



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*” ed in particolare l’articolo 9 che ha confermato, per tre anni, il CCM;

VISTO il decreto del Ministro della salute 17 gennaio 2018 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 27 dicembre 2017, n. 205 recante “*Bilancio di previsione dello Stato per l’anno finanziario 2018 e per il triennio 2018-2020*”;

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, ed 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 Dr. 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 2018 il capitolo di bilancio n. 4393 – D.L. 81/2004 art. 1, comma 1, 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 ad € 5.456.995,00;

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 dell'11 settembre 2018 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 2018;

DECRETA

Articolo 1

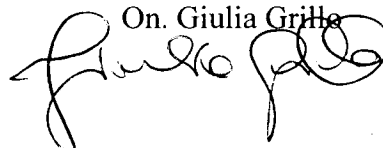
1. È approvato il programma di attività del Centro nazionale per la prevenzione ed il controllo delle malattie – CCM per l'anno 2018, di cui all'Allegato A al presente decreto, per un importo pari ad € 5.456.995,00 fatte salve eventuali variazioni in aumento o in diminuzione, che graverà sul capitolo 4393 – D.L. 81/2004 art. 1, comma 1, per l'esercizio finanziario 2018.
2. Spetta al Direttore della Direzione Generale della Prevenzione Sanitaria del Ministero della Salute, in qualità di Direttore operativo del CCM, dare attuazione al Programma di cui al comma 1, secondo le modalità indicate nel predetto Allegato A e con l'osservanza delle procedure previste dalle vigenti disposizioni in materia.

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, 12 4 SET. 2018

Il Ministro

On. Giulia Grillo





Ministero della Salute



Centro Nazionale per la Prevenzione e il Controllo delle Malattie

PROGRAMMA 2018

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. L'impianto del programma 2018 e finanziamento (tabella 1)

Per il programma 2018 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, la Direzione operativa, per l'anno 2018, propone di individuare limitate linee di intervento che rappresentino una priorità di governo, 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.

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.

In particolare, con il programma CCM 2018, 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 sono state chiamate a pianificare e programmare interventi nei propri territori, puntando su un approccio il più possibile intersettoriale e sistematico. Per il 2018, 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 da HCV, le coinfezioni Tubercolosi e Hiv, l'antimicrobicoresistenza.

- Le epatiti B e C rappresentano un rilevante problema di Sanità Pubblica, oltre che per la frequenza, per l'alta percentuale di casi clinicamente non manifesti che rappresentano una importante fonte di contagio; per l'elevata percentuale di cronicizzazione dell'infezione, che può portare ad un danno epatico più severo, quale la cirrosi ed il carcinoma epatocellulare; per l'elevato numero di morti ad esse correlabili; per il rilevante impatto sociale dell'infezione a causa degli innegabili danni psicologici ed alla vita di relazione, cui molti pazienti vanno incontro e, non da ultimo, per il significativo peso economico della malattia. I costi, sia diretti, relativi al trattamento della malattia, che indiretti, legati alla perdita di produttività ed alla morte prematura dei soggetti infetti, aumentano esponenzialmente in relazione al progressivo aggravamento della stessa. Per tale motivo, prima con la Risoluzione WHA 63.18 concernente le Epatiti virali, e poi con la risoluzione A67/13 l'Organizzazione Mondiale della Sanità(OMS) ha invitato tutti i governi ad attuare piani concreti per ridurre l'impatto delle epatiti virali nel mondo, attraverso azioni sinergiche ed integrate, e l'intensificazione delle attività di controllo e prevenzione. L'Italia al fine di dare attuazione a tale impegno ha realizzato il Piano Nazionale per la Prevenzione delle Epatiti Virali (PNEV), documento programmatico le cui finalità sono quelle di affrontare efficacemente i temi della prevenzione e cura delle epatiti virali nel nostro territorio, attraverso il coinvolgimento di tutti gli stakeholder di sistema (Istituzioni, pazienti e medici). Come previsto dal piano stesso una delle linee di indirizzo è quella di definire l'epidemiologia delle epatiti virali B e C e rinforzare i sistemi di sorveglianza, in primis attraverso un'accurata conoscenza della prevalenza delle infezioni croniche da virus B e C dell'epatite, anche allo scopo di identificare il numero di pazienti non ancora diagnosticati. Le stime disponibili sono, a tutt'oggi, basate su studi epidemiologici eseguiti nell'ultimo ventennio, talvolta obsoleti e disomogenei, che non possono fornire la prevalenza reale e, che pongono l'Italia come uno dei paesi europei con la più alta prevalenza di epatite virale. In particolare per il virus C studi epidemiologici di valutazione della prevalenza di infezione, sono uno

strumento importante per stimare il carico di infezioni “sommese” e pianificare campagne di screening mirate.

- Le persone con HIV/AIDS, che hanno un sistema immunitario depresso, sono particolarmente vulnerabili alla Tuberculosis (Tb). Non solo perché vi sono molte più probabilità che sviluppino la Tb attiva ma anche perché la malattia progredisce molto più rapidamente nei pazienti con HIV. La metà dei decessi delle persone con HIV è causato dalla Tb. Le persone che vivono con l'HIV hanno da 20 a 30 volte più probabilità di sviluppare una tubercolosi attiva. L'HIV e la tubercolosi costituiscono una combinazione letale, ciascuna delle quali accelera il decorso dell'altra. Il “Global tuberculosis report 2017” dell'Organizzazione mondiale della sanità (OMS), stima che il 10% dei 10,4 milioni di nuovi casi di tubercolosi (Tb) verificatisi nel 2016 sono stati notificati in persone con HIV (1,2 milioni di casi). Nel 2016, si sono verificati 400 mila decessi per Tb tra persone con HIV. In Italia i dati forniti dal Centro operativo AIDS (COA), dell'Istituto superiore di sanità, indicano che dal 1993 si è osservato un aumento costante dei casi di Tb in pazienti con AIDS, e dei 4.075 casi di Tb in pazienti con AID, notificati sino al 2010, il 34,1% sono stranieri; di questi poco più della metà proviene dall'Africa, mentre i restanti provengono prevalentemente dall'America del Sud e dall'Europa dell'Est. La proporzione di stranieri tra i casi di AIDS con tubercolosi è aumentata nel tempo così come è aumentata nel tempo la quota di pazienti con AIDS e tubercolosi che scopre di essere sieropositiva solo al momento della diagnosi di AIDS, passando dal 28,5% nel 1996 al 74,3% nel 2010. Le persone con la coinfezione Tb-HIV presentano spesso sintomi clinici poco chiari e i test diagnostici esistenti non sono in grado di individuare la malattia. Il primo passo per ridurre l'impatto dei casi di Tb associati all'HIV è offrire il test HIV ai pazienti con Tb. In Italia gli studi e i dati relativi alle persone con coinfezione Tb/HIV che hanno ricevuto trattamenti sono ancora pochi e l'accesso al trattamento preventivo per Tb nelle persone con infezione da HIV deve essere ampliato. Il trattamento antiretrovirale riduce, ma non annulla, l'aumentato rischio di sviluppare Tb. La riduzione dell'incidenza di Tb in soggetti con infezione da HIV si basa sul precoce inizio della ART nei soggetti con infezione da HIV, sulla riduzione del rischio dell'infezione in ambito nosocomiale e sulla diagnosi e trattamento dell'infezione tubercolare latente (ITL). La riduzione della mortalità associata alla co-infezione Tb/HIV si basa sulla diagnosi precoce e il trattamento efficace della Tb con un regime appropriato per la sensibilità del ceppo di M. tuberculosis e sull'inizio tempestivo della ART. L'OMS raccomanda un approccio basato su attività combinate per Tb-HIV, quali azioni di prevenzione e trattamento delle infezioni e delle malattie, per ridurre il numero di decessi.
- Informare la popolazione sulla base di evidenze documentate è utile e necessario ma, se la popolazione non è in grado di comprendere e usare queste informazioni o avere accesso ai servizi sanitari, non sempre l'informazione è sufficiente a indurre un cambiamento nelle convinzioni e nei comportamenti di chi è dubbioso o non accetta gli interventi di prevenzione. Le strutture sanitarie devono tenere conto delle reali capacità di comprensione da parte della popolazione senza dare per scontata la buona riuscita del trasferimento di informazioni, soprattutto se complesse. La “Health Literacy” (alfabetizzazione sanitaria) è la capacità specifica di reperire informazioni di carattere medico, comprenderle, applicarle ed utilizzarle, interagendo con il sistema sanitario. Già nel 1998 l'Organizzazione Mondiale della sanità ha inserito l'Health Literacy tra i termini del Glossario di promozione della Salute, indicandola appunto come una importante strategia volta a favorire l'empowerment del cittadino. Gli studi portati avanti negli ultimi anni sul tema hanno evidenziato un forte legame tra l'alfabetizzazione sanitaria e il concetto di salute e prevenzione, ed è stato infatti dimostrato che un basso livello di Alfabetizzazione sanitaria rappresenta un fattore di rischio in grado

di influenzare negativamente lo stato di salute delle persone, aumentare le disuguaglianze ed incrementare i costi del sistema sanitario. Il basso livello di Alfabetizzazione sanitaria produce infatti un uso non appropriato dei servizi sanitari, una scarsa aderenza alle indicazioni e alle terapie mediche, con una conseguente difficoltà a raggiungere un buon livello di salute. Bisogna anche tenere conto della difficoltà di parte della popolazione a gestire i vari aspetti collegati alla “e-Health Literacy”, cioè la capacità di cercare, trovare, capire, selezionare e utilizzare le informazioni sanitarie da fonti elettroniche, non necessariamente istituzionali e affidabili, che possono generare confusione nell'utenza. In assenza di esperienze estese e consistenti nel nostro Paese, è opportuno mettere a punto strumenti specifici e valutare il grado di “Health Literacy” in alcune aree tematiche, al fine di adeguare e allineare l'offerta informativa in tema di prevenzione alle conoscenze e alle capacità di comprensione della popolazione. In particolare si ritiene prioritario avviare degli interventi di alfabetizzazione sanitaria nella popolazione generale o in gruppi specifici, in ambito di vaccinazioni e di antimicrobico-resistenza (AMR), per migliorare la comprensione, l'applicazione e l'utilizzo delle informazioni sanitarie nell'interazione con il sistema sanitario e per facilitare i processi decisionali.

Le **patologie non-trasmissibili** secondo i dati dell'Organizzazione mondiale della sanità, causano in Europa l'86% dei decessi e il 77% 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, per altro, 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, all'implementazione di nuovi modelli di intervento finalizzati all'ottimizzazione di interventi rivolti alla promozione di stili di vita salutari, diagnosi precoce, gestione clinica e riduzione del rischio di recidive e complicanze delle principali patologie cronico-degenerative.

- Un numero crescente di persone appartenenti alla fascia di popolazione economicamente attiva risulta più o meno temporaneamente inabile o comunque, solo parzialmente abile al lavoro a causa dell'insorgere e del decorso di una malattia cronica e di malattie non trasmissibili che richiedono una speciale riabilitazione o, in ogni caso, un lungo periodo di supervisione, osservazione o cura. Il network europeo per la promozione della salute nei luoghi di lavoro ha stimato che quasi il 25 per cento della forza lavoro europea soffre i disturbi di una malattia cronica; le proiezioni al 2020 e al 2060 del tasso di partecipazione al mercato del lavoro in Europa degli over 55 e cioè della fascia di popolazione economicamente attiva maggiormente soggetta a un significativo rischio di abilità solo parziale al lavoro, registrano, rispettivamente, un incremento di 8,3 e 14,8 punti percentuali. Numerosi studi dimostrano che la diffusione delle malattie croniche aumenta all'aumentare dell'invecchiamento della popolazione: questo implica che è il gruppo dei lavoratori più anziani quello più predisposto a soffrire di una o più malattie croniche. Il procrastinamento dell'età che dà diritto alla pensione, contribuirà a rendere sempre più problematica la necessità di affrontare la diffusione delle malattie non trasmissibili tra i lavoratori, per cui sarà sempre più prioritario investire sulla salute e sul benessere delle persone e della popolazione economicamente attiva per garantire la

sostenibilità dei sistemi nazionali di protezione sociale e per le politiche di prevenzione. L'ambiente di lavoro rappresenta un contesto favorevole per la pianificazione di interventi di prevenzione delle malattie non trasmissibili correlate all'ambito professionale poiché garantisce la possibilità di raggiungere soggetti su cui pesano maggiormente alcuni determinanti di rischio e di intercettare lavoratori a più alto rischio professionale che spesso presentano le abitudini di vita meno salutari. Gli interventi di prevenzione in ambito lavorativo permettono, inoltre, di raggiungere persone difficilmente raggiungibili per altri canali e di programmare interventi di formazione periodica per i lavoratori. Inoltre, il lavoratore formato e informato trasferisce alla famiglia e alla comunità le nozioni di prevenzione apprese ed eventualmente consolidate sulla base della propria esperienza. È necessario strutturare interventi di analisi epidemiologica e di prevenzione relative alle malattie non trasmissibili, sia per patologie correlate in senso stretto allo stile di vita e che possono essere influenzate dal contesto lavorativo sia per patologie non trasmissibili strettamente correlate all'esposizione lavorativa, al fine di diminuirne l'incidenza e di pianificare idonei interventi gestionali a lungo termine.

- La prevenzione e il controllo delle Malattie Croniche Non Trasmissibili (MCNT) richiedono il ricorso a un ampio spettro di interventi a differenti livelli, per prevenirne l'insorgenza, assicurare la precoce presa in carico dei soggetti a rischio o già affetti da una patologia cronica e la gestione della malattia nelle fasi successive. Assume, pertanto, sempre più importanza la possibilità di utilizzare figure professionali diverse, che possano svolgere importanti compiti nelle varie situazioni di incontro con la persona, dalla promozione della salute al supporto alla gestione della patologia da parte del malato o nel contesto familiare, adeguando l'offerta dei servizi alla nuova domanda di assistenza e alle necessità di maggior sostegno al Sistema Sanitario. Modelli orientati all'uso più efficiente delle risorse professionali e al coinvolgimento attivo delle persone, sono stati già attivati in alcuni territori. Si ritiene opportuno favorirne la diffusione in più ampi contesti regionali, per assicurare ai cittadini una maggiore uniformità nell'erogazione delle prestazioni di prevenzione, presa in carico e assistenza. Ciò contribuirà per altro al raggiungimento degli obiettivi del PNP, sia per quanto riguarda la promozione della salute sia per quanto riguarda l'identificazione precoce delle persone in condizioni di rischio aumentato, nonché alla gestione della cronicità secondo un approccio multi professionale e interdisciplinare, in grado di utilizzare le competenze e la professionalità di ogni singolo operatore coinvolto.
- L'inquinamento atmosferico rappresenta il fattore di rischio ambientale più rilevante per la salute della popolazione mondiale. Nella Regione europea all'inquinamento dell'aria è attribuibile una quota rilevante di effetti sanitari dovuti principalmente all'esposizione alla frazione respirabile PM_{2,5}, agli ossidi di azoto (NO₂) ed ozono (O₃). La principale preoccupazione, in termini di effetti sulla salute, è comunque rivolta nei confronti del materiale particolato sospeso, in particolare le frazioni più fini (PM₁₀ e PM_{2,5}), classificato dalla IARC come un cancerogeno in Classe 1 per l'uomo. Come noto l'unione si è prefissata di raggiungere livelli di qualità dell'aria che non presentino impatti o rischi significativi per la salute umana e l'ambiente. Superfici impermeabili come tetti, facciate e strade danneggiano il microclima disturbando la radiazione e il bilancio energetico delle aree. Viceversa, aree verdi nel proprio ambiente di vita possono migliorare l'inquinamento atmosferico e l'effetto isola di calore urbano. Per il 2020 è attesa una rivoluzione verde per le nostre città. L'Europa ha infatti proposto il *settimo Environmental Action Programme*, con 9 obiettivi prioritari da raggiungere: tra questi c'è la volontà di preservare il "capitale naturale", tramite la conoscenza, investimenti e integrazione del tema ambiente e salute all'interno di altre politiche e settori.

Nell'ambito delle **azioni di sistema**, infine, il programma CCM 2018 intende sostenere interventi 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.

- Molte ricerche hanno evidenziato che lo spostamento dell'assistenza nel territorio consente di produrre risultati significativi in merito alla riduzione delle disuguaglianze di salute, allo sviluppo di stili di vita sani e all'integrazione socio-sanitaria. Tuttavia pur se l'Assistenza Territoriale nel nostro Paese riveste un ruolo centrale nella riprogrammazione dell'offerta dei servizi sanitari, come previsto anche dal Patto per la Salute 2014-2016, al tempo stesso essa rappresenta ancora una sfida su cui è necessario continuare a lavorare. L'organizzazione e l'affidamento dei servizi territoriali richiede un approccio multi-professionale e un'integrazione interdisciplinare che possa garantire l'assistenza anche in condizioni di fragilità socio-sanitaria, sia nel luogo di domicilio del malato che nelle strutture di continuità ospedale-territorio. Le nuove tecnologie di comunicazione e di rete possono offrire una grande opportunità per facilitare l'accesso ai servizi e la continuità assistenziale ma anche per promuovere la collaborazione tra pari, i gruppi di mutuo-aiuto, favorendo una rinnovata attenzione all'educazione terapeutica ed allo sviluppo dell'empowerment della persona assistita in ogni fase della vita. Infatti, in linea con quanto indicato nella strategia OMS Health 2020, particolare attenzione deve essere posta ad ogni fase di cambiamento della vita: dalla nascita all'adolescenza, all'inizio della vita di coppia, al diventare genitori e poi la menopausa e il collocamento a riposo dal lavoro. Ogni fase di passaggio rappresenta, infatti, una finestra in cui si può perdere o guadagnare salute. E' quindi necessario prevedere, in ciascuna fase, interventi di prevenzione basati sull'offerta attiva e finalizzati a fornire specifiche risposte in linea con i bisogni rilevati. Nelle situazioni di maggiore vulnerabilità (famiglie in disagio socio-economico, donne sole in gravidanza e puerperio, disabili, persone con disagio mentale, anziani, migranti vulnerabili), in cui si possono determinare ulteriori disuguaglianze nella salute, è necessario avviare specifiche azioni e politiche di contrasto, comprendendo i meccanismi attraverso cui lo svantaggio sociale, relativo e assoluto, agisce sulla salute. Una volta rivelati tali meccanismi, ognuno di essi può diventare una porta d'ingresso di un intervento di prevenzione o di correzione degli effetti sfavorevoli sulla salute. Ciò potrà essere facilitato attraverso la costruzione di una rete di servizi sociosanitari territoriali, che comprenda al suo interno servizi sociali, ospedale, ambulatori, consultori familiari, dipartimento materno-infantile, dipartimento di prevenzione, dipartimento di salute mentale, SERT, neuropsichiatria infantile ed altri servizi che possano fornire cure in maniera integrata.
- La dipendenza da internet è ormai riconosciuta come disturbo del controllo degli impulsi. L'OMS, nel corso del corrente anno, includerà una forma particolare di dipendenza da internet, il Gaming disorder (dipendenza da videogame), nella sezione dell'International Classification of Disease (ICD 11) relativa ai disturbi dovuti a comportamenti che generano dipendenza, della quale fa già parte il Disturbo da Gioco D'Azzardo (DGA) . La dipendenza da strumenti informatici sembra riguardare attualmente circa il 47% dei giovani che hanno amici solo sui network e che l'eccessivo uso di internet e l'isolamento sono a rischio di suicidio. Dal punto di vista clinico la persona che ne soffre fa un uso smodato e patologico di computer, tablet o cellulari dotati di connessione alla Rete, che può determinare un assorbimento totale del soggetto, con veri e propri danni alla salute e sintomi astinenziali, alterazione del tono dell'umore, tendenza all'isolamento, problemi di interazione sociale. Oltre ai problemi di tipo psicologico, in molti casi, si assiste alla presenza di sintomi fisici: sindrome del tunnel carpale, dolori diffusi al collo e alla schiena e problemi alla vista. L'uso di

apparecchiature elettroniche interattive, come tablet e smartphone da parte dei bambini piccoli sembra avere un effetto sul neurosviluppo e sui percorsi di apprendimento. Per gli adolescenti elementi di particolare vulnerabilità sono bassa autostima, identità insicura, competenze sociali deboli, relazioni immature, affiliazione deviante e rifiuto dei pari, mancanza di interessi, mancanza di ideologie e valori, legami familiari poveri, mancanza di monitoraggio familiare, scarso impegno scolastico. Le accresciute conoscenze sulle abilità implicate nelle capacità di apprendimento e sulle loro traiettorie evolutive sono fondamentali nel campo dei disturbi dell'apprendimento e del neurosviluppo in quanto, comprendendo come evolvono le abilità, è possibile cogliere segnali sempre più precoci rispetto alla presenza di fattori di vulnerabilità e identificare il periodo critico nel corso dello sviluppo nel quale è meglio intervenire. A questo riguardo, tra i fattori di vulnerabilità da intercettare e indagare precocemente, un ruolo di primo piano è giocato sicuramente dall'uso eccessivo di nuove tecnologie.

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

✓ **Aree del Piano Nazionale di Prevenzione**

1. Patologie trasmissibili

- a) Contrasto e prevenzione dell'infezione da HCV nella popolazione generale italiana;
- b) Prevenzione e controllo delle coinfezioni TB/HIV;
- c) Interventi di alfabetizzazione sanitaria nella popolazione generale o di gruppi specifici, in ambito di vaccinazioni e di antimicrobico-resistenza (AMR).

2. Patologie non trasmissibili

- a) Interventi di prevenzione e controllo delle malattie non trasmissibili correlate all'ambito professionale;
- b) Sperimentazione sul territorio di modelli di intervento che prevedano l'uso più efficiente delle risorse professionali (task shifting) e il coinvolgimento attivo delle persone, finalizzati all'ottimizzazione di interventi rivolti alla promozione di stili di vita salutari, diagnosi precoce, gestione clinica e riduzione del rischio di recidive e complicanze delle principali patologie cronico-degenerative;
- c) Strategie e azioni di prevenzione dell'impatto sulla salute dell'inquinamento ambientale.

✓ **Azioni di sistema**

- a) Rafforzamento dei servizi socio-sanitari di prossimità per i soggetti più fragili (bambini, donne in gravidanza e puerperio, disabili, persone con disagio mentale, anziani, migranti vulnerabili) e delle modalità di accesso, anche attraverso l'uso delle nuove tecnologie
- b) La "Internet Addiction" come forma di nuova dipendenza: caratteristiche ed interventi di prevenzione, con particolare riguardo alla salute mentale ed ai processi di apprendimento in età evolutiva

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 al Telefono Verde contro il fumo dell'ISS. Sotto la voce relativa al personale sono invece ricomprese le spese di missioni, il rimborso per il personale comandato da altre amministrazioni ed operante nel Centro, nonché i corsi di formazione ed 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 ed 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, in particolar alle 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 supporto al Piano operativo nazionale per la prevenzione degli effetti sulla salute delle ondate di calore e il sostegno del CCM alla Gard Internazionale, l'Alleanza Globale per il contrasto alle malattie respiratorie.

Al fine di dare attuazione alla Decade d'azione delle Nazioni Unite sulla nutrizione 2016-2025, adottata con la risoluzione A/RES/70/259, finalizzata a promuovere azioni vigorose per porre fine alla fame e alla malnutrizione, in tutte le sue forme (triplo burden: deficit di micro nutrienti, malnutrizione per difetto e per eccesso) e ad assicurare l'accesso universale a regimi alimentari più sani e sostenibili, si ritiene necessario prevedere, in linea con gli stessi principi della stessa Risoluzione, tramite l'istituzione di una Piattaforma dedicata, l'attuazione di specifici interventi multisettoriali per la prevenzione ed il contrasto della malnutrizione, partendo da survey nazionali in ambito "malnutrizione e triplo burden", e la diffusione di linee di indirizzo ad hoc, che possano rendere omogenea la promozione della salute sull'intero territorio nazionale.

Nell'ambito della sicurezza sul lavoro si intende avviare un modello integrato per la valutazione dell'impatto dell'esposizione ai fattori di rischio fisico chimico e biologico sulla salute e la sicurezza degli operatori sanitari, anche a supporto del recepimento della direttiva UE 2017/2398 sulla protezione dei lavoratori contro i rischi derivanti da un'esposizione ad agenti cancerogeni o mutageni durante il lavoro.

Per quanto concerne le malattie trasmissibili, si ritiene necessario fornire supporto per il mantenimento dello status polio free dell'Italia, contribuendo così alla strategia globale per ottenere l'eradicazione della polio, volta a mantenere una elevata immunità ai poliovirus attraverso l'immunizzazione della popolazione e attraverso il rilevamento e la risposta rapida all'eventuale reintroduzione del poliovirus nel nostro Paese, anche grazie ad un buon sistema di sorveglianza. A tal fine si intende rafforzare la capacità diagnostica e di tipizzazione molecolare di enterovirus della rete dei laboratori presenti sul territorio nazionale. Sempre nell'ambito della sorveglianza di malattie trasmissibili, in coerenza con le Strategie raccomandate dall'OMS nel Piano Globale di contrasto dell'antimicrobico-resistenza, e con le indicazioni Centro Europeo per la Prevenzione e il Controllo delle Malattie (ECDC), appare necessario sostenere l'implementazione e armonizzazione su tutto il territorio del Piano Nazionale di contrasto dell'Antimicrobico-resistenza (PNCAR) 2017-2020, attraverso la definizione e la sperimentazione di una strategia integrata e One Health che consenta il monitoraggio del Piano stesso e la gestione dell'AMR a livello aziendale, locale, regionale e nazionale.

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 supportare il perfezionamento e l'adeguamento della piattaforma web di monitoraggio del Piano, per consentire una complessiva rappresentazione del Piano Nazionale di Prevenzione e dei conseguenti Piani Regionali adottati, nonché la definizione di un format comune per la redazione del nuovo PNP 2020-2025. Nell'ambito delle malattie croniche si intende supportare l'implementazione in alcune realtà regionali italiane della Rete di Promozione della Salute sui Luoghi di Lavoro (Rete WHP – *Workplace Health Promotion*). Il programma "Aziende che Promuovono Salute - Rete WHP Lombardia", sviluppato nel contesto della costruzione di reti intersettoriali multi-stakeholder e riconosciuta come *Best Practice* europea nel contesto della Joint Action Chrodis, si fonda sui principi della "Promozione della Salute negli ambienti di lavoro" e ha l'obiettivo prioritario di promuovere cambiamenti organizzativi dei luoghi di lavoro al fine di renderli ambienti favorevoli all'adozione consapevole di stili di vita salutari per la prevenzione delle malattie croniche. Il supporto alla diffusione di tale Rete in altre realtà regionali italiane, con particolare riferimento alle Regioni del centro-sud Italia, rappresenta un'opportunità di *capacity building* attraverso lo scambio di buone pratiche tra differenti contesti locali. In coerenza con quanto previsto dalla Strategia Globale sull'Alcol e dal Piano Nazionale di Prevenzione, è necessario continuare a promuovere il sostegno al progetto SISTIMAL (Sistema di indicatori per il monitoraggio dell'impatto alcol correlato), al fine di valutare il raggiungimento degli obiettivi di prevenzione del consumo rischioso e dannoso di alcol nella popolazione, pervenire a nuovi indicatori per il monitoraggio della mortalità e delle caratteristiche dell'utenza dei servizi e sviluppare un rapporto tecnico scientifico annuale da inserire nella Relazione al Parlamento su alcol e problemi alcol correlati, secondo quanto previsto della Legge 125/2001.

Tra le attività delle azioni centrali si intende anche procedere ad un aggiornamento della mappa dei servizi specificamente dedicati al trattamento dei disturbi del comportamento alimentare, così, da una parte, da informare il cittadino sulle possibilità di trattamento offerte al livello nazionale e d'altra, di fornire alle Istituzioni indicazioni sulle necessità di adeguamento e omogeneizzazione dell'offerta assistenziale in ciascuna Regione.

In considerazione del fatto che la sordità infantile e le patologie oculari congenite rappresentano due gravi ed importanti affezioni neonatali, in grado di determinare, se non diagnosticate e trattate precocemente, un problema sanitario ad alto impatto sociale a causa dei gravi deficit neurosensoriali associati fortemente

invalidanti, che influiscono negativamente sui processi di sviluppo neurosensoriale e sociale del bambino, si ritiene opportuno supportare la realizzazione di un progetto finalizzato a monitorare l'adeguatezza, l'accessibilità e l'applicabilità degli screening uditivo e visivo neonatale a livello territoriale, valutando gli outcomes e gli indicatori di qualità dei percorsi diagnostico terapeutici.

Nell'ambito della tutela della salute della donna si intende supportare la validazione dell'implementazione delle raccomandazioni cliniche e organizzative per la gestione delle emergenze ostetriche emorragiche del peri partum. Dal sistema di sorveglianza ostetrica ItOSS, attivo dal 2013 è stato infatti riscontrato che l'emorragia ostetrica è, per frequenza, la prima causa di mortalità e grave morbosità materna. L'esperienza di altri Paesi con sistemi socio-sanitari analoghi al nostro, ha dimostrato che grazie alla promozione di appropriati standard assistenziali è possibile ridurre l'incidenza e gli esiti da emorragia ostetrica; per questo motivo il sistema di sorveglianza ostetrica ItOSS ha organizzato una serie di attività a sostegno dell'aggiornamento professionale sulle emergenze emorragiche in ostetricia, tra cui l'adozione di linee guida e di protocolli assistenziali *evidence-based*, a cui risulta tuttavia necessario affiancare un'attività per validare l'impatto delle azioni di intervento e di formazione e aggiornamento dei professionisti e delle organizzazioni sanitarie realizzate nel Paese.

Con Intesa Stato Regioni del 26 ottobre 2017 è stato approvato il "Piano nazionale per l'innovazione del sistema sanitario basato sulle scienze omiche", con l'obiettivo, tra l'altro, di integrare la sempre maggiore disponibilità di strumenti sofisticati nel settore delle scienze genomiche con le pratiche correnti di sanità pubblica. Nello specifico, la finalità del piano è quella di "delineare le modalità con cui l'innovazione nel settore della genomica si debba innestare nel SSN negli ambiti della prevenzione, diagnosi e cura, in un'ottica di efficacia (*evidence-based*) e di sostenibilità (*cost-effectiveness*) del SSN ai fini del miglioramento della salute dell'individuo e della popolazione". Così come esplicitato anche dal recente Piano nazionale, per una corretta implementazione della medicina omica un'azione prioritaria dovrà essere l'educazione di professionisti, cittadini, decisori politici ed altri portatori di interesse; a tal fine in tale ambito con le azioni centrali del programma CCM 2018 si intende supportare la realizzazione di corsi di formazione ed informazioni rivolti ai professionisti sanitari e identificare ed implementare strumenti di conoscenza efficace nel tema delle scienze 'omiche' fruibile dai cittadini, in un'ottica di *empowerment* 'positivo' degli stessi.

Infine si intende dare supporto alla partecipazione dell'Italia al *Network Measuring Population and Organizational Health Literacy* (Rete M-POHL), finalizzata a valutare il livello di "alfabetizzazione" dei cittadini. Promossa dalla "WHO-EHII-European Health Information Initiative", l'attività è finalizzata ad assicurare la disponibilità di dati, di qualità e confrontabili, sulla Health Literacy, raccolti nei diversi Paesi con procedure e metodologie standardizzate, e allo scambio di esperienze sui programmi di salute pubblica volti a definire interventi efficaci volti ad aumentare l'abilità del cittadino ad accedere, comprendere e utilizzare al meglio le informazioni sulla salute. La Health Literacy (HL) è, infatti, un determinante di salute e ha un gradiente sociale in quanto l'aumento del livello di conoscenza nella popolazione generale contribuisce a colmare il gap delle disuguaglianze in salute e a migliorare l'impatto sulla popolazione delle azioni di prevenzione, sull'accesso alle cure e sugli esiti.

Finanziamento

Lo stanziamento complessivo per il 2018 del competente capitolo di bilancio, al netto delle decurtazioni intervenute nel corso dell'esercizio finanziario, ammonta a € 5.456.995,00.

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 (€ 2.728.498,00) e il restante 50% sulle Azioni Centrali (€ 2.728.497,00).

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	Azioni di supporto al contrasto e alla prevenzione dell'infezione da HCV nella popolazione generale italiana	1
		Prevenzione e controllo delle coinfezioni TB/HIV	2
		Interventi di alfabetizzazione sanitaria nella popolazione generale o di gruppi specifici, in ambito di vaccinazioni e di antimicrobico-resistenza (AMR)	3
	PATOLOGIE NON TRASMISSIBILI	Interventi di prevenzione e controllo delle malattie non trasmissibili correlate all'ambito professionale	4
		Sperimentazione sul territorio di modelli di intervento che prevedano l'uso più efficiente delle risorse professionali (task shifting) e il coinvolgimento attivo delle persone, finalizzati all'ottimizzazione di interventi rivolti alla promozione di stili di vita salutari, diagnosi precoce, gestione clinica e riduzione del rischio di recidive e complicanze delle principali patologie cronico-degenerative	5
		Strategie e azioni di prevenzione dell'impatto sulla salute dell'inquinamento ambientale	6
AZIONI DI SISTEMA	Rafforzamento dei servizi socio-sanitari di prossimità per i soggetti più fragili (bambini, donne in gravidanza e puerperio, disabili, persone con disagio mentale, anziani, migranti vulnerabili) e delle modalità di accesso, anche attraverso l'uso delle nuove tecnologie	7	
	La "Internet Addiction" come forma di nuova dipendenza: caratteristiche ed interventi di prevenzione, con particolare riguardo alla salute mentale ed ai processi di apprendimento in età evolutiva	8	
<i>Totale finanziamento AREA PROGETTUALE</i>			<i>2.728.498</i>

Tabella 1b

AREA AZIONI CENTRALI	
ATTIVITA'	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, 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 207.000	
PERSONALE	Spese per: missioni, ivi comprese quelle per la partecipazione a Comitati, Gruppi di lavoro, tavoli nazionali e internazionali e per lo svolgimento di audit su attività di interesse del CCM; rimborso spese personale comandato; corsi di formazione ed aggiornamento; corsi di formazione ed aggiornamento per personale USMAF- SASN
TOTALE PERSONALE 766.000	
ATTIVITA'	<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>Supporto alla decade della nutrizione</p> <p>Modello integrato per la valutazione dell'impatto dell'esposizione ai fattori di rischio fisico chimico e biologico sulla salute e la sicurezza degli operatori sanitari</p> <p>Monitoraggio della circolazione di enterovirus a supporto delle attività di sorveglianza per il mantenimento dello status polio-free</p> <p>Azione Centrale a supporto del Piano Nazionale di contrasto dell'Antimicrobico-resistenza (PNCAR) 2017-2020: Un approccio integrato per la gestione dell'AMR a livello aziendale, locale, regionale e nazionale</p> <p>Perfezionamento e adeguamento della piattaforma web di monitoraggio del PNP 2014-2019, al fine di consentirne l'utilizzo quale contenitore del prossimo PNP e format di programmazione dei Piani regionali della Prevenzione</p> <p>Supporto all'implementazione in realtà regionali italiane della Rete di Promozione della Salute sui Luoghi di Lavoro (Rete WHP – Workplace Health Promotion)</p> <p>Sordità infantile e patologie oculari congenite. Analisi dell'efficacia ed efficienza dei protocolli di screening uditivo e visivo neonatale</p> <p>Validazione dell'implementazione delle raccomandazioni cliniche e organizzative per la gestione delle emergenze ostetriche emorragiche del peri partum</p> <p>Prosecuzione monitoraggio SISTIMAL (ALCOL)</p> <p>Aggiornamento della mappa dei servizi sui Disturbi Comportamenti Alimentari (DCA)</p> <p>Capacity building e cittadinanza: azioni innovative per la literacy di professionisti sanitari e cittadini nell'era delle scienze omiche</p> <p>Supporto alla partecipazione dell'Italia al Network Measuring Population and Organizational Health Literacy (Rete M-POHL)</p>
TOTALE ATTIVITA' 1.755.497	
Totale finanziamento AREA AZIONI CENTRALI 2.728.497	
TOTALE PROGRAMMA CCM 2018 5.456.995	

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 otto 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, Basilicata, 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 2018 verranno prese in considerazione esclusivamente le proposte che:

1. siano state redatte utilizzando il format di progettazione 2018, 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 2018;
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/valutazione delle proposte		
Utilizzo format di progettazione 2018	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 2018	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 2018, 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).