



Ministero della Salute

IL MINISTRO

VISTA la legge 13 novembre 2009, n. 172, recante “*Istituzione del Ministero della salute e incremento del numero complessivo dei Sottosegretari di Stato*”;

VISTO il decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri n. 59 dell’11 febbraio 2014 concernente il “*Regolamento di organizzazione del Ministero della salute*”, adottato ai sensi dell’articolo 2, comma 10, del decreto legge 6 luglio 2012, n. 95, convertito, con modificazioni, dalla legge 7 agosto 2012, n. 135;

VISTO il decreto legge 29 marzo 2004, n. 81, recante “*Interventi urgenti per fronteggiare situazioni di pericolo per la salute pubblica*”, convertito, con modificazioni, dalla legge 26 maggio 2004, n. 138, ed in particolare l’articolo 1, comma 1, lettera *a*), che istituisce presso il Ministero della salute il Centro nazionale per la prevenzione ed il controllo delle malattie (di seguito CCM);

VISTO il decreto del Presidente della Repubblica 28 marzo 2013, n. 44, recante “*Regolamento recante il riordino degli organi collegiali ed altri organismi operanti presso il Ministero della salute*” e in particolare l’articolo 9 che ha confermato, per tre anni, il CCM;

VISTO il decreto del Ministro della salute 17 gennaio 2018, e successive modifiche, con il quale è stata disciplinata, per la durata di tre anni, la composizione del Comitato Strategico e del Comitato Scientifico del CCM;

VISTO il decreto del Ministro della salute 18 settembre 2008, recante “*Ulteriori modifiche al decreto del Ministro della salute 1° luglio 2004 recante «Disciplina dell’organizzazione e del funzionamento del Centro nazionale per la prevenzione ed il controllo delle malattie (CCM)»*”;

VISTA la legge 30 dicembre 2018, n. 145, recante “*Bilancio di previsione dello Stato per l’anno finanziario 2019 e per il triennio 2019-2021*”;

VISTI gli articoli 16 e 17 del decreto legislativo 30 marzo 2001, n. 165, concernenti rispettivamente le funzioni dei dirigenti di uffici dirigenziali generali e dei dirigenti, e in particolare l’esercizio dei poteri di spesa degli stessi nelle materie rientranti nella competenza della propria Direzione generale o dell’Ufficio di livello dirigenziale non generale;

VISTO il decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 28 dicembre 2017, registrato dalla Corte dei Conti in data 6 febbraio 2018 Fgl. 286, con il quale è stato conferito al Dott. Claudio D’Amario l’incarico di Direttore generale della prevenzione sanitaria del Ministero della salute;

DATO ATTO che nello stato di previsione della spesa del Ministero della salute per l’anno 2019 il capitolo di bilancio n. 4393 denominato “*Spese per l’attività e il funzionamento, ivi comprese le spese di personale, del Centro nazionale per la prevenzione ed il controllo delle malattie, nonché per la stipula di apposite convenzioni con l’Istituto Superiore di Sanità, con l’Istituto superiore per la prevenzione e la sicurezza del lavoro (ISPESL), con gli Istituti zooprofilattici sperimentali, con le università, con gli istituti di ricovero e cura a carattere scientifico e con altre strutture di assistenza e di ricerca pubbliche e private, nonché con gli organi della sanità militare*”, riporta uno stanziamento pari a € 9.913.600,00 di cui € 8.447.600,00 ai sensi dell’articolo 1, comma 1, del richiamato decreto legge n. 81 del 2004;

DATO ATTO che il CCM opera in base ad un programma annuale di attività;

PRESO ATTO delle linee di intervento approvate dal Comitato Strategico nella riunione del 9 maggio 2019 sulla base delle quali la Direzione operativa del CCM ha predisposto una proposta di programma operativo successivamente approvata dal Comitato Strategico e dal Comitato Scientifico, nel medesimo giorno, in seduta comune;

RITENUTO pertanto necessario approvare il programma annuale di attività del CCM per l'anno 2019;

DECRETA

Art. 1

1. È approvato il programma di attività del Centro nazionale per la prevenzione ed il controllo delle malattie – CCM per l'anno 2019, di cui all'Allegato A al presente decreto, per un importo pari a € 8.447.600,00, fatte salve eventuali variazioni in aumento o in diminuzione, che graverà sul capitolo di spesa 4393 - articolo 1, comma 1, del richiamato decreto legge n. 81 del 2004, per l'esercizio finanziario 2019.
2. Il Direttore della Direzione Generale della Prevenzione Sanitaria del Ministero della Salute, in qualità di Direttore operativo del CCM, dà attuazione al Programma di cui al comma 1, secondo le modalità nello stesso indicate e con l'osservanza delle procedure previste dalle vigenti disposizioni in materia.
3. Il Direttore della Direzione Generale della Prevenzione Sanitaria del Ministero della Salute, previa informativa al Ministro e ai Comitati del CCM, con proprio decreto può assegnare con priorità all'ambito "Attività" dell'Area "Azioni centrali" le risorse residue disponibili a conclusione della valutazione dei progetti esecutivi nonché quelle relative agli ambiti "Personale" e "Funzionamento" della predetta Area "Azioni centrali".

Il presente decreto è trasmesso all'Ufficio Centrale di Bilancio presso il Ministero della Salute e alla Corte dei Conti per i controlli di rispettiva competenza.

Roma, 2 agosto 2019

Il Ministro
On. Giulia Grillo



Ministero della Salute



Centro Nazionale per la Prevenzione e il Controllo delle Malattie

PROGRAMMA 2019

Programma 2019

1. Premessa

Il Centro nazionale per la prevenzione e il controllo delle malattie (CCM) nasce con legge 26 maggio 2004, n. 138, come organismo di coordinamento tra le Istituzioni sanitarie centrali e quelle regionali per le attività di sorveglianza e prevenzione oltre che di risposta alle emergenze. Secondo il Decreto Ministeriale (DM) 18 settembre 2008, di ulteriore modifica all'organizzazione e al funzionamento del Centro nazionale per la prevenzione e il controllo delle malattie, il CCM opera in base ad un programma annuale di attività. Sulla base di tale programma, gli Enti partner presentano proposte di applicazione che, laddove approvati dai Comitati del CCM (Scientifico e Strategico), sono ammesse a finanziamento.

Il Decreto del Presidente della Repubblica del 28 marzo 2013, n. 44, recante "Regolamento recante il riordino degli organi collegiali e altri organismi operanti presso il Ministero della salute, ai sensi dell'articolo 2, comma 4, della legge 4 novembre 2010, n. 183", all'articolo 9, ha disciplinato la composizione e i compiti del Comitato strategico e del Comitato scientifico permanente del Centro nazionale per la prevenzione e il controllo delle malattie (CCM).

2. L'esperienza maturata

Come previsto dal citato DM 18 settembre 2008, le attività che il CCM è chiamato a svolgere sono: l'analisi dei rischi per la salute, la verifica con le Regioni dei piani di sorveglianza e di prevenzione attiva, il supporto ai sistemi nazionali di allerta e risposta rapida anche con riferimento al bioterrorismo, il disegno di programmi - anche a carattere di sperimentazione gestionale - di prevenzione primaria, secondaria e terziaria, la promozione di programmi di valutazione della performance sanitaria, la promozione dell'aggiornamento e della formazione del personale, funzionale all'attuazione del programma annuale di attività, il collegamento con altre realtà istituzionali e con altre realtà analoghe europee e internazionali, la diffusione delle informazioni.

Nell'ambito di tale attività il CCM supporta il Ministero della Salute anche nell'analisi del quadro epidemiologico, nell'identificazione e valutazione dei rischi per la salute umana derivanti da agenti infettivi, da condizioni ambientali e da fattori comportamentali, nell'individuazione delle misure di prevenzione e dei percorsi di continuità assistenziale e d'integrazione socio-sanitaria nonché nella verifica dell'attuazione dei piani nazionali di sorveglianza e di prevenzione. Il CCM, dalla sua nascita a oggi, si è sempre più orientato a un approccio globale ai temi della prevenzione delle malattie e della tutela della salute, attraverso una strategia mirata a contemperare le esigenze che nascono da un approccio scientifico e quindi anche settoriale ai problemi, con quelle "di sistema" e, cioè, di sostenibilità istituzionale, organizzativa ed economica.

Per quanto concerne l'operatività del CCM, nel corso del tempo, sono stati esplicitati i criteri di ammissibilità al finanziamento: valorizzazione delle proposte che si basino su evidenze, che siano facilmente attuabili nella pratica del SSN, che abbiano il carattere della macro-progettualità.

Nella realizzazione delle sue attività il CCM promuove le pratiche di eccellenza, *evidence based*, con lo scopo di diffondere i modelli operativi d'interventi di prevenzione che abbiano dato i migliori risultati e di condividere esperienze maturate rinforzando in tal modo la rete della prevenzione in Italia.

Le proposte, inoltre, devono rispondere a una logica volta a trasferire l'esecuzione, i risultati e fruibilità delle progettualità sul territorio dove i cittadini vivono e operano.

3. Enti partner

Il CCM è stato istituito al fine di contrastare le emergenze di salute pubblica legate prevalentemente alle malattie infettive e diffuse, nonché al bioterrorismo. Il DM 18 settembre 2008, recante la disciplina dell'organizzazione e del funzionamento del Centro, specifica le attività che il CCM è chiamato a svolgere. Dette attività si traducono in progetti direttamente applicabili e trasferibili sul territorio e che necessitano, pertanto, di un forte coordinamento tra il Ministero della salute e le Regioni, le quali, costituzionalmente, governano il Sistema sanitario nei propri ambiti territoriali e hanno la necessità di avere piena contezza degli interventi posti in essere sui propri territori, anche al fine di evitare possibili duplicazioni. L'esperienza maturata nei primi anni di attività ha mostrato come per rispondere efficacemente al ruolo di organismo di coordinamento tra il Ministero e le Regioni, individuato dalla norma, sia opportuno creare una stretta sinergia con le Regioni e con gli Enti centrali, in modo tale che il CCM possa effettivamente assicurare su tutto il territorio le attività di sorveglianza, prevenzione e risposta tempestiva alle emergenze. A partire dal programma 2009, si è pertanto ritenuto opportuno intensificare il rapporto tra Ministero, Regioni ed Enti centrali, coinvolgendo questi ultimi in un processo di selezione degli interventi. Ogni soggetto individuato dalla legge istitutiva del CCM può, di fatto, partecipare alla realizzazione dei progetti come unità operativa, nel rispetto della normativa vigente, ma dietro avallo della Regione competente. Ciò ha consentito di ridurre la realizzazione di microprogetti e di attuare delle proposte che vedono il coinvolgimento di più Regioni le quali, attraverso un processo di networking, esportano in contesti differenti modelli prototipali *evidence based*, che possono in futuro integrarsi nel sistema sanitario regionale e/o nazionale. Tale aspetto è molto importante ed è ciò che, di fatto, diversifica il CCM, rendendolo in qualche modo unico nel panorama sanitario, poiché è chiamato ad attuare progetti che non siano di ricerca ma efficaci modelli di intervento già sperimentati, basati su evidenze scientifiche. Ciò in qualche modo circoscrive e seleziona naturalmente gli Enti che, anche come unità operative, possono partecipare ai progetti e conferma la necessità di individuare, quali Enti partner, quelle strutture sanitarie che hanno la possibilità di "controllare" il territorio e di tradurre in cornici istituzionali gli interventi realizzati, ovvero le Regioni e gli Enti centrali. Gli Enti partner chiamati a presentare proposte di progetto sono dunque: le Regioni e Province autonome, l'Istituto Superiore di Sanità (ISS), l'Istituto Nazionale per l'Assicurazione contro gli Infortuni sul Lavoro (INAIL), l'Istituto Nazionale per la promozione della salute delle popolazioni Migranti e per il contrasto delle malattie della Povertà (INMP) e l'Agenzia Nazionale per i servizi sanitari regionali (AGENAS).

4. Impianto del programma 2019 e finanziamento (tabella 1)

Per il programma 2019 il Comitato Strategico ha confermato la suddivisione in due ambiti operativi: Area Progettuale e Area Azioni Centrali.

Per l'area progettuale, i partner istituzionali del CCM, di cui al precedente punto 3, sono chiamati a presentare, come per le scorse annualità, proposte attuative negli ambiti individuati sulla base delle priorità definite dal Comitato Strategico del CCM.

AREA PROGETTUALE

Tenuto conto delle indicazioni del Comitato Strategico e in coerenza con quanto disposto dalla direttiva generale per l'attività amministrativa e la gestione, emanata dal Ministro della Salute il 27/02/2019, che individua le linee programmatiche, gli indirizzi generali per l'attività e la gestione del Ministero della Salute la Direzione Operativa, per l'anno 2019, propone di individuare delle linee di intervento che siano conformi al programma di Governo e rappresentino per esso una priorità strategica, siano rilevanti per la sanità

pubblica (anche in termini di numerosità e proporzione di popolazione potenzialmente beneficiaria) e presentino elementi, procedure e azioni la cui evidenza di efficacia possa far prevedere un impatto misurabile e una trasferibilità sul territorio.

Inoltre, si ritiene opportuno definire dette linee di intervento in modo tale che siano coerenti con i Piani nazionali in via di attuazione così da sostenere i soggetti interessati, in primis le Regioni, nella loro realizzazione.

Rimane inteso che al fine di rendere più efficiente l'attività della pubblica amministrazione non saranno riproposte azioni già individuate negli ultimi programmi CCM e per le quali risultano ancora in corso progetti esecutivi.

In particolare, anche con il programma CCM 2019, si intende continuare a dare supporto alle Regioni nell'attuazione del Piano Nazionale della Prevenzione (PNP) 2014-2018, approvato con intesa Stato Regioni del 13 novembre 2014 e prorogato al 2019 con intesa Stato Regioni del 27 dicembre 2017, che ha delineato 10 macro obiettivi a elevata valenza strategica, sui quali le Regioni hanno programmato interventi nei propri territori (Piani Regionali della Prevenzione – PRP), puntando su un approccio il più possibile intersettoriale e sistematico, nonché in prospettiva dell'adozione del PNP 2020-2015. Per il 2019, il programma CCM offre l'opportunità di sviluppare interventi mirati negli ambiti delle patologie trasmissibili e di quelle non-trasmissibili.

Vengono, inoltre, identificate alcune azioni di sistema utili alla programmazione di azioni di promozione della salute e di prevenzione in aree di intervento di particolare interesse e innovative.

Le **patologie trasmissibili** costituiscono da sempre un importante problema sanitario e sociale e in particolare, in questo ambito, la Direzione Operativa intende dare supporto a temi di grande rilevanza anche internazionale sui quali la stessa Organizzazione Mondiale della Sanità ha richiamato tutti i Paesi ad attuare strategie di prevenzione e controllo, quali le infezioni sessualmente trasmesse (IST), e la sorveglianza entomologica di vettori di arbovirus.

- Le infezioni sessualmente trasmesse (IST) costituiscono un vasto gruppo di malattie infettive molto diffuse in tutto il mondo che possono essere causa di sintomi acuti, infezioni croniche e gravi complicanze a lungo termine per milioni di persone ogni anno e le cui cure assorbono ingenti risorse economiche. Notoriamente, le IST sono strettamente associate all'infezione da HIV attraverso una sinergia epidemiologica che ne rafforza la diffusione reciproca; le persone con IST costituiscono una popolazione ad alto rischio di acquisire o trasmettere l'HIV attraverso le lesioni di continuo presenti a livello genitale, tanto da indurre l'OMS a raccomandare l'offerta del test HIV a tutte le persone con una IST. È pertanto di cruciale importanza poter monitorare e controllare la diffusione delle IST in modo da agire parallelamente sulla prevenzione dell'HIV. In linea con le indicazioni internazionali del OMS “Global health sector strategy on HIV, 2016-2021” è stato redatto ‘Il Piano Nazionale di interventi contro l'HIV e AIDS (PNAIDS)’. Il Piano evidenzia l'importanza, ove i contesti epidemiologici lo richiedano, della organizzazione di centri dedicati alla prevenzione delle Infezioni Sessualmente Trasmesse con il compito di facilitare l'emersione delle patologie, e attivare una rapida attività di sorveglianza controllo e prevenzione nonché di presa in carico terapeutica. Nella sua strategia l'OMS ha proposto 5 direzioni strategiche precise in un quadro caratterizzato da copertura sanitaria universale, approccio di salute pubblica che include gratuità nell'accesso al test e integrazione dei servizi. Nell'ambito di queste direzioni, grande attenzione è data agli interventi ad alto-impatto nella integrazione dei servizi per le IST e l'HIV, all'approccio mirato ai bisogni, alle caratteristiche dell'epidemia “locale” e delle differenti

popolazioni e, infine, ai modelli integrati, sostenibili e innovativi, anche dal punto di vista tecnologico, che possano massimizzare l'impatto degli interventi. Rimuovere le barriere all'accesso ai servizi per le IST, dalla prevenzione alla cura, è un punto centrale della strategia.

- Le malattie trasmesse da vettori rappresentano un importante problema di sanità pubblica: l'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) stima che ogni anno causino oltre 1 miliardo di casi umani ed 1 milione di morti. In Italia sono presenti sia malattie trasmesse da vettori autoctone, come la malattia di West Nile che lo scorso anno ha causato oltre 570 casi di infezione nell'uomo con 230 forme neuroinvasive e 42 decessi, sia malattie trasmesse da vettori prevalentemente di importazione, come Chikungunya, Dengue e Zika. Sempre più spesso, tuttavia, sia a livello nazionale che internazionale, le malattie trasmesse da vettori causano focolai urbani, le cui dimensioni sono notevolmente aumentate dalla concentrazione della popolazione. Proprio in seguito ai ritrovamenti a livello europeo di *Aedes aegypti*, zanzara in grado di trasmettere arbovirus come quelli di Dengue, Chikungunya e Zika, sia l'ECDC che l'OMS hanno ribadito la necessità di rafforzare la sorveglianza entomologica e le attività di controllo di questo vettore in tutta Europa, per evitare la sua diffusione nei Paesi continentali, da zone più esterne. Poiché non esistono vaccini e le misure di contrasto ai vettori sono di limitata efficacia, è importante affiancare misure ambientali e di prevenzione personale, considerando che in molte realtà, la maggior parte delle aree verdi è di proprietà privata. Le aree verdi svolgono un ruolo fondamentale nella promozione della salute della popolazione, è necessario, tuttavia che vengano gestite correttamente, per evitare che possano facilitare la proliferazione di insetti vettori. In questo contesto, la rete Città Sane dell'OMS propone un approccio intersettoriale che coinvolge i diversi settori del comune come le ASL, la scuola, le università, il terzo settore e privati, promuovendo politiche che abbiano una ricaduta positiva sulla salute dei cittadini e dell'ambiente e favorendo inoltre la conoscenza e lo scambio di buone pratiche, nonché l'adozione di comportamenti corretti da parte di cittadini, condomini, e scuole.

Le **patologie non-trasmissibili** secondo i dati dell'Organizzazione mondiale della sanità, causano in Europa circa il 90% dei decessi e l'84% della perdita di anni di vita in buona salute. Anche in Italia le malattie croniche costituiscono la principale causa di morte e rappresentano attualmente il principale "carico" per il Sistema Sanitario. L'attuale rilevante peso epidemiologico, sociale ed economico delle malattie croniche, peraltro, tenderà ad aumentare nei prossimi anni a causa del progressivo invecchiamento della popolazione, con conseguente incremento del numero di soggetti con ridotta autonomia, scarsa inclusione sociale e minore partecipazione alla vita attiva. In coerenza con quanto disposto dal PNP 2014-2018 che ha individuato, tra i suoi macro-obiettivi, quello di "Ridurre il carico prevenibile ed evitabile di morbosità, mortalità e disabilità delle malattie non-trasmissibili", si ritiene opportuno proporre linee operative tese alla prevenzione delle malattie croniche legate all'ambito professionale, all'inquinamento atmosferico e al cambiamento climatico, all'implementazione di nuovi modelli di intervento intersettoriali, finalizzati all'ottimizzazione di interventi rivolti alla promozione di stili di vita salutari, e alla gestione clinica e riduzione del rischio di recidive e complicanze delle principali patologie cronico-degenerative.

- Gli infortuni sul lavoro accaduti e denunciati all'INAIL nel 2017 (ultimo anno disponibile), al netto di quelli occorsi a studenti, casalinghe e marittimi, sono stati 561 mila, in media 1.536 al giorno. Le denunce con esito mortale sono state 1.135, poco più di 3 al giorno. L'interruzione di una serie storica virtuosa che vedeva in calo gli infortuni sul lavoro può trovare giustificazione nella precarietà del lavoro, nella mancanza di adeguata formazione per i lavoratori socialmente più deboli (giovani, stranieri), nell'invecchiamento della popolazione esposta al rischio. Il mondo del lavoro che cambia richiede nuove strategie di

prevenzione. La maggior parte delle malattie professionali, nel 2017, riguarda la gestione assicurativa dell'industria e servizi (79%) che tutela un'ampia fascia di lavoratori; il 20% l'agricoltura e l'1% i dipendenti per conto dello Stato. Nel quinquennio 2013-2017, l'agricoltura ha in particolare registrato l'incremento più significativo. Il lavoratore agricolo - forestale risulta, infatti, esposto a una serie di rischi, in primis l'utilizzo di macchine e attrezzature non conformi (secondo i dati INAIL la maggiore causa di infortunio, sia mortale sia grave, è dovuta al trattore, seguito da motocoltivatori e motozappatrici), l'esposizione ad agenti fisici e chimici, questi ultimi sempre più utilizzati in agricoltura, e, infine, il rischio dovuto dalla movimentazione manuale di carichi. In tale ambito appare, pertanto, importante agire per ridurre il numero di infortuni, monitorare eventuali fenomeni emergenti e avanzare proposte di prevenzione che siano più rispondenti possibili ai nuovi scenari e contesti di lavoro.

- La salute e la qualità della vita dipendono in modo determinante dalle condizioni climatiche e dell'ambiente di vita e di lavoro, in particolare nelle aree urbane. L'aumento delle temperature e i sempre più frequenti eventi climatici estremi, come le ondate di calore, avranno significative ricadute sul benessere e la salute della popolazione residente nei centri urbani, soprattutto su specifici sottogruppi di popolazione a maggior rischio, come le persone anziane con patologie croniche. Le temperature elevate possono provocare impatti sulla salute in termini di incrementi di mortalità, di ricoveri in ospedale e di aumento degli accessi in pronto soccorso, ma anche impatti negativi sulle condizioni di socialità della popolazione residente nelle città, a causa della minore frequentazione di aree pubbliche e luoghi di incontro ("Isola di Solitudine Urbana"). Una delle problematiche su cui si sta recentemente concentrando l'attenzione degli esperti di sanità pubblica e degli urbanisti, nella prospettiva di migliorare vivibilità e benessere dei cittadini, è il fenomeno dell'"Isola di Calore Urbano" (Urban Heat Island – UHI), che consiste in un significativo incremento della temperatura nell'ambito urbano rispetto alle aree rurali circostanti, dovuto soprattutto ai materiali che costituiscono le superfici urbane e il modello di pianificazione e uso del territorio, alle attività industriali, al traffico veicolare, agli impianti di riscaldamento e condizionamento, all'inquinamento atmosferico; alla scarsità di vegetazione nei centri urbani. È prevedibile un aumento nei prossimi anni dell'effetto di tale fenomeno, collegato direttamente al riscaldamento globale, in conseguenza del costante aumento della popolazione urbana. Appare, pertanto, opportuno promuovere la pianificazione dei centri urbani in maniera più verde e sostenibile e creare una sensibilità comune sui rischi conseguenti al fenomeno dell'Isola di calore Urbano e le sue ricadute sulla vivibilità delle città e benessere dei cittadini.
- L'invecchiamento progressivo della popolazione italiana, con l'aumento dell'aspettativa di vita, non sempre si accompagna a un aumento degli anni di vita in buona salute in quanto cambiano le condizioni di salute, i ruoli familiari e sociali e il reddito. Accanto agli anziani attivi e in buona salute vi sono quelli non autosufficienti e, in generale, gli anziani sono una delle categorie più colpite dalla povertà e più esposte a fenomeni di esclusione sociale, isolamento e abbandono, con una qualità di vita bassa, malattie cronico-degenerative e invalidanti molto diffuse. Inoltre, sebbene in molte realtà siano diffusi servizi dedicati, la crisi economica degli ultimi anni ha avuto un forte impatto soprattutto sugli anziani. In particolare, la popolazione anziana che vive in territori isolati o disagiati, quali zone rurali o montane, può avere grande difficoltà ad accedere a interventi del sistema sanitario e di

welfare volti a migliorarne la salute e il benessere. Pertanto, l'organizzazione in tali comunità di una rete di professionisti (medico di medicina generale, infermiere di famiglia/comunità e/o farmacista di comunità) che, nell'ambito delle rispettive competenze, possano riconoscere i bisogni di salute e sociali dell'anziano e individuare soluzioni operative per facilitare il raccordo con i servizi socio-sanitari e le strutture di sostegno (privato sociale, reti informali, ecc.), può contribuire a migliorare la salute e la qualità della vita degli anziani, in particolare dei soggetti più fragili.

- Il documento “Indirizzi di policy integrate per la Scuola che Promuove Salute”, approvato dalla Conferenza Stato-Regioni con Accordo del 17 gennaio 2017, nel considerare la “Promozione della salute” come proposta educativa continuativa e integrata lungo tutto il percorso scolastico, ribadisce la necessità che la Scuola che promuove salute adotti un approccio globale rivolto a tutti gli studenti, alle loro famiglie, al personale docente e non, finalizzato a sviluppare le competenze individuali di tutti i componenti della comunità scolastica, nonché a migliorarne l'ambiente fisico e sociale, aprendosi al territorio e rafforzando la collaborazione con la comunità locale. La Scuola si configura, infatti, come “ambiente favorevole alla salute” se tutti gli ambiti che la caratterizzano (formativo, sociale, fisico, organizzativo) sono sviluppati per affrontare i fattori di rischio e i determinanti di salute in un'unica visione, integrata nel processo formativo, in cui si combinano interventi di contesto e cambiamenti a livello individuali e collettivo. In questo contesto, la collaborazione intersettoriale con l'Ente locale (comune) rende possibile anche lo sviluppo di azioni di promozione dell'attività fisica attraverso la riorganizzazione delle modalità di accesso a scuola e di riqualificazione delle pertinenze esterne delle scuole, da definire con il coinvolgimento di tutta la comunità scolastica (studenti, famiglie, docenti, personale non docente) e di altri stakeholder di riferimento del territorio (Associazioni locali, Enti di promozione sportiva, ecc.). Esperienze in tal senso, già realizzate in alcuni contesti locali, possono essere integrate e sperimentate in altri territori, definendo un modello di intervento trasferibile
- Le malattie parodontali, che hanno un'influenza negativa non solo su lo stato di salute orale ma anche su quello generale di ciascun individuo, causano gravi menomazioni funzionali, fonatorie ed estetiche e sono la causa principale di perdita di denti negli adulti. Sono causate da alcuni batteri specifici che provocano un'intensa risposta infiammatoria locale e colpiscono con particolare gravità soggetti suscettibili per ragioni legate alla genetica e agli stili di vita (ad esempio il fumo e le abitudini legate all'igiene orale domiciliare). Sono più frequenti nei segmenti disagiati della società e, in particolare, nei soggetti che hanno difficoltà ad aver accesso ai servizi preventivi e alle cure odontoiatriche. Alcune malattie sistemiche, come il diabete non controllato, possono aumentarne il rischio di sviluppo e progressione. Recentemente si è notato che le parodontiti possono provocare cambiamenti a livello dell'intero organismo. Numerosi studi clinici e sperimentali hanno evidenziato la presenza di una forte associazione fra le parodontiti e alcune malattie sistemiche, in particolare malattie cardiovascolari, diabete, patologie polmonari e complicanze della gravidanza. Il riscontro che le malattie parodontali possono avere effetti sistemici diretti (tramite la disseminazione di batteri patogeni) o indiretti (tramite il contributo all'infiammazione sistemica) rappresenta la base teorica per comprendere e studiare la relazione tra parodontite e malattie generali. Non tutti gli studi pubblicati sono concordi nel rilevare questo nesso, rendendo ancora incerta la presenza di una sicura causalità. Pertanto,

alla luce di quanto sopra, sembra opportuno mettere in atto adeguati percorsi diagnostico-terapeutici condivisi, validati e controllati per pazienti con sospette/conclamate malattie parodontali, specie in condizioni di bisogni speciali, che possano garantire una corretta presa in carico. Ciò coinvolgendo più figure sanitarie, dall'igienista dentale all'odontoiatra, al cardiologo, al diabetologo, al medico di medicina generale e a quanti altri coinvolti nella gestione clinica di eventuali concomitanti malattie sistemiche.

Nell'ambito delle **azioni di sistema**, infine, il programma CCM 2019 intende sostenere interventi innovativi, quali il miglioramento della rete assistenziale per la donna in menopausa, l'implementazione di modelli d'intervento per la gestione delle situazioni di cronicità nei soggetti vulnerabili ad alta complessità assistenziale, con particolare riferimento ai bambini che presentano alla nascita patologie complesse e negli ambiti delle patologie correlate al rafforzamento dei servizi socio sanitari e alla promozione della salute mentale correlata alle nuove forme di dipendenza da internet, soprattutto nella fascia giovanile.

- La tutela e la promozione della salute della donna sono considerate un importante investimento per il miglioramento dello stato di salute del Paese, un obiettivo importante, il cui raggiungimento richiede una strategia di azioni intersettoriali. Infatti, la salute della donna viene perseguita non solo attraverso la promozione del benessere riproduttivo, l'assistenza nel percorso nascita e la salute della mamma con il suo bambino, ma anche con un approccio alla salute che riguarda tutta la vita, dall'infanzia e adolescenza fino alla menopausa e alla senescenza. Mettere le donne al centro della salute può portare a cambiamenti e azioni intersettoriali con un rafforzamento nella *governance* per la salute e un conseguente miglioramento dello stato di salute del Paese. A tal fine, tutti gli altri operatori sanitari sono chiamati ad ampliare le proprie competenze e a inscrivere la propria professionalità nel più vasto contesto della salute integrale della persona. Le donne rappresentano oltre il 50% della popolazione nella Comunità Europea, la quota maggiore della popolazione italiana, specialmente di quella anziana e hanno una più lunga aspettativa di vita, mediamente 6 anni di più rispetto alla media maschile. Quindi, è impegno prioritario garantire loro una vita più lunga ma in buone condizioni di salute. Un elemento fondamentale è quello di migliorare la rete territoriale di assistenza alla donna e impostare uno stretto rapporto con le strutture ospedaliere, al fine di integrare le attività di tutti gli operatori che svolgono un ruolo per la salute e il benessere della donna nei suoi vari aspetti. Ciò può essere realizzato mediante l'elaborazione di protocolli operativi condivisi da tutti, basati sull'evidenza scientifica, che possano indurre gli operatori sanitari a ricercare, in modo integrato, coordinato e continuativo, soluzioni efficaci sul piano dei risultati attesi e che prendano in considerazione anche, nell'accezione della presa in carico, la continuità assistenziale.
- Con i progressi della medicina e della chirurgia si è assistito a una riduzione della mortalità e a un incremento della morbilità a medio e lungo termine in tutte le fasce d'età, in particolare nei bambini che presentano alla nascita patologie complesse. Per rispondere in maniera adeguata ai bisogni di salute, caratterizzati da una crescente complessità derivante dall'aumento delle cronicità, dall'invecchiamento della popolazione, dalla denatalità e dall'emergere di nuovi bisogni sociali, conciliando le esigenze di equità, accesso ai servizi e solidarietà con il quadro delle risorse disponibili e sostenendo in particolare modelli organizzativi attenti allo sviluppo di reti integrate, approccio multidisciplinare, integrazione sociosanitaria, occorre individuare modelli di intervento per la presa in carico che

favoriscano una collaborazione multidisciplinare nei diversi setting (ospedale, territorio, cure primarie), così da ottenere una gestione assistenziale integrata e condivisa, con conseguente miglioramento dell'assistenza erogata e un minore carico assistenziale per la famiglia. Ciò può favorire anche la riduzione dei ricoveri inappropriati, degli accessi in pronto soccorso e della degenza media ospedaliera, quest'ultima grazie anche alla possibilità di attuare dimissioni protette. Inoltre, in coerenza con la prospettiva di perseguire maggiore omogeneizzazione dei servizi sul territorio e garantire universalismo ed equità nell'accesso al SSN, attraverso la diffusione di tali modelli d'intervento si potrà favorire la riduzione della variabilità regionale, che oggi caratterizza l'assistenza territoriale nel nostro Paese, e avviare un percorso condiviso di riqualificazione e armonizzazione dei servizi.

- La tutela della salute mentale della popolazione costituisce uno degli aspetti più rilevanti nel campo della sanità pubblica, anche in considerazione del fatto che, negli ultimi anni, accanto alla diffusione di disturbi psichici classici, si è assistito al progressivo emergere di nuovi bisogni, in uno scenario sociale e sanitario profondamente mutato, con criticità nuove sia per l'età adulta sia per l'infanzia e l'adolescenza. Il Piano Nazionale di Azioni per la salute Mentale del 2013 rappresenta il quadro nel cui ambito si sono sviluppate le azioni di indirizzo più recenti. Esso stabilisce le principali linee di attività, che tuttavia sono state implementate in maniera estremamente disomogenea nelle diverse Regioni italiane. Pertanto, a tutt'oggi, in particolare i disturbi dell'umore, la prevenzione del suicidio, i disturbi di personalità, così come i bisogni di salute mentale necessitano dell'urgente adozione e implementazione di specifiche linee per una precoce diagnosi e presa in carico, con adeguati percorsi terapeutico-riabilitativi, da attuarsi in modo omogeneo sul territorio nazionale. Inoltre, tutto l'ambito delle dipendenze da sostanze e comportamentali, considerata la frequentissima comorbilità con i disturbi mentali, specialmente in età giovanile, ha bisogno di essere affrontato con protocolli operativi che coinvolgano le Regioni italiane in modo non frammentario. A questo riguardo, particolare attenzione va rivolta alla prevenzione dell'uso in gravidanza di alcol, che può causare una serie di disturbi in età perinatale (prematilità alla nascita, sindromi di astinenza ecc.) e un alterato sviluppo psicofisico in epoche successive (Spettro dei disturbi feto alcolici e Sindrome alcolico-fetale, la sintomatologia più grave dello spettro con danni fisici e mentali permanenti). Il crescente fenomeno del *binge-drinking* tra gli adolescenti e l'assunzione di stili di consumo "maschili" da parte delle ragazze in età fertile, esigono, infatti, che sia effettuata un'adeguata prevenzione dell'abuso di alcol.

In sintesi, il Programma propone, dunque, le seguenti aree e ambiti:

✓ **Aree del Piano Nazionale di Prevenzione**

- Patologie trasmissibili

1. Attivare esperienze di screening gratuiti delle IST sulla popolazione target
2. Esperienze pilota di prevenzione e controllo integrato dei vettori di arbovirosi anche in collaborazione con alcuni Municipi della rete Città Sane dell'OMS

- Patologie non trasmissibili

3. Lavoro agricolo-forestale tra infortuni gravi e mortali e malattie professionali: prevenzione del rischio fisico, chimico, da movimentazione manuale dei carichi e da utilizzo di macchine e attrezzature non conformi.
4. Clima e salute in città: il progetto degli spazi aperti come strategia per la mitigazione dell'impatto sulla salute del cambiamento climatico e della vivibilità dell'habitat urbano.
5. Sperimentazione di interventi di comunità per la promozione della salute e del benessere della popolazione anziana delle aree interne/disagiate delle Regioni, anche attraverso il raccordo tra medico di medicina generale, infermiere e farmacia di comunità.
6. Sostegno all'attuazione del modello delle scuole che promuovono salute, con particolare riferimento alla collaborazione intersettoriale con la comunità locale e i Comuni per la promozione dell'attività fisica per la realizzazione di interventi di riorganizzazione delle modalità di accesso a scuola e di riqualificazione delle pertinenze esterne delle scuole (*playground marking*).
7. Salute orale e patologie croniche non trasmissibili, con particolare riferimento al paziente odontoiatrico con bisogni speciali, vulnerabilità sociale e sanitaria.

✓ **Azioni di sistema**

8. Modelli di miglioramento della rete assistenziale per la donna in menopausa attraverso percorsi agevolati e protocolli operativi integrati territorio-ospedale, anche al fine di rendere appropriata e di qualità la cura delle patologie cronico degenerative della donna in menopausa.
9. Implementazione di modelli d'intervento per la gestione delle situazioni di cronicità nei soggetti vulnerabili ad alta complessità assistenziale, valorizzando l'integrazione ospedale-territorio e dei servizi sociali, sanitari e socio-sanitari.
10. Salute mentale e dipendenze con particolare riguardo alla Sindrome feto-alcolica.

AZIONI CENTRALI

Per le azioni centrali si ritiene opportuno mantenere la suddivisione, come per i precedenti programmi, in tre ambiti:

- Funzionamento
- Personale
- Attività

Tale area, funzionale alla pratica operatività del CCM, comprende ambiti di intervento direttamente gestiti dal Ministero. In particolare, nell'area del funzionamento afferiscono le spese di rappresentanza e per le riunioni istituzionali, le spese per l'organizzazione di incontri/eventi informativi e/o formativi anche a carattere internazionale quali il GHSA e il GHSI, nonché i costi per l'eventuale acquisto di materiale di cancelleria, riviste, libri e apparecchiature informatiche, servizi di traduzione e revisione. Sempre in tale ambito vengono garantite la gestione ed implementazione di piattaforme web e del sito CCM (www.ccm-network.it), il servizio "1500" del Ministero della salute, dedicato alle emergenze sanitarie e il supporto ai numeri di pubblica utilità dedicati alle dipendenze e gestiti dall'ISS, quali il Telefono Verde contro il fumo e il Telefono verde Nazionale contro il Gioco d'Azzardo Patologico. Sotto la voce relativa al personale sono, invece, ricomprese le spese di missione, il rimborso per il personale comandato da altre

amministrazioni e operante nel Centro, nonché i corsi di formazione e aggiornamento, anche linguistico, rivolti al personale operante nel Centro e al personale degli uffici periferici (USMAF-SASN), direttamente coinvolti negli interventi volti ad affrontare le emergenze. Infine, nell'area delle attività vengono ricondotti interventi direttamente gestiti dal Ministero, che si traducono in accordi di collaborazione siglati per lo più con gli Enti centrali (ISS, INAIL, INMP, AGENAS) e volti alla realizzazione di progetti di sistema, aventi natura strategica e non riconducibili alle linee dell'area progettuale, ma coerenti con esse e in grado di rafforzare gli interventi in esse avviati.

Nello specifico, per il corrente anno, si confermano tutte quelle attività indispensabili per assicurare una pronta risposta alle emergenze, ovvero l'implementazione, il mantenimento e la gestione del deposito nazionale antidoti, per la risposta sanitaria a offese di tipo chimico da atti di terrorismo, e le attività di difesa civile nel settore nucleare, biologico, chimico e radiologico (NBCR), nonché il sostegno alla rete USMAF/SASN, quale primo punto di risposta alle emergenze sanitarie.

Tra le attività delle azioni centrali si intende confermare il sostegno del CCM alla Gard Internazionale, l'Alleanza Globale per il contrasto alle malattie respiratorie e il supporto al Piano operativo nazionale per la prevenzione degli effetti sulla salute delle ondate di calore e per la qualità dell'aria (inquinamento atmosferico e pollini) basato su allertamento, monitoraggio ambientale, sorveglianza sanitaria, valutazione dell'impatto sanitario, comunicazione del rischio, formazione degli operatori sanitari e sensibilizzazione degli stakeholders del sistema sanitario ed ambientale.

Nell'ambito delle malattie trasmissibili si intende sostenere un progetto per valutazione della sieroprevalenza del West Nile Virus (WNV) su un campione di donatori di sangue ed emocomponenti, organi, cellule e tessuti, rappresentativo dell'intero territorio nazionale, prelevati nei mesi dell'anno in cui non vi è evidenza di circolazione virale (novembre-maggio), e coinvolgerà sia le aree affette sia le aree a oggi non interessate da casi di positività per WNV. Ciò consentirà sia di perseguire gli obiettivi di qualità e sicurezza del Sistema trasfusionale e trapiantologico nazionale, sia di pervenire ad un miglioramento delle conoscenze epidemiologiche sulla diffusione del WNV su tutto il territorio nazionale.

Anche a seguito delle numerose epidemie di origine alimentare, da acqua e in comunità (asili nido) verificatisi in Italia negli ultimi 5 anni, si ritiene opportuno sostenere delle azioni mirate a ridurre l'impatto di salute delle infezioni da E. coli produttore di Shigatossina (STEC) nella popolazione pediatrica e a promuovere dei programmi di controllo One-Health del rischio epidemico da STEC.

In considerazione dell'adesione del nostro Paese alla dichiarazione END TB condivisa a livello internazionale il 16-17 novembre 2017 a Mosca e ribadita nel corso della sessione dell'73a Assemblea Generale di alto livello degli Stati Uniti sulla Tuberculosis (TB), tenutasi a New York il 26 settembre 2018, si rende necessario, per una corretta attuazione degli interventi di prevenzione e controllo della malattia e per la definizione di indicatori idonei al monitoraggio degli stessi, un aggiornamento delle indicazioni nazionali sul controllo della TB per quanto riguarda il sistema di sorveglianza, il monitoraggio degli screening, la diagnosi e il trattamento dell'infezione, la gestione dei pazienti con tubercolosi multi-resistente, la gestione del trattamento della TBC in pazienti con infezione da HIV e la problematica della tubercolosi latente. Infine, sempre nell'ambito della sorveglianza di malattie trasmissibili, appare necessario procedere all'implementazione di sistemi di sorveglianza delle infezioni correlate all'assistenza sanitaria (ICA), il cui impatto clinico-economico secondo un recente rapporto dell'OMS è davvero rilevante. La Decisione n. 1082/2013/UE del Parlamento Europeo considera la resistenza antimicrobica e le ICA come gravi minacce per la salute a carattere transfrontaliero. Anche il Piano Nazionale di Contrasto dell'Antimicrobico-Resistenza (PNCAR) 2017-2020 individua il controllo delle infezioni ospedaliere come un elemento critico per il contrasto all'antimicrobico-resistenza, limitando il prolungamento delle degenze e l'uso di antibiotici. A livello europeo nel 2008 l'ECDC ha avviato una sorveglianza europea delle ICA (HAI-Net), che comprende diverse entità, per cui di fatto, per poter ottemperare al debito informativo

annuale nei confronti dell'ECDC attraverso il sistema TESSy (The European Surveillance System) sono necessarie diverse sorveglianze, quali: sorveglianza delle infezioni del sito chirurgico (ISC), sorveglianza delle infezioni in Terapia Intensiva (TI), studio di prevalenza delle infezioni in ospedali per acuti, studio di prevalenza delle infezioni nelle strutture residenziali per anziani, sorveglianza delle batteriemie da Enterobatteri produttori di carbapenemasi, sorveglianza delle infezioni causate da *Clostridium difficile* e da *Stafilococcus aureus* meticillino-resistente (MRSA). In Italia sono attualmente assenti sorveglianze nazionali dedicate alle ICA a carattere istituzionale e di tipo attivo. Pertanto, si intende colmare questo vuoto promuovendo lo sviluppo di diversi sistemi nazionali di sorveglianza delle ICA, seguendo le raccomandazioni dell'ECDC.

Relativamente ai programmi di screening appare opportuno sostenere iniziative che tengano conto dei nuovi contesti ed in particolare del nuovo quadro normativo e delle evoluzioni tecnologiche che interessano tale ambito. Il DPCM 3 febbraio 2017 concernente i nuovi Livelli Essenziali di Assistenza, prevede per gli Screening oncologici la "Promozione della partecipazione consapevole e rendicontazione sociale", per il cui adempimento avente un forte carattere di innovatività appare necessario fornire alle Regioni delle linee-guida sulla rendicontazione sociale dei programmi di screening, che possano essere utilizzate dalle ASL sul territorio.

Sempre relativamente agli screening, a seguito dei recenti dati disponibili sulla efficacia clinica dello screening polmonare con TAC a bassa dose (LDCT), nella prospettiva di una successiva valutazione HTA, si ritiene opportuno indirizzare e governare con uno specifico progetto pilota il lavoro dei servizi sanitari regionali su tale tematica, definendo per esempio le modalità e gli strumenti di arruolamento, i criteri per la partecipazione di centri di qualità diagnostica terapeutica multidisciplinari (PDTA), il sistema di integrazione con la prevenzione primaria, il processi di formazione del personale sanitario dedicato.

Il "Piano per l'innovazione del sistema sanitario basata sulle scienze omiche" (cd Piano genomica) di cui all'Intesa Stato-Regioni del 26/10/17 (G.U. 17 gennaio 2018), prevede che il CCM sostenga le cosiddette azioni centrali o di sistema del Piano stesso. Per il corrente anno si intende dare supporto alla costituzione di un network HTA. Il piano stesso riconosce, infatti, come elemento cruciale la valutazione HTA delle nuove tecnologie disponibili in questo campo. Questa importanza è ribadita sia sul piano tecnico-scientifico sia su quello della *governance*, tant'è che viene espressamente postulato la organizzazione di un *network* fra i centri esperti di HTA nel campo delle scienze omiche al fine di affrontare con le necessarie conoscenze tutti gli aspetti della programmazione e valutazione delle nuove tecnologie e arrivare all'inserimento di tale *knowledge* nella pratica del sistema sanitario. L'assetto stabilizzato di una idonea capacità di HTA costituisce quindi un *asset* indispensabile del sistema Paese. La prospettiva di una struttura di *network* è intesa a garantire disponibilità di risorse tecniche adeguate (strutture in *networking*: università, Enti centrali di ricerca, strutture qualificate del SSN) e di flessibilità tecnico-scientifica.

Nell'ambito delle malattie non-trasmissibili, si ribadisce la necessità di procedere ad azioni che consentano di dare un valido supporto alle Regioni, attraverso interventi coordinati centralmente, per la realizzazione dei Piani Regionali di Prevenzione, in attuazione del Piano Nazionale di cui all'Intesa del 13 novembre 2014, prorogato al 2019 con intesa Stato Regioni del 27 dicembre 2017. In particolare si intende favorire la fruizione da parte delle Regioni delle attività educative e degli strumenti di formazione sviluppati dal Centro di didattica multimediale "Luoghi di Prevenzione" di Reggio Emilia, quale supporto alle attività trasversali di formazione previste dal Piano Nazionale della Prevenzione e finalizzate alla promozione di stili di vita salutari e alla prevenzione delle malattie croniche. Ciò consentirebbe tra l'altro l'auspicabile adozione di competenze comuni sull'approccio motivazionale al cambiamento per la modificazione dei comportamenti legati agli stili di vita, anche in vista del prossimo Piano Nazionale Di Prevenzione (PNP 2020-2025), in corso di definizione, che rafforza proprio l'orientamento verso piani di formazione integrati e coordinati, non esclusivamente settoriali, che facilitino la creazione di cultura e linguaggi condivisi.

Ancora nell'ambito dei corretti stili di vita, si ritiene opportuno confermare il sostegno alle azioni per la promozione dell'attività fisica volte a favorire uno stile di vita attivo che consenta di ottenere benefici significativi e diffusi nella popolazione, anche per la prevenzione di diverse patologie croniche, attraverso l'attuazione di un percorso formativo che assicuri al pediatra di Libera Scelta (PLS) e al Medico di Medicina Generale (MMG), il possesso di competenze di counselling e di strumenti per il colloquio motivazionale. In continuità con i precedenti Programmi e in linea con la Dichiarazione di Minsk del 2015, con gli Obiettivi per uno Sviluppo Sostenibile (Nazioni Unite, 2015) e con il recentissimo documento "Nurturing care for Early childhood development: a global framework for action", prodotto dall'OMS, dall'UNICEF e dalla Banca Mondiale nel 2018, si propone il supporto ad azioni volte alla prevenzione dei primi mille giorni di vita. A partire da un approccio integrato multidisciplinare e multiprofessionale, attento alle principali macroaree di rischio, verranno rilevate le buone pratiche, i modelli organizzativi e gli interventi offerti alle donne, alle coppie, ai genitori per promuovere stili e abitudini di vita salutari, anche in ambito alimentare e ambientale, la prevenzione di patologie rilevanti come ad esempio l'obesità o le infezioni, valorizzando nello stesso tempo le competenze genitoriali e prestando attenzione alle fragilità sociali.

Tra le attività delle azioni centrali si intende anche procedere all'implementazione delle Linee guida previste all'art.5 c.6 del D.lgs. 66/2017 che stabiliscono i criteri, i contenuti e le modalità di redazione della certificazione di disabilità in età evolutiva ai fini dell'inclusione scolastica e del Profilo di funzionamento. Infatti, l'impegno assunto dall'Italia di fronte alla comunità internazionale con la ratifica della Convenzione ONU sui diritti delle Persone con Disabilità prevede, tra l'altro, la riforma e l'attualizzazione del sistema di riconoscimento/certificazione della condizione di disabilità. Il nuovo sistema dovrà essere orientato alla promozione della persona con percorsi personalizzati nei vari contesti e nelle diverse fasi della vita e, a tal fine, sono in corso di redazione delle specifiche Linee Guida che entreranno in vigore nel corrente anno e che introdurranno nuove modalità e nuova modulistica per la certificazione di disabilità in età evolutiva ai fini dell'inclusione scolastica e per Profilo di funzionamento; pertanto sarà fondamentale supportare le Regioni per l'acquisizione delle competenze necessarie all'implementazione e attuazione delle stesse da parte dei professionisti del SSN.

Nell'ambito della sicurezza sul lavoro si intendono avviare azioni per le politiche e gli interventi di prevenzione mirati e promuovere strategie di work life balance tra differenze di genere, reinserimento lavorativo e invecchiamento della popolazione. E' infatti necessario che siano ripensate le strategie di work life balance e che le stesse siano calibrate rispetto ad un mondo del lavoro che cambia. Su queste tematiche, oltre alle differenze di genere, già a tratti esplorate, è necessario strutturare nuovi percorsi di reinserimento lavorativo per i lavoratori affetti da malattie croniche, per lo più legate all'invecchiamento, o da patologie neoplastiche che devono riprendere il lavoro dopo un periodo più o meno lungo di malattia. Parimenti, in assoluto, l'invecchiamento della popolazione lavorativa e l'innalzamento continuo dell'età pensionabile, richiede di strutturare nuove forme di lavoro atte a garantire una idonea work life balance e a preservare in buona salute il lavoratore anche non più giovane.

Anche con il presente programma si ritiene opportuno confermare l'impegno del CCM nell'ambito ambiente e salute e in particolare nelle attività di formazione sulla Valutazione di Impatto Sanitario secondo le linee guida elaborate dall'Istituto Superiore di Sanità, nelle procedure di autorizzazione previste per la realizzazione di piani, opere e progetti.

Infine, si ritiene importante sostenere un progetto a supporto del Piano Nazionale Demenze. La demenza è, infatti, in crescente aumento nella popolazione generale ed è stata definita nel Rapporto dell'OMS come una priorità mondiale di salute pubblica: Attualmente, in Italia, la prevalenza stimata della demenza è pari a circa 1 milione di casi. Si presume che il 54% circa dei casi siano dovuti alla malattia di Alzheimer (MA), mentre il 16% circa alla demenza vascolare (VaD). Per attivare interventi farmacologici e psico-sociali volti a rallentare l'evoluzione della malattia e per gestire il carattere generalmente progressivo della demenza

sono necessarie una diagnosi tempestiva e una corretta presa in carico integrata. In tale percorso il Medico di Medicina Generale (MMG) è una figura chiave sia con riferimento alla diagnosi precoce della malattia, sia nel processo di presa in carico della persona con demenza. Pertanto, appare prioritario avviare un percorso formativo che possa fornire degli strumenti corretti e uniformi su tutto il territorio nazionale.

Finanziamento

Lo stanziamento complessivo per il 2019 del competente capitolo di bilancio, al netto delle decurtazioni intervenute nel corso dell'esercizio finanziario, ammonta a € 8.447.600.

Per quanto concerne la ripartizione dei finanziamenti per aree, accogliendo le indicazioni del Comitato strategico, si conferma la suddivisione del precedente programma destinando il 50% sull'Area Progettuale (€4.223.800,00) e il restante 50% sulle Azioni Centrali (€4.223.800,00)

Concluso l'iter di valutazione dei progetti esecutivi dell'area progettuale, esitante in una graduatoria finale, laddove la somma disponibile per l'area progettuale non fosse sufficiente a garantire almeno il 50% del finanziamento richiesto per la realizzazione del primo dei progetti non ammessi al finanziamento, le somme residue disponibili verrebbero assegnate all'area delle Azioni centrali per concorrere all'attuazione delle proposte progettuali indicate in Tabella 1b, così da garantire l'efficacia e l'economicità dell'azione amministrativa. Si specifica che, nel caso in cui occorressero nel corso dell'esercizio finanziario delle variazioni in aumento e/o in diminuzione sul capitolo di bilancio del CCM, si procederà a distribuire le somme tra area progettuale e area azioni centrali, tenendo conto della ripartizione al 50%.

Qualora dette variazioni avvenissero a conclusione dell'iter di valutazione e le risorse dell'area progettuale risultassero già assegnate e impegnate, si procederà:

- in caso di variazioni in aumento, a scorrere la graduatoria, fermo restando che le somme disponibili dovranno essere sufficienti a garantire almeno il 50% dell'importo necessario per la realizzazione del primo dei progetti non ammessi al finanziamento;
- in caso di variazioni in diminuzione, a rimodulare le sole azioni centrali.

Tabella 1a

AREA PROGETTUALE			
AMBITO		LINEA PROGETTUALE	ID
AREE DEL PIANO NAZIONALE DI PREVENZIONE	PATOLOGIE TRASMISSIBILI	Attivare esperienze di screening gratuiti delle IST sulla popolazione target	1
		Esperienze pilota di prevenzione e controllo integrato dei vettori di arbovirosi anche in collaborazione con alcuni Municipi della rete Città Sane dell'OMS	2
	PATOLOGIE NON TRASMISSIBILI	Lavoro agricolo-forestale tra infortuni gravi e mortali e malattie professionali: prevenzione del rischio fisico, chimico, da movimentazione manuale dei carichi e da utilizzo di macchine e attrezzature non conformi	3
		Clima e salute in città: il progetto degli spazi aperti come strategia per la mitigazione dell'impatto sulla salute del cambiamento climatico e della vivibilità dell'habitat urbano	4
		Sperimentazione di interventi di comunità per la promozione della salute della popolazione anziana delle aree interne/disagiate delle Regioni, anche attraverso il raccordo tra medico di medicina generale, infermiere e farmacia di comunità	5
		Sostegno all'attuazione del modello delle scuole che promuovono salute, con particolare riferimento alla collaborazione intersettoriale con la comunità locale e i Comuni per la promozione dell'attività fisica per la realizzazione di interventi di riorganizzazione delle modalità di accesso a scuola e di riqualificazione delle pertinenze esterne delle scuole (<i>playground marking</i>)	6
		Salute orale e patologie croniche non trasmissibili con particolare riferimento al paziente odontoiatrico con bisogni speciali, vulnerabilità sociale e sanitaria	7
AZIONI DI SISTEMA	Modelli di miglioramento della rete assistenziale per la donna in menopausa attraverso percorsi agevolati e protocolli operativi integrati territorio-ospedale, anche al fine di rendere appropriata e di qualità la cura delle patologie cronico degenerative della donna in menopausa	8	
	Implementazione di modelli d'intervento per la gestione delle situazioni di cronicità nei soggetti vulnerabili ad alta complessità assistenziale, valorizzando l'integrazione ospedale-territorio e dei servizi sociali, sanitari e socio-sanitari	9	
	Salute mentale e dipendenze con particolare riguardo alla Sindrome feto-alcolica	10	
Totale finanziamento AREA PROGETTUALE			4.223.800

Tabella 1b

AREA AZIONI CENTRALI	
AMBITO	VOCI
FUNZIONAMENTO	Spese per: riunioni istituzionali; organizzazione incontri/eventi informativi e/o formativi (accoglienza/ristoro/servizio interpretariato) anche a carattere internazionale quali GHSA e GHSI; missioni di personale interno e di esperti, nazionali ed internazionali, per la partecipazione a Comitati, Gruppi di lavoro, tavoli nazionali e internazionali ed incontri istituzionali su attività di interesse del CCM; acquisto materiale di cancelleria, riviste e libri; acquisto apparecchiature informatiche; implementazione sistemi informativi, gestione piattaforma web e sito CCM; servizio "1500" emergenze sanitarie e numeri verdi di utilità; sistema di allerta rapido; servizio traduzione e stampa materiale informativo; servizi di revisione e pubblicazione progetti.
TOTALE FUNZIONAMENTO	
	240.000
PERSONALE	Spese per: rimborso spese personale comandato; corsi di formazione e aggiornamento; corsi di formazione ed aggiornamento per personale USMAF- SASN.
TOTALE PERSONALE	
	710.000
ATTIVITÀ	<p>Acquisizione di risorse per affrontare le emergenze, comprese l'implementazione, il mantenimento e la gestione del deposito nazionale antidoti per la risposta sanitaria ad offese di tipo chimico da atti di terrorismo e le attività di difesa civile nel settore NBCR</p> <p>Sostegno a Gard International</p> <p>Piano operativo nazionale per la prevenzione degli effetti delle ondate di calore sulla salute</p> <p>Studio di siero-prevalenza dell'infezione da West Nile Virus nei donatori di sangue ed emocomponenti e nei donatori di organi, cellule e tessuti in Italia</p> <p>Sostegno alla sorveglianza delle infezioni correlate all'assistenza anche a supporto del PNCAR</p> <p>Azioni mirate a ridurre l'impatto di salute delle infezioni da E. coli produttore di Shigatossina (STEC) nella popolazione pediatrica</p> <p>Azioni a supporto dell'aggiornamento della normativa vigente per il controllo e la prevenzione della tubercolosi in Italia</p> <p>Linee guida per la rendicontazione sociale dei programmi di screening</p> <p>Applicabilità di un modello HTA screening per il tumore del polmone</p> <p>Supporto alla costituzione del network HTA in attuazione del "Piano per l'innovazione del sistema sanitario basato sulle scienze Omiche"</p> <p>Favorire la fruizione da parte delle Regioni delle attività educative e degli strumenti di formazione sviluppati dal Centro di didattica multimediale "Luoghi di Prevenzione" finalizzate alla promozione di stili di vita salutari e alla prevenzione delle malattie croniche</p> <p>Sostegno alle attività di counselling da parte dei MMG e dei PLS per sensibilizzare e motivare sui vantaggi dell'attività fisica regolare in raccordo con l'offerta del territorio</p> <p>Rilevazione dei percorsi preventivi e assistenziali offerti alla donna, alla coppia, ai genitori per promuovere i primi 1.000 giorni di vita, anche al fine di individuare le buone pratiche, i modelli organizzativi e gli interventi adeguati</p> <p>Supporto alle Regioni per l'implementazione delle Linee guida previste all'art.5 c.6 del D.lgs. 66/2017</p> <p>Demenze: formazione dei MMG in relazione alla formulazione del sospetto diagnostico ed alla gestione dei pazienti</p> <p>Lavoro: politiche e interventi di prevenzione mirati e strategie di work life balance tra differenze di genere, reinserimento lavorativo e invecchiamento della popolazione.</p> <p>Attività di formazione sulla Valutazione di Impatto Sanitario secondo le Linee guida</p> <p>Valutazione epidemiologica dei prodotti ultra-processati sull'insorgenza delle neoplasie dell'uomo e delle altre patologie croniche non trasmissibili</p>
TOTALE ATTIVITÀ	
	3.273.800
Totale finanziamento AREA AZIONI CENTRALI	
	4.223.800
TOTALE PROGRAMMA CCM 2019	
	8.447.600

5. Sviluppo progettuale

Per l'ambito "Area progettuale":

- ciascun Ente partner (Regioni e Province autonome, ISS, INAIL, INMP, e AGENAS) raccoglie, vaglia e trasmette al Direttore Operativo del CCM un massimo di due proposte di progetto, nell'ambito delle dieci linee d'intervento identificate in tabella 1a, senza alcuna limitazione alla scelta della/e linea/e progettuale;
- dette proposte devono essere inoltrate sulla base della tempistica indicata con specifica nota che sarà inviata dalla Direzione Generale della Prevenzione Sanitaria ai predetti Enti;
- le proposte, sotto forma di progetti esecutivi, redatte secondo uno specifico formato standard, devono prevedere il coinvolgimento di almeno tre Regioni, appartenenti alle tre differenti aree geografiche Nord, Centro, Sud, così da assicurare una rappresentatività del territorio nazionale, in funzione della trasferibilità dei risultati. A tal proposito si specifica che, per la suddivisione geografica dell'Italia, si deve tener conto della definizione ISTAT, in base alla quale sono:
 - REGIONI NORD: Valle D'Aosta, Piemonte, Liguria, Lombardia, Emilia Romagna, Veneto, Friuli Venezia Giulia, Trentino Alto Adige;
 - REGIONI CENTRO: Marche, Umbria, Toscana, Lazio;
 - REGIONI SUD: Abruzzo, Molise, Campania, Basilicata, Puglia, Calabria, Sicilia, Sardegna.
- il Comitato scientifico del CCM esamina ed effettua una valutazione dei progetti esecutivi pervenuti sulla base dei criteri di valutazione indicati nella sezione "Criteri di ammissibilità/valutazione delle proposte";
- la Direzione informa il Comitato strategico, anche via posta elettronica, circa le risultanze della valutazione del Comitato scientifico.

6. Criteri di ammissibilità/valutazione delle proposte

Valutazione di ammissibilità

Nell'ambito della programmazione 2019 verranno prese in considerazione esclusivamente le proposte che:

1. siano state redatte utilizzando il format di progettazione 2019, trasmesso agli Enti partner, unitamente al programma;
2. non si configurino come progetti di ricerca;
3. non si configurino come progetti CCM in corso;
4. siano coerenti con la *mission* del CCM e con il programma 2019;
5. vedano la partecipazione di almeno tre Regioni (una del Nord, una del Centro ed una del Sud);
6. richiedano un finanziamento non superiore a 450.000 euro;

Saranno, dunque, ammessi alla valutazione solo quei progetti esecutivi che soddisfanno tutti i criteri sintetizzati in tabella 2.

Tabella 2

Criteri di ammissibilità		
Utilizzo format di progettazione 2019	SI	I criteri sono vincolanti. Il progetto esecutivo, per essere sottoposto alla valutazione, deve rispondere a tutti e 6 i criteri
Progetti di ricerca	NO	
Progetti CCM in corso	NO	
Coerenza con la Mission del CCM e con il programma CCM 2019	SI	
Coinvolgimento tre Regioni	SI	
Abbiano un finanziamento non superiore a 450.000 euro	SI	

I progetti esecutivi presentati dagli Enti proponenti, ritenuti ammissibili sulla base dei criteri riportati in tabella 2, saranno valutati sulla base dei criteri indicati nella tabella 3.

Tabella 3

criteri di valutazione dei progetti esecutivi	punteggio
Soluzioni proposte sulla base di evidenze scientifiche	da 1 a 10
Influenza della proposta in termini di trasferibilità nella pratica del SSN e di utilizzazione concreta dei risultati	da 1 a 10
Contenuti innovativi e originalità del progetto	da 1 a 10
Struttura, chiarezza, e adeguatezza dell'approccio proposto per raggiungere i risultati attesi	da 1 a 10
Coerenza tra le attività indicate nel cronoprogramma e gli obiettivi proposti	da 1 a 10
Appropriatezza del piano finanziario	da 1 a 5
Coinvolgimento di più partner e altri soggetti, con riferimento anche alla chiarezza dei loro ruoli e responsabilità	da 1 a 5
Distribuzione delle risorse di bilancio e delle responsabilità tra le unità operative	da 1 a 5
Correlazione con Piani e Programmi regionali	da 1 a 5
PUNTEGGIO FINALE	<i>Somma</i> <i>* Punteggio minimo = 9, Punteggio massimo = 70</i>

Nel caso di proposte che diano continuità ad attività già promosse e concluse da pregressi programmi CCM, ai fini della valutazione si terrà conto anche dei risultati ottenuti.

Sulla base di detti criteri, viene assegnato a ciascun progetto esecutivo ritenuto ammissibile un voto finale, espresso collegialmente, così da stilare una graduatoria finale. Tenuto conto degli importi dei singoli progetti e della disponibilità economica dell'area progettuale del programma CCM 2019, verranno identificati i progetti finanziabili. Si rappresenta che, per eventuali variazioni di bilancio, in aumento e/o in diminuzione, disposte sul capitolo di bilancio del CCM dal Ministero dell'Economia e delle Finanze, per il corrente esercizio finanziario, si rispetterà la graduatoria finale.

Ai fini della presentazione dei progetti esecutivi, si rappresenta che, qualora sia previsto il coinvolgimento di soggetti privati quali unità operative, come richiamato dalla sentenza della Corte di Giustizia Europea n.159 del 19/12/2012, è necessario garantire il rispetto delle normative comunitarie in materia di appalti pubblici (Decreto Legislativo 18 aprile 2016 n.50 e s.m.i.).

7. Accordi di collaborazione

Per i progetti ritenuti finanziabili, la Direzione operativa procederà a richiedere agli Enti partner le necessarie informazioni volte al perfezionamento degli accordi di collaborazione che daranno attuazione al programma CCM 2019.

Si rammenta che gli accordi di collaborazione sono sottoscritti ai sensi dell'art.15 della legge n. 241/1990, per disciplinare lo svolgimento di attività di interesse comune, finalizzate al raggiungimento degli obiettivi descritti nel progetto esecutivo che costituisce parte integrante dell'accordo. Al fine di assicurare il corretto svolgimento delle attività ogni Ente partner è tenuto a trasmettere periodicamente, utilizzando appositi

modelli di rendicontazione, un rapporto tecnico (con relativo abstract) e finanziario sullo stato di avanzamento, la cui positiva valutazione consentirà l'erogazione della seconda e terza quota di finanziamento, pari rispettivamente al trenta e al venti per cento del totale.

Come richiamato dagli organi di controllo e in linea con la giurisprudenza attuale, l'accordo dovrà essere rivolto a realizzare un interesse pubblico comune e dovrà essere coerente con le finalità istituzionali degli enti coinvolti. Non potendo pertanto questi accordi configurarsi in nessun modo come contratti a prestazioni sinallagmatiche, il finanziamento è concesso al solo fine di rimborsare le spese sostenute per la realizzazione del progetto, come risultanti dai rendiconti finanziari che semestralmente gli Enti partner saranno tenuti ad inviare.

Si precisa infine che l'impegno giuridico del finanziamento totale verrà assunto a valere sul corrente esercizio finanziario; tuttavia, secondo quanto previsto dai recenti aggiornamenti in materia di contabilità e finanza pubblica con i quali è stata avviata la modifica delle procedure di impegno di spesa ai fini del potenziamento della funzione del bilancio di cassa ed introdotto il concetto di impegno pluriennale ad esigibilità – IPE, gli impegni di spesa dovranno essere imputati contabilmente sugli stanziamenti di competenza e cassa dell'anno o degli anni in cui l'obbligazione diviene esigibile (ovvero viene a scadenza).