioni di operatori (salute e ambiente, MMG e PLS) che hanno beneficiato di formazione specifica (fine 2018)	proporzioni di operatori appartenenti al profilo sanitario di dipartimenti di prevenzione e ARPA, MMG e PLS formati	non rilevato	50% in ogni Regione	/		50%	Regioni
6. Comunicare il rischio in modo strutturato e sistematico	8.6.1	Regioni che hanno recepito le linee guida	Atto formale di recepimento delle linee guida nazionali o, in assenza, adozione di indirizzo regionale specifico	non rilevato	100% Esistenza di atto formale di recepimento in ogni Regione	/		Produzione di un formale di recepimento delle linee guida nazionali o, in assenza, adozione di indirizzo regionale specifico	Regioni
7. Realizzare programmi di controllo in materia di REACH/CLP su sostanze chimiche/miscele contenute nei fitosanitari, cosmetici, biocidi, detersivi e sulle sostanze chimiche/miscele, in genere, pericolose per l'uomo e per l'ambiente basati sulla priorità del rischio secondo i criteri europei e sulla categorizzazione dei rischi	8.7.1	Indicatori di funzionamento del sistema di segnalazione delle situazioni di non conformità relativamente ai regolamenti REACH e CLP tra Autorità competenti per il controllo	Definizione di un sistema di indicatori che monitori la realizzazione degli obiettivi del piano nazionale controlli	non rilevato	100% Esistenza di un sistema di indicatori in ogni Regione	Sistema di controllo attivo dal 2011		Già raggiunto	Regioni
8. Formare gli operatori dei servizi pubblici sui temi della sicurezza chimica e prevalentemente interessati al controllo delle sostanze chimiche con la finalità di informare e assistere le imprese e i loro Responsabili dei servizi di Prevenzione e Protezione (RSPP) e ambientali interessati all'uso e alla gestione delle sostanze chimiche	8.8.1	Numero di corsi di formazione per formatori nell'ambito dei servizi prevalentemente interessati al controllo delle sostanze chimiche	Corsi di formazione nell'ambito dei servizi prevalentemente interessati al controllo delle sostanze chimiche	non rilevato	100% Almeno un corso di formazione in ogni Regione	Corsi di formazione per gli operatori del DSP		10 corsi di aggiornamento accreditati ECM per operatori DSP e ARPA	Regioni
9. Contribuire alla conoscenza dell'impatto della problematica amianto sulla popolazione	8.9.1	Disponibilità dei dati sugli ex esposti ai Centri Operativi Regionali (COR)	Produzione di un report	non rilevato	100% Produzione di un report in ogni Regione	/		Produzione report del COR sui dati degli ex esposti	Regioni
10. Promuovere le buone pratiche in materia di sostenibilità ed eco-compatibilità nella costruzione/ristrutturazione di edifici, anche in relazione al rischio radon	8.10.1	Approvazione di linee guida per orientare i regolamenti edilizi in chiave eco-compatibile	Adozione di indirizzi regionali specifici	non rilevato	100% Adozione di indirizzi specifici in ogni Regione	/		Adozione di indirizzi regionali specifici	Regioni
11. Sensibilizzare la popolazione sul corretto uso della telefonia cellulare	8.11.1	Interventi di promozione del corretto uso dei telefoni cellulari con particolare attenzione al target di età pediatrica	Evidenza documentata della realizzazione di interventi di promozione	non rilevato	100% Evidenza documentata in ogni Regione	/		Attuazione di una campagna di sensibilizzazione sull'uso dei dispositivi digitali	Regioni
12. Sensibilizzare la popolazione, soprattutto i giovani e i giovanissimi e i professionisti coinvolti, sui rischi legati all'eccessiva esposizione a radiazioni UV	8.12.1	Interventi informativi alla popolazione, in particolare ai giovani e giovanissimi, sui rischi legati all'eccessiva esposizione agli UV	Evidenza documentata della realizzazione di interventi informativi	non rilevato	100% Evidenza documentata in ogni Regione	/		Realizzazione di un campagna informativa	Regioni

**MACRO 9: Ridurre la frequenza di infezioni/malattie infettive prioritarie**

Obiettivo centrale	Codice indicatore	Nome indicatore	Definizione operativa	Nazionale		Regionale				Fonte dei dati	Note
				Valore Baseline	Standard	Baseline 2013	N campionario 2013	Standard	Atteso 2018		
1. Aumentare la frequenza di identificazione e caratterizzazione dell'agente patogeno per le malattie prioritarie 2. Identificare tempestivamente i casi e i rischi infettivi, anche mediante sistemi di allerta precoce	9.1-2.1	Proporzione di casi di morbillo rosolia notificati per i quali è stato svolto l'accertamento di laboratorio	Tasso di indagine di laboratorio: Rapporto percentuale tra numero di casi sospetti di morbillo o rosolia testati in un laboratorio di riferimento qualificato e numero di casi sospetti di morbillo e rosolia. Deve essere escluso dal denominatore qualunque caso sospetto che non abbia analisi di laboratorio e che sia	78,8% (morbillo) 59,3% (rosolia)	100% delle Regioni raggiunge lo standard >90% per morbillo e per rosolia	96% (morbillo) 90% (rosolia)	126 (morbillo) 10 (rosolia)	Mantenimento	>90%	Sistema di sorveglianza integrata del morbillo e della rosolia	
3. Informatizzare i sistemi di sorveglianza per le malattie infettive, in modo interoperabile	9.3.1	Proporzione di notifiche inserite nel sistema informativo per le malattie infettive	Percentuale di notifiche inviate da ASL a regione/PA attraverso il sistema informativo regionale sul totale di notifiche pervenute all'assessorato alla Sanità della Regione	non rilevato	100% delle notifiche inviate con il sistema informativo regionale al Ministero nei termini previsti dalla normativa	100%	23867	Mantenimento	100%	Sistema di notifica	
4. Aumentare la segnalazione delle malattie infettive da parte degli operatori sanitari (medici di famiglia, medici ospedalieri, laboratoristi)	9.4.1	Proporzione di casi di malattia batterica invasiva notificati per i quali è stato svolto l'accertamento di laboratorio e per i quali esista una diagnosi etiologica	Proporzione di casi di malattie invasive da meningococco e pneumococco, notificati al sistema MIB rispetto alle SDO	60%	+50%	102,2%	135	Mantenimento	100%	Sistema di sorveglianza speciale delle MIB. SDO	
5. Ridurre i rischi di trasmissione da malattie infettive croniche o di lunga durata (TBC, HIV)	9.5.1	Proporzione dei casi di TBC polmonare e infezione tubercolare latente che sono stati persi al follow-up	Proporzione di casi di tubercolosi polmonare bacillifera persi al follow up sul numero totale di casi di tubercolosi polmonare bacillifera notificati nell'anno (da rilevare ogni 2 anni)	25-30%	-50%	9,3%	236	Mantenimento	Il baseline regionale è al di sotto del valore da raggiungere sulla base dello standard nazionale. Pertanto, l'impegno della Regione è di mantenere l'indicatore inferiore al 10%	Sistema di notifica	Casi di TB polmonare bacillifera: Esito microscopico escreato o altro materiale polmonare POS oppure esito culturale escreato o altro materiale polmonare POS. Vengono considerate tutte le notifiche, non solo i res/dom su cui è attiva la sorveglianza. Il dato appare in calo rispetto al 2012 (11,7%, N=283)
	9.5.2	Proporzione di nuove diagnosi di HIV late presenter (CD4<350/μL indipendentemente dal numero di CD4)/ soggetti con nuova diagnosi di HIV	Rapporto percentuale tra numero di nuove diagnosi di HIV con un numero di linfociti CD4 minore di 350 cell/μL e numero di soggetti con nuova diagnosi di HIV. I late presenter (LP) sono quei pazienti che al momento della prima diagnosi di sieropositività hanno un numero di linfociti CD4 minore di 350 cell/μL o hanno una patologia indicativa di AIDS indipendentemente dal numero di CD4	Anno 2013: 57%	-25%	53,4%	354	-20%	42,7%	Sistema di sorveglianza HIV. Questo indicatore si può calcolare utilizzando i Sistemi di sorveglianza delle nuove diagnosi di infezione da HIV regionali e quello del Centro Operativo AIDS (COA) dell'Istituto Superiore di Sanità	Pur avendo preventivato interventi per ridurre la quota di Late Presenters ci sembra realistico diminuire del 20%, pari a 10 punti percentuali, il valore baseline regionale, raggiungendo così il valore sotteso all'obiettivo nazionale.
6. Completare l'informatizzazione delle anagrafi vaccinali interoperabili a livello regionale e nazionale tra di loro e con altre basi di dati (malattie infettive, eventi avversi, residente/assistiti)	9.6.1	Proporzione della popolazione regionale coperta da anagrafe vaccinale informatizzata	Percentuale di Regioni che hanno realizzato l'anagrafe vaccinale regionale unica informatizzata (rif. PNV 2005-2007 e PNPV 2010-2012, PNEMoRc 2003 e 2010-2015)	15/21 Regioni completamente informatizzate; 8/15 stesso software in tutte le ASL; 6/15 dato individuale accessibile al livello regionale	100% Tutte le Regioni hanno realizzato l'anagrafe vaccinale regionale unica informatizzata	A partire dal 01/01/2015 l'Anagrafe Vaccinale Regionale (AVR) raccoglie trimestralmente i dati vaccinali (individuali) delle aziende AUSL.		Anagrafe Vaccinale Regionale (AVR) unica informatizzata con dati storici a partire dall'anno 2000 e possibilità di incrociare informazioni con altre banche regionali nel rispetto della privacy	Regioni		
	9.7.1	Copertura vaccinale in specifici gruppi a rischio per patologia/status	Definizione PASSI: Copertura vaccinale per la vaccinazione antinfluenzale in persone di 18-64 anni affette da almeno una patologia cronica (ictus, infarto, altre malattie cardiovascolari, diabete, insufficienza renale, malattie respiratorie e asma bronchiale, tumori, malattie croniche del fegato)	18,5% (dato riferito alla campagna antinfluenzale stagionale 2012-2013)	+100%	15,8%	244	100%	31,6%	Sistema di sorveglianza PASSI (dato riferito alla campagna antinfluenzale 2012-2013)	

7. Aumentare la copertura vaccinale e l'adesione consapevole nella popolazione generale e in specifici gruppi a rischio (operatori sanitari, adolescenti, donne in età fertile, popolazioni difficili da raggiungere, migranti, gruppi a rischio per patologie)	9.7.2	Coperture vaccinali per le vaccinazioni previste dal PNPV e tasso di rifiuti	Tutti gli indicatori di copertura previsti dal PNPV e relativi baseline e standard	vedere Tabella 1	vedi fondo pagina	vedere foglio MACRO 9 - Baseline 9.7.2 RER			Sistema di rilevazione delle coperture vaccinali e delle motivazioni di mancata vaccinazione anti-polio e anti-morbillo	Si fa presente che le coperture vaccinali sono in calo: già alla fine del 2014 sono più basse rispetto a quelle registrate al 31-12-2013. Questo fenomeno, ormai diffuso a tutte le Regioni, è ben conosciuto anche a livello nazionale. L'Emilia-Romagna continua, come tradizionalmente ha sempre fatto, a mettere il massimo impegno per assicurare la miglior qualità lungo tutto il percorso vaccinale, anche dal punto di vista comunicativo, e ultimamente, sembra di vedere qualche timido segnale di un aumentato interesse verso il valore delle vaccinazioni. Tuttavia, l'obiettivo del 95% sembra abbastanza irrealistico e difficilmente raggiungibile. Poiché, come già detto, si tratta di un problema che interessa tutto il territorio nazionale, vorremmo porre all'attenzione questa grossa criticità e mettere in discussione la possibilità di calibrare in modo differente questi obiettivi.
8. Pianificare la comunicazione finalizzata alla corretta gestione e informazione sui vaccini e sulle malattie infettive prevenibili mediante vaccinazione	9.8.1	Esistenza di un programma di comunicazione basato sulla evidence per la gestione della corretta informazione sui vaccini ai fini della adesione consapevole	Proporzione di Regioni che realizzano un programma di comunicazione. Il programma deve prevedere interventi periodici di cui deve essere valutato l'impatto	non rilevato	100% Tutte le Regioni hanno realizzato un programma di comunicazione	Predisposizione, aggiornamento e diffusione di materiale informativo relativo alle vaccinazioni e alle malattie infettive, tradotto in 12 lingue, previsto sia in forma cartacea che informatizzata (reperibile su Saluter). Elaborazione di un programma di comunicazione che comprende l'implementazione del sito "perchevaccino.it", della pagina di Saluter dedicata alle vaccinazioni e varie iniziative (costituzione di focus group e indagini tramite questionari) per valutare le conoscenze, gli atteggiamenti e i comportamenti della popolazione nei confronti delle vaccinazioni e analizzare i diversi fattori che concorrono al loro rifiuto parziale o totale		Piano comunicazione realizzato	Regioni	
9. Predisporre piani nazionali condivisi tra diversi livelli istituzionali per la preparazione e la risposta alle emergenze infettive (AC)	9.9.1	Esistenza di Piani e Protocolli regionali attuativi dei piani nazionali	Proporzione di Regioni che documentano l'adozione di un piano di risposta alle emergenze	non rilevato	100% Tutte le Regioni hanno documentato l'adozione di un piano di risposta alle emergenze	Predisposizione di Protocolli specifici in relazione a particolari emergenze (es; DGR 2 luglio 2007, n. 975; Approvazione del "Piano regionale di preparazione e risposta ad una pandemia influenzale"; Definizione del "Piano arbovirale" aggiornato annualmente)		Adozione piano regionale	Regioni	
10. Migliorare la qualità della sorveglianza delle infezioni invasive da Enterobatteri produttori di carbapenemasi (CPE)	9.10.1	Proporzione di Aziende Sanitarie in cui è stata attivata la sorveglianza delle CPE	Proporzione di strutture ospedaliere, appartenenti ad aziende sanitarie e aziende ospedaliere, aderenti alla Circolare "Sorveglianza e controllo delle infezioni da batteri produttori di carbapenemasi (CPE)" del 26/02/2013, sul totale delle strutture ospedaliere	non rilevato	100% per Regione	70%		100%	Regioni	
11. Monitorare il consumo di antibiotici in ambito ospedaliero e territoriale	9.11.1	Restituzione annuale delle informazioni relative al consumo di antibiotici alle Aziende Sanitarie	Proporzione di Regioni che producono un report annuale che documenti l'uso degli antibiotici, con finalità di controllo dell'antibiotico resistenza	non rilevato	100% Tutte le Regioni hanno prodotto un report annuale	Presenza report regionale		Presenza report regionale	Regioni	
12. Promuovere la consapevolezza da parte della comunità nell'uso degli antibiotici	9.12.1	Esistenza di un programma regionale di comunicazione basato sulla evidence per aumentare la consapevolezza nell'uso di antibiotici	Proporzione di Regioni che realizzano il programma di comunicazione. Il programma deve prevedere interventi periodici di cui deve essere valutato l'impatto	non rilevato	100% Tutte le Regioni hanno realizzato un programma di comunicazione	Programma di comunicazione già presente		Presenza programma comunicazione con valutazione	Regioni	
13. Definire un programma di sorveglianza e controllo delle infezioni correlate all'assistenza	9.13.1	Disponibilità di informazioni sull'andamento delle infezioni correlate all'assistenza in tutte le Aziende sanitarie	Proporzione di CIO che producono un report annuale sulle infezioni correlate all'assistenza	non rilevato	100% Tutte le Regioni hanno prodotto un report annuale	70%		100%	Regioni	

## Coperture vaccinali per le vaccinazioni previste dal PNPV 2012-2014 DATI al 31-12-2013

VACCINAZIONE	COPERTURA baseline	Standard	Atteso 2018	NOTE
Difterite al 24° mese	96,0%	/	>95%	Si fa presente che le coperture vaccinali sono in calo: già alla fine del 2014 sono più basse rispetto a quelle registrate al 31-12-2013. Questo fenomeno, ormai diffuso a tutte le Regioni, è ben conosciuto anche a livello nazionale. L'Emilia-Romagna continua, come tradizionalmente ha sempre fatto, a mettere il massimo impegno per assicurare la miglior qualità lungo tutto il percorso vaccinale, anche dal punto di vista comunicativo, e ultimamente, sembra di vedere qualche timido segnale di un aumentato interesse verso il valore delle vaccinazioni. Tuttavia, l'obiettivo del 95% sembra abbastanza irrealistico e difficilmente raggiungibile. Poiché, come già detto, si tratta di un problema che interessa tutto il territorio nazionale, vorremmo porre all'attenzione questa grossa criticità e mettere in discussione la possibilità di calibrare in modo differente questi obiettivi.
Tetano al 24° mese	96,2%	/	>95%	
Pertosse al 24° mese	95,8%	/	>95%	
Poliomielite al 24° mese	96,1%	/	>95%	
Epatite B al 24° mese	95,8%	/	>95%	
Haemophilus influenzae tipo B al 24° mese	95,3%	/	>95%	
Difterite (7 anni)	94,7%	1,0%	>95%	
Tetano (7 anni)	95,0%	/	>95%	
Pertosse (7 anni)	94,3%	1,0%	>95%	
Difterite (16 anni)	86,4%	5,0%	>90%	
Tetano (16 anni)	87,5%	5,0%	>90%	
Pertosse (16 anni)	57,7%	55,0%	>90%	
Morbillo (1° dose)	91,3%	5,0%	>95%	
Parotite (1° dose)	91,1%	5,0%	>95%	
Rosolia (1° dose)	91,1%	5,0%	>95%	
Morbillo (2° dose)	91,7%	5,0%	>95%	
Parotite (2° dose)	90,9%	5,0%	>95%	
Rosolia (2° dose)	90,9%	5,0%	>95%	
Antinfluenzale >65 anni (campagna 2013-14)	55,8%	35,0%	>75%	
Pneumococco al 24° mese	94,1%	1,0%	>95%	
Meningococco C al 24° mese	91,2%	5,0%	>95%	
Meningococco C (16 anni)	81,0%	18,0%	>95%	
HPV (coorte 2001)	69,3%	2,0%	70,0%	
HPV (coorte 2002) (al 31-12-2014)	68,5%	17,0%	80,0%	
HPV (coorte 2003)	in corso		95,0%	
Varicella al 24° mese	N.E.		>95%	
Varicella (6 anni)	N.E.		>95%	
Varicella (16 anni) (Vaccinati + immuni all'anamnesi)	91,4%	5,0%	>95%	
Mancata vaccinazione antipolio ricondotta a ben precise motivazioni	92,2%	10,0%	100%	La motivazione per la mancata vaccinazione viene rilevata in tutti i casi. Nell'indicatore la modalità "Altro" è stata considerata una motivazione non precisa.
Mancata vaccinazione antimorbillo ricondotta a ben precise motivazioni	68,0%	50,0%	100%	

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

Obiettivo centrale	Codice indicatore	Nome indicatore	Definizione operativa	Nazionale		Regionale				Fonte dei dati	Note	
				Valore Baseline	Standard	Baseline 2013	N denominatore 2013	Standard	Atteso 2018			
1. Adottare piani di controllo/monitoraggio integrati per la gestione del rischio biologico, fisico e chimico (ambientale e tecnologico) nelle matrici alimentari e negli alimenti per animali, nell'ottica dell'integrazione tra sanità pubblica, ambiente e agricoltura	10.1.1	Adozione di protocolli per l'intervento integrato	Adozione di misure di coordinamento e cooperazione tra la Regione e le altre Amministrazioni che effettuano controlli sulla filiera alimentare al fine di assicurare l'efficace coordinamento di cui all'Articolo 4, paragrafo 3 del regolamento 882/2004.	100% Ogni Regione adotta uno o più protocolli di intervento integrato, che descrivono i meccanismi attraverso i quali si raggiunge l'obiettivo, es. riunioni, comitati congiunti, gruppi di collegamento, ecc.	non rilevato	0 protocolli				Adozione di 1 protocollo di intervento integrato	Regioni	
2. Ridurre il fenomeno dell'antibiotico resistenza tramite la corretta gestione del farmaco	10.2.1	Adozione di iniziative finalizzate all'implementazione del sistema informativo nazionale per la tracciabilità del farmaco veterinario	Adozione di un sistema informatizzato per tracciare il percorso produttivo e distributivo dei farmaci veterinari persegue diversi obiettivi: • migliorare gli strumenti di analisi e controllo dell'intera filiera sul territorio nazionale, • migliorare gli strumenti di "rintracciabilità" a disposizione delle autorità competenti, • monitorare e studiare l'antibiotico-resistenza, attraverso strumenti di analisi delle vendite di antibiotici, • permettere l'integrazione con i sistemi per la dematerializzazione della ricetta veterinaria, al fine di snellire le procedure operative attualmente sostenute dagli operatori	100% Svolgimento di almeno 1 evento/anno per Regione di sensibilizzazione/informazione/formazione sull'informatizzazione della gestione del farmaco, rivolto ai portatori di interesse (a partire dai distributori e grossisti fino a coinvolgere i medici veterinari prescrittori se e quando l'obbligo di ricetta elettronica sarà a regime)	non rilevato	0 eventi/anno				1 evento/anno	Regioni	
3. Sviluppare protocolli di collaborazione tra ospedali/laboratori di diagnostica/ sorveglianza umana e laboratori deputati alla diagnostica/sorveglianza nel settore alimentare e veterinario	10.3.1	Protocolli di collaborazione che garantiscano un panel di analisi routinarie per la diagnosi di malattie trasmissibili dagli animali e con gli alimenti (almeno il set di patogeni previsti dalla direttiva 2003/99), conforme ai migliori standard internazionali	Protocollo di intesa tra aziende sanitarie, IZS e ARPA per l'adozione di un set diagnostico standardizzato e relative procedure ai fini dell'implementazione del sistema di allerta e sorveglianza delle malattie zoonotiche di origine alimentare	100% Esistenza in ogni Regione di un protocollo di intesa tra aziende sanitarie, IZS e ARPA	non rilevato	/				Approvazione protocollo di intesa	Regioni	
4. Completare i sistemi anagrafici	10.4.1	Implementazione dell'anagrafe degli operatori del settore dei mangimi	Inserimento nel Sistema Informativo Nazionale per la gestione delle anagrafiche degli OSM (piattaforma SINVSA) di tutti i nuovi operatori del settore dei mangimi (OSM) registrati o riconosciuti a partire dal 2015 e trasferimento delle anagrafiche preesistenti in possesso di Regioni e P.A. secondo le tempistiche e le modalità dettate dal Piano Nazionale Alimentazione Animale 2015-2017	100% In ogni Regione è implementato, in modo informatizzato, il sistema informativo nazionale SINVA per la gestione delle anagrafiche degli OSM, anche in cooperazione applicativa	4 Regioni operative al 100%	0	N. Aziende Usl	100% delle AUsl	100% delle AUsl		Sistema Informativo Nazionale per la gestione delle anagrafiche degli OSM (piattaforma SINVSA)	
	10.4.2	Adeguamento delle anagrafiche gestite dalle Autorità competenti alla "Masterlist regolamento CE 852/2004"	La classificazione delle attività soggette a registrazione ai sensi del Reg. 852/2004 (di seguito Master List 852) è stata elaborata dal gruppo di lavoro "Anagrafi e Nomenclature" del Ministero della Salute e trasmessa con nota prot. DGSF 9875-P-15/05/2013	100% In ogni Regione conformità completa delle anagrafi regionali, o in alternativa delle ASL, alla Masterlist 852	non rilevato in maniera standardizzata	0	N. Aziende Usl	100% Aziende Usl con anagrafe conforme	100% Aziende Usl con anagrafe conforme		Regioni	
5. Gestire le emergenze veterinarie e relative alla sicurezza alimentare epidemiche e non e gli eventi straordinari	10.5.1	Predisposizione di piani operativi integrati di intervento per la gestione delle emergenze/eventi straordinari	Adozione di piani operativi di intervento per la gestione delle emergenze che definiscono le modalità di cooperazione tra le componenti sanitarie e con altri attori che concorrono alla gestione (es. protezione civile, vigili del fuoco, forze di polizia, ecc.)	100% In ogni Regione è predisposto un piano di intervento per la gestione delle emergenze con elevato livello di integrazione	non rilevato in maniera standardizzata	/				Adozione di un piano di intervento per la gestione delle emergenze	Regioni	
	10.5.2	Svolgimento di almeno un evento esercitativo di scala regionale, in applicazione del piano di emergenza, riguardante la sicurezza alimentare	Come previsto dall'Intesa Stato regioni del 24 gennaio 2008, l'Unità di Crisi regionale e delle province autonome di Trento e Bolzano ha il compito, di "promuovere l'organizzazione di corsi di formazione e addestramento dei servizi veterinari, dei SIAN, degli IZS e delle ARPA"	100% In ogni Regione è realizzato un evento esercitativo, di scala regionale, che coinvolga il personale dei servizi veterinari, dei SIAN, degli IZS e delle ARPA, tramite la simulazione della gestione di un'emergenza nel campo della sicurezza alimentare (esercitazione di campo, table-top exercise, ecc...)	Nel triennio 2010-2012 sono stati svolti tre eventi esercitativi di scala nazionale (con simulazione in aula di gestione di emergenze di sicurezza alimentare) che hanno coinvolto 300 rappresentanti regionali, delle ASL, IZS, operatori del settore alimentare e NAS	/				Realizzazione di un evento esercitativo	Regioni	

	10.5.3	Svolgimento di almeno un evento esercitativo di scala regionale, in applicazione del piano di emergenza riguardante una malattia animale	Con appositi dispositivi normativi l'Italia ha adottato piani di emergenza per diverse malattie infettive e diffuse animali: Afta epizootica, malattia vescicolare del suino, blue tongue, peste suina classica, peste suina africana, influenza aviaria, malattia di Newcastle	100% In ogni Regione è realizzato un evento esercitativo, di scala regionale, recante la simulazione della gestione di un'emergenza relativa ad una malattia animale (esercitazione di campo, table-top exercise, ecc...)	Dal 2006 al 2011 sono stati svolti tre esercizi di simulazione, che hanno riguardato la gestione di un'emergenza per Influenza aviaria, Peste equina e Afta epizootica e che hanno coinvolto circa 250 rappresentanti regionali, delle ASL, IZS, operatori del settore zootecnico	/			Realizzazione di un evento esercitativo	Regioni	
6. Prevenire le malattie infettive e diffuse di interesse veterinario trasmissibili tramite vettori animali	10.6.1	Attuazione di Piani di sorveglianza in popolazioni di animali selvatici	I piani di sorveglianza sanitaria degli animali selvatici devono avere come obiettivo prioritario la rapida rilevazione di un determinato agente eziologico nel territorio soggetto a sorveglianza (early detection), nonché la contestuale raccolta di dati sanitari per la valutazione del rischio circa la trasmissione di tale agente alle popolazioni domestiche e agli esseri umani e sulla base di questa l'adozione di idonee misure di gestione. Le malattie da sottoporre a sorveglianza sono: Afta epizootica, Peste suina classica, peste suina africana, rabbia, influenza aviaria, west Nile disease, pseudopeste aviaria, brucellosi, tubercolosi	100% In ogni Regione è attuato un piano di sorveglianza per almeno 4 delle malattie di cui alla definizione	non rilevato in maniera standardizzata	1 piano di sorveglianza attivato		Mantenimento	1 piano di sorveglianza attivato	DGSAF - CERMAS	
7. Assicurare un'adeguata capacità di laboratorio della rete dei laboratori pubblici	10.7.1	Riesame annuale della capacità di laboratorio da parte delle Autorità competenti in coerenza con gli standard di funzionamento di cui all'Intesa Stato Regioni del 7 febbraio 2013	Adeguamento del processo di pianificazione regionale dei campionamenti per l'analisi, al fine di soddisfare le esigenze emerse in sede di del riesame delle attività di controllo ufficiale	100% In ogni Regione evidenza documentale che attesti che il processo di pianificazione dei campionamenti per l'analisi soddisfa le esigenze previste (comunitarie, nazionali e locali, ivi incluse quelle laboratoristiche)	non rilevato in maniera standardizzata	1 piano di campionamento attivato		Mantenimento	1 piano di campionamento attivato	Regioni	
8. Prevenire il randagismo, comprese misure che incentivino le iscrizioni in anagrafe degli animali da affezione, ed i relativi controlli, sui canili e rifugi	10.8.1	Predisposizione e realizzazione di piani di informazione/comunicazione rivolti alle popolazioni target	Realizzazione nell'ambito del programma di prevenzione del randagismo (articolo 3 della legge 281/91) di un piano di informazione ed educazione circa il possesso responsabile degli animali da affezione, degli obblighi di identificazione e delle condizioni di benessere animale	100% In ogni Regione realizzazione di un Piano di informazione/comunicazione rivolto alla popolazione finalizzato a promuovere una corretta interazione uomo-animale	Campagne di comunicazione contro l'abbandono degli animali 2008-2009- 2011- 2012	/			Realizzazione di un piano di comunicazione	Relazione ai sensi del DM 06/05/2008	
	10.8.2	Proporzione di cani identificati e iscritti all'anagrafe regionale, restituiti al proprietario, rispetto al numero di cani catturati	L'identificazione dei cani attraverso un microchip, e la conseguente iscrizione nell'anagrafe degli animali da affezione costituiscono uno dei principali strumenti di prevenzione del randagismo. All'interno della popolazione di cani vaganti sul territorio l'identificazione consente la restituzione al legittimo proprietario ed il richiamo a forme di possesso responsabile degli animali. La percentuale di cani vaganti catturati già microchippati - pertanto restituibili ai proprietari - sul totale dei catturati è un indicatore che misura il grado di diffusione dello strumento "anagrafe" sul territorio regionale. L'indicatore si ritiene soddisfatto se a livello nazionale il numero di cani catturati nel territorio regionale, risultati identificati ed iscritti, è in incremento rispetto al numero di cani catturati totali	Incremento assoluto di almeno 10% su base nazionale, valore ottenibile definendo obiettivi differenziati secondo il valore baseline regionale al 2014: - almeno il raggiungimento della media nazionale rilevata al 2014 ( 32,33%) per le Regioni al di sotto del 25%, - incremento del 15% per le Regioni tra il 25,00% e il 35,00%, incremento del 10% per le Regioni tra il 35,01% e il 45,00%, - incremento del 5% per le Regioni tra il 45,01% e il 55,00%, - mantenimento del valore attuale per le Regioni con valore > 55%	32,33% - media nazionale su 17 Regioni e Province autonome che hanno trasmesso il dato	58,90%		Mantenimento	>55%	Anagrafe nazionale degli animali da affezione Relazione ai sensi del DM 06/05/2008	
	10.8.3	Proporzione di controlli effettuati rispetto al numero di canili/rifugi presenti sul territorio	Ai sensi dell'articolo 24 del regolamento di polizia veterinaria i canili/rifugi sono soggetti a controlli da parte dei servizi veterinari competenti con una frequenza appropriata	100% In ogni Regione almeno 1 controllo/anno per ciascun rifugio e canile sanitario non gestito direttamente dal servizio veterinario	Il numero dei controlli attualmente non è rilevato in maniera standardizzata. Il numero di strutture =904 discende dalla Rendicontazione	100% dei rifugi/canili controllati ogni anno	73	Mantenimento	100% dei rifugi/canili controllati ogni anno	Relazione ai sensi del DM 06/05/2008	
9. Aumentare l'offerta di alimenti idonei a soggetti allergici e intolleranti, ivi inclusi le persone celiache	10.9.1	Realizzazione di un programma integrato di formazione/informazione per gli operatori del settore alimentare	Implementazione di programmi regionali per effettuare corsi di formazione agli operatori del settore, anche in relazione alla normativa EU	100% Ogni Regione predisporre un programma che preveda almeno un evento formativo all'anno	non rilevato in maniera standardizzata	1 evento/anno		Mantenimento	1 evento/anno	Regioni	
	10.10.1	Implementazione di un flusso informativo per la comunicazione del monitoraggio del Tsh neonatale	In ottemperanza all'Intesa Stato regioni del 26 febbraio 2009 il monitoraggio del TSH neonatale permette di avere un quadro nazionale sullo stato nutrizionale iodico della popolazione al fine di implementare corrette politiche per la prevenzione dei disordini della carenza iodica	100% In ogni Regione è attivato il sistema di trasmissione dei dati all'ISS secondo il format in uso	Regioni e PPA: 3 su 21	Sistema di trasmissione attivo		Mantenimento	Già raggiunto	Osservatorio nazionale ISS e Ministero della salute	



10. Ridurre i disordini da carenza iodica	10.10.2	Proporzione di controlli che rilevano la presenza di sale iodato presso punti vendita e ristorazione collettiva	Proporzione di Regioni che adottano protocolli per trasmettere i dati (tramite un flusso formale) che provengono dai controlli che vengono effettuati nei punti vendita e ristorazione collettiva nella verifica di sale iodato al Ministero della salute e all'ISS (Osservatorio nazionale iodoprofilassi)	100% Esistenza in ogni Regione di un percorso standardizzato e a regime di trasmissione dei dati relativi ai controlli effettuati nelle verifiche di sale iodato al Ministero della salute e all'ISS (Osservatorio nazionale iodoprofilassi)	Non rilevato	0	N. Aziende Usl	100% Aziende Usl	100% Esistenza in ogni AUsl di un flusso verso la RER di trasmissione dei dati relativi ai controlli effettuati	ASL regionali, Ministero della salute ed Istituto Superiore di Sanità	
11. Formare adeguatamente in merito alle tecniche e all'organizzazione del controllo ufficiale	10.11.1	Percentuale di personale formato per il corso base previsto dall'accordo, sul totale del personale afferente ai Servizi dell'Autorità competente	Per il miglioramento dell'attività di controllo ufficiale è necessario prevedere uno specifico percorso di formazione e mantenimento nel tempo di un'adeguata qualificazione degli addetti al controllo ufficiale/audit. L'accordo Stato Regioni del 7 febbraio 2013 stabilisce tre percorsi formativi distinti	100% del personale addetto al controllo ufficiale delle ACL e ACR è formato per il primo percorso (di approfondimento del pacchetto igiene) entro il 2018. 100% delle Regioni hanno programmato il mantenimento della formazione del personale precedentemente formato sugli argomenti del primo percorso	E' previsto che il monitoraggio dello stato di attuazione dell'accordo, e dunque della formazione in esso prevista, sarà effettuato a partire dal 2015. Pertanto il valore baseline nazionale sarà noto entro la fine del 2015; la rilevazione delle risorse umane destinatarie del primo percorso formativo verrà svolta nel 2015	90%	800	10%	99%	Tavolo Tecnico di Coordinamento istituito dall'Accordo 7 febbraio 2013	
12. Realizzare gli audit previsti dall'articolo 4, paragrafo 6, del regolamento CE 882/2004	10.12.1	Rendicontazione dell'attività di audit svolta	Nel caso in cui le autorità competenti regionali siano articolate in strutture organizzative differenti, per l'igiene e nutrizione e alimenti, da un lato, e Servizi veterinari, dall'altro, entrambi devono svolgere un'attività di audit nei settori di pertinenza. Inoltre tutte le autorità competenti locali devono aver ricevuto almeno un audit entro il 2018. L'indicatore è soddisfatto qualora l'attività di audit regionale, svolta (o sotto la propria responsabilità) da tutte le articolazioni organizzative regionali competenti in sicurezza alimentare e sanità pubblica veterinaria, qualora ve ne siano più di una: a) abbia garantito annualmente una copertura territoriale pari o superiore al 20% delle ASL b) ed una copertura annuale del 20% dei sistemi di controllo (SC) di cui al "Country Profile Italia" della Commissione europea (ad esclusione dei sistemi di controlli sulle importazioni e salute delle piante): - SC della salute animale - SC degli alimenti di origine animale - SC dei mangimi e della alimentazione degli animali - SC delle TSEs e dei sottoprodotti di origine animale - SC dei farmaci veterinari e residui - SC degli alimenti e dell'igiene generale - SC dei fitosanitari e dei loro residui - SC del benessere animale.	100% Tutte le articolazioni organizzative regionali competenti in sicurezza alimentare e sanità pubblica veterinaria hanno svolto attività di audit su tutte le autorità competenti locali (ASL) e hanno assicurato una copertura di tutti i sistemi di controllo di cui al "Country Profile Italia" della Commissione europea	Tutte le Regioni e Province Autonome svolgono audit sulle autorità competenti locali, ma ve ne sono alcune in cui non tutte le articolazioni organizzative regionali competenti in sicurezza alimentare e sanità pubblica veterinaria svolgono audit sulle ASL. Al momento tutte le Regioni si attengono al criterio di copertura. Entro il 2015 verrà misurato il grado di copertura del territorio e dei sistemi di controllo raggiunto fino ad oggi, tenendo conto dell'attività avviata dal 2014	10 audit effettuati		Ogni anno realizzati almeno n. 5 audit così da raggiungere nel triennio il 100% delle AUsl e la copertura dei SC	n. audit >5	indicatore AAJ1.4 (Adempimenti LEA)	