



Ministero della Salute



**Centro Nazionale per la Prevenzione e
il Controllo delle Malattie**

PROGRAMMA ANNO 2005

INDICE

Il primo anno di attività del CCM	2
Risultati raggiunti	2
Rischi infettivi	2
Rischi ambientali	3
Area incidenti	4
Area malattie croniche	4
Area formazione	5
Fattori di successo	7
Punti di debolezza	7
Programma 2005	9
TABELLA 1	14
TABELLA 2	15
TABELLA 3	16
Riferimenti normativi	17

Il primo anno di attività del CCM

Il CCM è stato istituito con la legge 138 del 26 maggio 2004, ma i suoi organi sono stati perfezionati alla fine di ottobre 2004 (vedi norme istitutive in allegato).

Il programma 2004, per il quale la legge aveva stanziato 32 M€, è stato definito nel mese di dicembre 2004. Praticamente l'intero fondo è stato trasferito nell'anno finanziario 2005 con apposito decreto.

Nella definizione del programma 2004, durante il primo trimestre di attività (ottobre-dicembre 2004), gli Organi del CCM sono stati attivamente coinvolti. Il programma ha i caratteri di un vero piano strategico in quanto precisa i ruoli dei Comitati, il funzionamento interno e individua impegni ed obiettivi di lungo periodo.

Nel programma il CCM, piuttosto che come una nuova struttura di salute pubblica in Italia, è delineato come un organismo di coordinamento. Il CCM pertanto opera costruendo reti cooperative finalizzate alla conduzione di progetti che servono per migliorare la sorveglianza e l'*intelligence*, con lo scopo di identificare i rischi per la salute dei cittadini, e per attuare interventi di promozione della salute.

Dal gennaio 2005 in poi, la Direzione operativa è stata impegnata ad attuare il programma, predisponendo progetti di elevata qualità, fattibili e affidati a reti collaborative credibili.

Risultati raggiunti

Le linee progettuali previste nel programma 2004 sono 32; di queste ne sono state avviate 22, per le quali è stata data una definizione operativa, comprensiva dei piani di valutazione e finanziari. Si riportano i risultati raggiunti per i diversi ambiti progettuali.

Rischi infettivi

Nel programma 2004 i rischi infettivi sono affrontati in tre ambiti progettuali, secondo quanto indicato dal D.M. organizzativo del 1° luglio 2004: malattie infettive e diffuse, bioterrorismo, vaccini e vaccinazioni.

Le linee progettuali avviate possono essere così schematizzate:

- *Programmi di sorveglianza nazionale con il potenziamento di centri già operanti*
il CCM ha inteso supportare questi programmi, avviati da tempo e da sempre "in sofferenza finanziaria", che hanno una forte valenza istituzionale anche a livello internazionale; si tratta di:
 1. sorveglianza delle malattie prevenibili con vaccino e rinforzo del piano di eliminazione del morbillo e della rosolia congenita: l'obiettivo generale è di migliorare la sorveglianza epidemiologica e di laboratorio delle malattie prevenibili con le vaccinazioni attualmente in commercio, e quantificare la quota di casi prevenibili. Questa linea progettuale è sostenuta dall'Istituto Superiore di Sanità (ISS), con l'integrazione tra Centro Nazionale di Epidemiologia, Sorveglianza e Promozione della Salute (CNESPS) e Dipartimento delle Malattie Infettive, Parassitarie e Immunomediate (MIPI);
 2. sorveglianze speciali: l'obiettivo generale è di integrare i dati del sistema routinario con informazioni più dettagliate riguardo la frequenza, l'andamento clinico, la tipizzazione microbiologica e i fattori di rischio associati alle seguenti patologie che hanno specifiche esigenze di sanità pubblica e debiti di sorveglianza internazionale: infezioni da agenti batterici portatori di antibioticoresistenza, infezioni da enterobatteri, epatiti virali, legionellosi, poliomielite, tubercolosi, virus respiratori. Questa linea progettuale è sostenuta da una struttura operativa integrata tra ISS (CNESPS e Dip.to MIPI) e, per alcune patologie (poliomielite e tubercolosi), centri regionali di riferimento;
 3. sorveglianza epidemiologica e virologica dell'influenza umana e delle sindromi respiratorie acute febbrili: l'obiettivo generale è di potenziare la sorveglianza epidemiologica e virologica dell'influenza umana. Questa linea progettuale è sostenuta da una struttura operativa che vede l'integrazione dell'ISS (CNESPS e Dip.to MIPI) con il Centro Interuniversitario di ricerca sull'influenza ed altre infezioni virali;
 4. sorveglianza dell'influenza negli animali: l'obiettivo generale è la sorveglianza sulla circolazione di virus influenzali in reservoir selvatici e domestici e sulla loro introduzione nelle popolazioni domestiche, con eventuale attivazione di adeguate misure di monitoraggio e controllo. Questa linea progettuale è sostenuta dall'Istituto Zooprofilattico Sperimentale (IZS) delle Venezie (centro di riferimento nazionale (CRN) per l'influenza aviaria e laboratorio di riferimento per l'organizzazione mondiale della salute animale);
 5. sorveglianza delle zoonosi: l'obiettivo generale è di favorire l'integrazione delle attività di sorveglianza in ambito veterinario con le analoghe attività svolte in ambito medico e di adeguare il sistema italiano al

sistema integrato che l'Unione Europea sta costruendo in materia di sorveglianza, reporting, allerta rapida e controllo delle zoonosi. Questa linea progettuale è sostenuta da una struttura operativa che vede l'integrazione dell'ISS, nelle sue componenti di sorveglianza negli umani (CNESPS) e negli animali (Dipartimento Sanità Alimentare e Animale), con tre IZS: Lazio e Toscana (CRN per l'antibioticoresistenza), Abruzzo e Molise (CRN per l'epidemiologia veterinaria), Venezia (CRN per le salmonellosi).

- *Programmi innovativi di sorveglianza*

il CCM ha inteso attivare alcune linee progettuali di sorveglianza non ancora operative nel nostro Paese, data la rilevanza degli eventi oggetto di sorveglianza; si tratta di:

1. sorveglianza sindromica: l'obiettivo generale è di rilevare tempestivamente eventi acuti correlabili con la diffusione naturale o intenzionale di agenti biologici e non e di attivare un tempestivo sistema di allerta delle istituzioni competenti. La sperimentazione di questo sistema si fonda sull'uso dei dati raccolti a livello dei servizi di Pronto Soccorso e dei Centri Antiveleni. Questa linea progettuale è sostenuta da una struttura operativa articolata che vede due Regioni sede di sperimentazione (Lazio e Piemonte) e l'ISS, CNESPS, impegnato nella costruzione delle rete dei Centri Antiveleni;
2. sistema di allerta su isolamenti microbici (MICRONET): l'obiettivo generale è di mettere a punto un sistema di rilevazione e trasmissione automatica dei risultati di accertamento eziologico infettivo e resistenza agli antibiotici in un campione di laboratori ospedalieri di microbiologia, anche al fine di sviluppare un sistema di allerta rapida. Questa linea progettuale è sostenuta da una struttura operativa centrata sull'ISS, CNESPS.

- *Programmi di sorveglianza e di intervento*

il CCM ha inteso recuperare la linea progettuale sulle infezioni associate all'assistenza sanitaria e socio-sanitaria, che negli ultimi anni ha sofferto di scarso coordinamento e integrazione tra le diverse esperienze regionali e aziendali. L'obiettivo generale è di promuovere la prevenzione e il controllo delle infezioni associate alle organizzazioni sanitarie e socio-sanitarie attraverso lo sviluppo e l'adozione di strumenti comuni tra le Regioni. La struttura operativa è centrata sull'Agenzia Sanitaria Regionale dell'Emilia-Romagna, per l'expertise acquisita.

- *Piano di sostegno alle emergenze biologiche*

si tratta di una linea progettuale centrata sull'Istituto Nazionale per le Malattie Infettive "L. Spallanzani", che ha l'obiettivo generale di migliorare la capacità diagnostica di agenti (soprattutto virali) potenzialmente responsabili di emergenze biologiche e supportare la valutazione dei rischi e la gestione dei pazienti.

Rischi ambientali

Nel programma 2004 era presente un'ampia area su "ambiente e clima" con linee progettuali particolarmente attente non solo all'aspetto della sorveglianza, ma anche a quelli dell'intervento e della comunicazione del rischio.

Le linee progettuali avviate possono essere così schematizzate:

- *Anziano e clima*

l'obiettivo generale è di realizzare un piano operativo nazionale per la gestione delle condizioni di emergenza da caldo basato, ove possibile, sui sistemi di allarme HHWW città-specifici, oppure su indicatori meteorologici per l'identificazione dei giorni ad alto rischio, e sull'identificazione della popolazione a rischio (anagrafe della fragilità). Questa linea progettuale è sostenuta da una struttura operativa centrata sul Dipartimento di Epidemiologia dell'ASL Roma E, che è Centro di Competenza Nazionale del Dip.to della Protezione Civile per la prevenzione degli effetti da caldo.

- *Avvio del piano nazionale radon*

l'obiettivo generale è la riduzione del rischio di tumore polmonare connesso all'esposizione al radon mediante l'avvio delle seguenti azioni: valutazione dei rischi connessi all'esposizione al radon in Italia, istituzione e attivazione dell'archivio nazionale radon, sviluppo della mappatura della concentrazione di radon negli edifici, preparazione ed avvio di un piano di informazione della popolazione generale e di gruppi specifici, predisposizione di adeguamenti normativi e linee guida. Questa linea progettuale è sostenuta da una struttura operativa centrata sull'ISS, Dip.to Tecnologie e Salute.

- *Salute e campi elettromagnetici*

l'obiettivo generale è la creazione presso il CCM di una struttura di riconosciuta competenza per la valutazione di dati scientifici, la stima dei rischi sanitari e la relativa comunicazione al pubblico; questa struttura potrebbe costituire il riferimento istituzionale per le strutture locali, sia sanitarie sia di protezione ambientale. Questa linea progettuale è sostenuta da una struttura operativa centrata sull'ISS, Dip.to Tecnologie e Salute.

- *Osservatorio acqua e salute*

l'obiettivo generale è la gestione in maniera integrata delle informazioni e dei dati di monitoraggio per una corretta valutazione del rischio sanitario e la sorveglianza delle patologie, mediante l'istituzione di un Osservatorio "Acqua e Salute" in ambito CCM. Questa linea progettuale è sostenuta da una struttura operativa centrata sull'ISS, Dip.to Ambiente e Connessa Prevenzione Primaria.

Area incidenti

Questa area includeva linee progettuali sulle tre tipologie principali di incidenti: stradali, domestici e nei luoghi di lavoro. Ad oggi è stata attivata solo la linea progettuale sugli infortuni nei luoghi di lavoro con una struttura operativa che vede l'integrazione tra l'Istituto Superiore per la Prevenzione e la Sicurezza del Lavoro (ISPESL) e due Regioni (Piemonte e Toscana).

Area malattie croniche

- *Rischio cardiovascolare*

E' stato predisposto il progetto CUORE, guidato da un Comitato Scientifico, sostenuto da una struttura operativa presso il CNESPS. Il progetto Cuore mette a sistema diverse iniziative indirizzate alla prevenzione cardiovascolare: per quanto riguarda la prevenzione individuale, l'obiettivo è la diffusione della carta e del punteggio del rischio cardiovascolare nello studio del medico di famiglia. In questo ambito il CCM, rafforzando o consentendo la collaborazione tra CNESPS, AIFA, Medici Generali, Associazioni dei Cardiologi e Regioni, ha:

- realizzato accordi con le Società Scientifiche e le associazioni dei Medici di famiglia;
- predisposto un Piano di Formazione, progettato in collaborazione con la Direzione delle professioni sanitarie e una specifica task force;
- preparato le linee operative per i piani regionali di prevenzione 2005-2007:
 - per l'applicazione della carta del rischio cardiovascolare e
 - per la prevenzione delle recidive degli accidenti cardiovascolari.

- *Rischio Oncologico*

E' stato predisposto il piano screening che, in attuazione della Legge 138/2004 art.2bis, sostiene lo sviluppo di tre screening oncologici per la diagnosi e il trattamento precoci e la riduzione della mortalità dei tumori della cervice uterina, della mammella e del colon retto, in tutto il Paese, mirando a ridurre le disparità che si osservano tra le diverse Regioni. Il piano è guidato da tre Comitati costituiti con Decreto Ministeriale, mentre l'operatività è garantita dall'Osservatorio Nazionale Screening, un network di centri regionali, con cui è stata stipulata una convenzione.

Un'importante interazione con il Piano Nazionale della Prevenzione 2005-2007, per cui il CCM ha definito le linee operative per la pianificazione regionale, ha potenziato il piano screening e consentito alle regioni di progettare il rilancio e la generalizzazione degli screening entro l'agosto 2005.

Lo sviluppo del piano screening potrà infine avvantaggiarsi delle attività della Commissione Oncologica nazionale.

- *Rischio Diabete*

Il Progetto IGEA (Integrazione, Gestione e Assistenza del diabete) è stato predisposto da un Comitato Scientifico costituito con Decreto Ministeriale. La Struttura Operativa che garantisce l'operatività è presso il CNESPS.

Il progetto IGEA mira a sperimentare estesamente sul territorio nazionale i metodi di *disease management* del diabete per ridurre l'incidenza di complicanze e migliorare l'assistenza.

Il CCM ha anche elaborato le linee operative per la pianificazione regionale, in base al Piano Nazionale della Prevenzione 2005-07, ai sensi dell'Intesa Stato Regioni del 23 Marzo 2005.

Lo sviluppo del Progetto potrà avvantaggiarsi delle attività della Commissione Nazionale Diabete.

- *Fumo di tabacco*

La Direzione Operativa del CCM ha sviluppato la "Strategia per la prevenzione dei danni del fumo", approvata dai Comitati Scientifico e Tecnico, che prevede lo sviluppo di azioni per la tutela della salute dal fumo passivo, per evitare l'iniziazione al fumo e favorire la disassuefazione dei fumatori. Ad ogni livello sono previste l'adozione di provvedimenti normativi ed amministrativi (divieto di fumo, controllo delle pubblicità, etichettatura dei prodotti, politiche dei prezzi, controllo del traffico illecito, ecc.) e l'attivazione di interventi di promozione della salute, informazione, prevenzione, rivolti a gruppi o comunità ed a singoli individui.

Per la guida della strategia è stato costituito un Sottocomitato Scientifico di progetto del CCM. Sono state stipulate due convenzioni: con la Regione Emilia-Romagna, per la realizzazione di un piano nazionale di formazione sul tabagismo rivolto a pianificatori regionali ed operatori pubblici e del privato sociale e con la Regione Veneto per lo sviluppo di attività di prevenzione di provata efficacia, nonché di un'azione di supporto alla legge 3/2003 sulla tutela dei non fumatori, attraverso il monitoraggio.

- *Contrasto alla diffusione dell'obesità - alimentazione ed attività fisica*

La Direzione Operativa del CCM ha sviluppato una strategia per favorire l'adozione di corrette abitudini alimentari e aumentare il livello di attività fisica della popolazione, mediante l'attivazione di interventi di dimostrata efficacia. La strategia ha consentito di elaborare le linee operative per la pianificazione regionale (Piano Nazionale della Prevenzione 2005-2007).

- *Sorveglianza a sostegno delle strategie contro le malattie croniche (PASSI)*

Un elemento della programmazione strategica del CCM era la progettazione e l'implementazione di un sistema di sorveglianza a sostegno delle strategie di prevenzione delle malattie croniche, dei fattori di rischio e di quelli che proteggono da queste malattie. Sul modello del Behavioral Risk Factor Surveillance dei paesi del Nord America, è stato progettato il sistema di sorveglianza PASSI (Progressi delle Aziende Sanitarie per la Salute in Italia).

Il Comitato Scientifico ha autorizzato lo svolgimento di uno studio pilota, effettuato in pochi mesi dal CNESPS, in 123 Aziende Sanitarie, con la collaborazione dei Dipartimenti di Prevenzione. Vaccinazioni, screening oncologici e fumo sono alcuni ambiti analizzati da PASSI, ma non i soli. Obiettivo dello studio, infatti, è sperimentare una sorveglianza sullo stato di salute, attraverso un monitoraggio anche dell'attività fisica, dell'alimentazione, del consumo di alcol, della sicurezza stradale, di ipertensione e ipercolesterolemia, insomma delle abitudini, degli stili di vita degli italiani e dei risultati dei programmi di intervento che il Paese sta realizzando per modificare i comportamenti a rischio. Lo studio pilota è stato bene accolto dal sistema sanitario. Nel 2006 sarà necessario passare all'implementazione del vero e proprio sistema di sorveglianza, passando da un'indagine trasversale al sistema di sorveglianza, con campioni mensili.

- *Registri Tumori*

Un progetto è stato avviato per favorire lo sviluppo della rete dei registri tumori, in modo da avere informazioni più affidabili, tempestive ed accessibili. Queste finalità sono perseguite grazie ad una convenzione con l'Associazione Italiana dei Registri Tumori, che sarà impegnata con il CCM a:

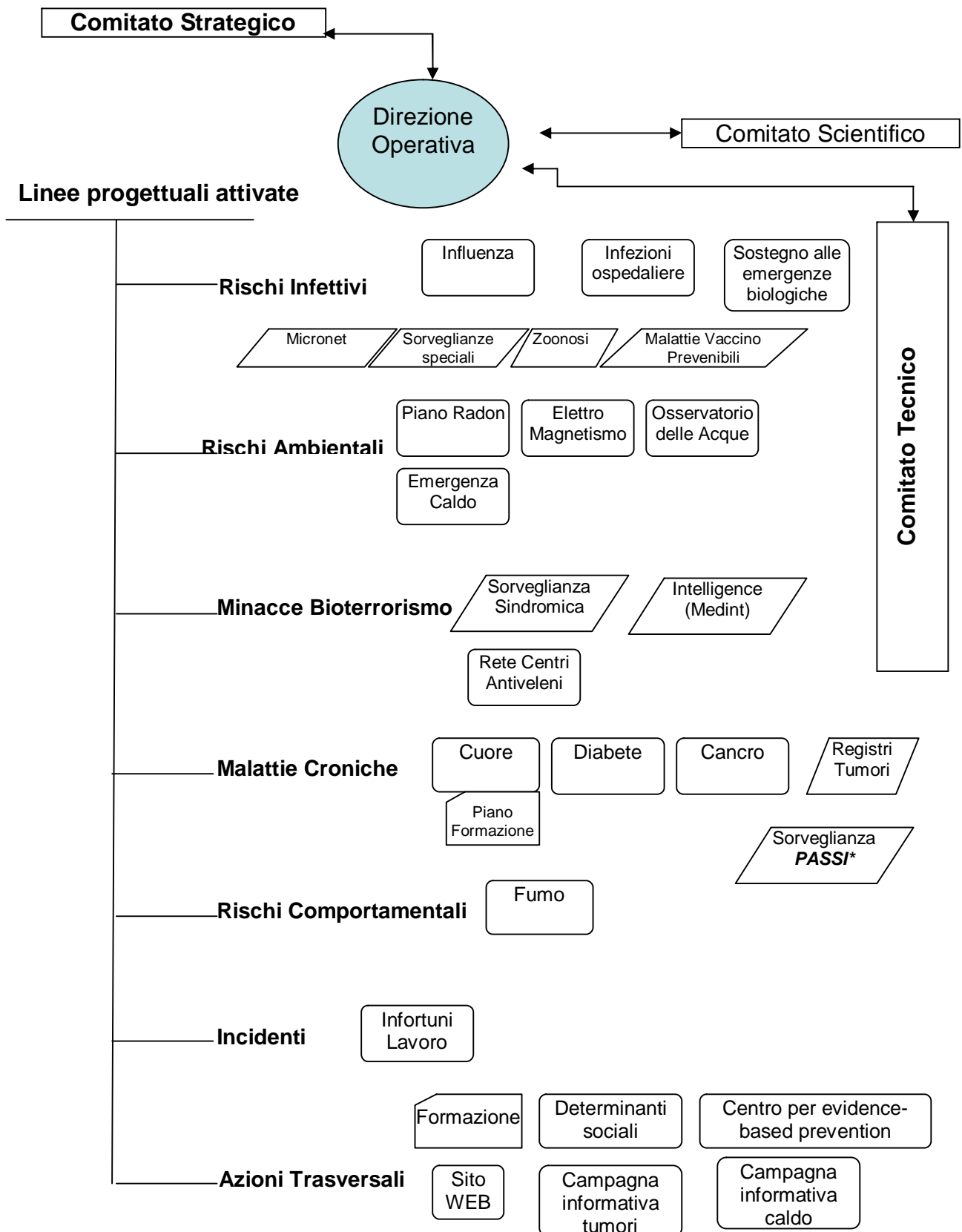
- implementare registri tumori nelle regioni meridionali (miglioramento della rappresentatività);
- applicare metodi automatici per migliorare l'efficienza;
- utilizzare l'Internet per migliorare l'accessibilità dei dati.

Area formazione

Il programma 2004 aveva individuato un'importante linea progettuale per supportare la formazione per l'indagine epidemiologica di campo e per fornire assistenza alle Regioni e ai Dipartimenti di Prevenzione delle ASL. L'obiettivo generale è di formare professionisti della salute che, con metodi sperimentati e uniformi, siano capaci della raccolta, elaborazione e interpretazione di dati di sorveglianza e delle indagini rapide ad hoc, della realizzazione di indagini in caso di epidemia, e della programmazione per obiettivi, adottando interventi di efficacia nota e valutandone i risultati e l'impatto. Questa linea progettuale è sostenuta da una struttura operativa centrata sull'ISS, CNESPS.

Figura 1

Uno sguardo d'insieme del CCM oggi



PASSI acronimo di Progressi delle Aziende sanitarie per la Salute in Italia*

Fattori di successo

I fattori essenziali che hanno consentito di avviare la macchina del CCM e l'operatività del programma 2004 sono stati:

1. il funzionamento del Comitato Scientifico, che ha svolto un'azione di supporto critico e di valutazione costruttiva nell'esame dei progetti, preliminarmente alla loro approvazione;
2. lo sviluppo di una metodologia standard per la progettazione, centrata sull'analisi critica dei problemi affrontati, l'esplicitazione degli obiettivi e la valutazione del processo e dei risultati mediante indicatori. La definizione di questa metodologia standard ha consentito di avere progetti omogenei dal punto di vista metodologico e valutabili;
3. l'istituzione per varie linee progettuali di comitati scientifici ad hoc, preposti alla guida dei progetti; questi comitati sono organismi abbastanza agili, in grado di garantire il legame con la scienza e la rappresentanza nel CCM di società scientifiche e professionali, enti e istituzioni, senza per questo diventare improduttivi o ingovernabili;
4. l'attivazione di convenzioni con istituzioni credibili per l'attuazione dei progetti;
5. il collegamento tra attività istituzionali del Ministero della Salute e delle Regioni e progetti CCM. Ad esempio:
 - collegamento tra i progetti di prevenzione oncologica e l'attività della commissione oncologica nazionale;
 - collegamento tra i progetti per la prevenzione delle complicanze del diabete e le attività della commissione nazionale diabete;
 - coordinamento del Piano Nazionale della Prevenzione 2005 – 2007 affidato al CCM dall'Intesa Stato-Regioni del 23 Marzo 2005.

Punti di debolezza

1. Risposta agli eventi acuti

La progettazione relativa al potenziamento della capacità di risposta agli eventi acuti, infettivi e non, è in ritardo per vari aspetti: organizzativi (ad esempio, identificazione di responsabilità e competenze ai vari livelli centrali e regionali, reciproche integrazioni tra il mondo dell'assistenza e quello della sanità pubblica), capacità di identificazione tempestiva degli eventi, sia come sorveglianza epidemiologica (tempestiva identificazione di *cluster*, analisi rapida della mortalità, ecc.) sia come capacità diagnostica, comunicazione del rischio.

2. Ritardi nella predisposizione ed attivazione di alcuni progetti strategici per il CCM

- revisione del sistema di sorveglianza delle malattie infettive
- progetti intersettoriali: obesità, attività fisica, incidenti stradali e domestici.

3. Carenza di integrazione tra progetti diversi

Progetti diversi tra loro necessitano della partecipazione di attori uguali: ad esempio, il medico di medicina generale gioca un ruolo di interlocutore privilegiato in progetti quali il disease management del diabete, l'adozione della carta del rischio cardiovascolare, l'informazione ai pazienti sui rischi di incidenti domestici; mentre i servizi di Pronto Soccorso sono coinvolti sia nella sorveglianza degli incidenti (domestici, stradali) che delle sindromi (sorveglianza sindromica). Questi progetti si gioverebbero di una azione coordinata per coinvolgere gli attori interessati; per esempio, nel caso dei medici di medicina generale, bisognerebbe lavorare con le Regioni perché si condividesse la possibilità di inserire negli accordi decentrati della medicina generale obiettivi di valutazione legati alla partecipazione a questi progetti. Contemporaneamente, bisognerebbe lavorare con le società scientifiche interessate per individuare obiettivi realistici e indicatori che le Regioni potrebbero utilizzare.

4. Monitoraggio e valutazione dei progetti

Pur avendo previsto nello standard di progettazione la valutazione di processo e dei risultati dei progetti, non è stato ancora perfezionato il piano operativo del monitoraggio e della valutazione di qualità che dovrà accompagnare la rendicontazione trimestrale dei responsabili dei diversi progetti.

5. Comitato Tecnico

In questi primi mesi di vita del CCM è stata rilevata una notevole difficoltà di attivazione del Comitato Tecnico. Nel disegno del CCM questo Comitato, costituito da rappresentanti delle Regioni e Province

autonome più cinque membri di nomina del Ministro della Salute, dovrebbe giocare un ruolo di raccordo con il Sistema Sanitario. A differenza quindi del Comitato Scientifico, che è un vero e proprio organo collegiale, il cui parere per i progetti CCM è vincolante, il Comitato Tecnico deve portare le esigenze delle Regioni dentro il CCM e garantire l'operatività dei progetti che vedono coinvolte le Regioni e il Sistema Sanitario. La difficoltà a far funzionare bene questo Comitato è imputabile a carenze di comunicazione ed alla debolezza delle stazioni regionali di sanità pubblica, che rende arduo per le Regioni seguire l'insieme dei progetti CCM.

6. Direzione Operativa del CCM

Il decreto che organizza il CCM ne affida la guida dell'operatività al Dipartimento della Prevenzione e della Comunicazione (DPC), individuando il Direttore Operativo del CCM nella figura del Direttore Generale della Prevenzione Sanitaria.

A seguito di queste determinazioni, il DPC e, in particolare, la Direzione Generale della Prevenzione Sanitaria (DG-PREV) hanno visto moltiplicate le loro competenze senza un contemporaneo adeguamento del modello organizzativo.

La DG-PREV, come organizzazione, può essere classificata come una tipica burocrazia professionale, secondo Mintzberg. La divisione del lavoro è garantita da un disegno piramidale basato su 10 uffici. Ogni ufficio prende in carico una serie di argomenti che dovrebbero esaurire tutte le problematiche ad esso riconducibili. Questa organizzazione dovrebbe garantire che qualsiasi richiesta riceva una risposta esauriente, essendo gli uffici autosufficienti e bene individuati nelle competenze. Tale tipo di organizzazione non richiede che gli uffici comunichino tra loro; l'integrazione è garantita dalla Direzione Generale.

I vantaggi di organizzazioni come la DG-PREV sono: la stabilità, l'equiripartizione delle responsabilità, la capacità di elevati volumi di produzione su procedure già apprese ed assimilate, il prestarsi al controllo politico. Gli svantaggi sono: la difficoltà ad innovare e ad affrontare problemi nuovi, l'incapacità a collaborare sia all'interno che con l'esterno, la rigidità e l'incapacità di adattarsi ai mutamenti dell'ambiente.

Dato tale modello organizzativo, la DG-PREV si è trovata impreparata ad un ruolo attivo, con caratteristiche quasi imprenditoriali e modalità di lavoro "per progetti e obiettivi" che le venivano affidate con il CCM. Per affrontare queste difficoltà, senza intaccare il disegno organizzativo di fondo, la Direzione Generale ha introdotto alcune nuove modalità di lavoro e ha creato alcune linee di attività trasversali: le competenze amministrativo-contabili sono state accentrate nell'ufficio amministrativo, è stata avviata un'intensa formazione interna, è stato valorizzato l'approfondimento scientifico. Inoltre, è stato creato un embrione di staff al Direttore Operativo del CCM con la principale funzione di guidare il lavoro per progetti.

Programma 2005

Proseguendo secondo le direttrici strategiche del programma 2004, e tenendo conto dei punti di forza e di debolezza individuati in questo documento, il programma 2005 dovrà non solo garantire coerenza con le priorità indicate dal D.M organizzativo del 1° luglio 2004, ma anche rispondere agli impegni del Piano Nazionale di Prevenzione definito con l'intesa Stato-Regioni del 23 marzo 2005, che si affianca all'impegno CCM con ben 1320 M € di fondi regionali dedicati.

Sono state quindi individuate le linee progettuali di seguito riportate.

1. Sostegno alle funzioni regionali del CCM

Allo stato attuale, con il programma 2004 sono state avviate 22 linee progettuali e altre 5 stanno per iniziare. In questa situazione diventa urgente rinforzare il raccordo tra il CCM e le "stazioni di sanità pubblica" delle Regioni. Il CCM deve offrire un forte sostegno alle Regioni, perché siano garantite sia le attività di sviluppo e monitoraggio dei progetti CCM che le attività riguardanti l'implementazione dei Piani Regionali di Prevenzione. Tuttavia, la vera priorità nella definizione di una funzione regionale di raccordo con il CCM risiede nella necessità e nell'urgenza di sviluppare un'efficiente capacità di risposta alle emergenze di salute pubblica. Questa dovrà realizzarsi attraverso la costituzione di una rete nazionale, in cui le "stazioni regionali" siano collegate (mediante reti telematiche, telefoniche, ecc.) tra loro e siano in grado di coordinarsi in modo coerente (protocolli di intervento) su alcuni eventi acuti importanti: malattie infettive, in particolare focolai epidemici, emergenze ambientali, come quelle conseguenti alla gestione dei rifiuti o quelle conseguenti al rischio da terrorismo NCR, ecc.

I comitati del CCM, in particolare il Comitato Tecnico, dovranno svolgere un ruolo di primo piano in questo processo di definizione operativa del tipo di collaborazione tra il CCM e la singola Regione. Occorrerà, infatti, il contributo dei membri del Comitato per definire preliminarmente le principali "criticità" (di qualunque tipo) in ciascuna Regione, in modo da "personalizzare" quanto più possibile le soluzioni da adottare al fine di rafforzare queste stazioni regionali e renderle capaci di dare risposte appropriate. Infatti, la situazione è sicuramente molto diversificata, essendoci casi in cui sarà necessario migliorare ulteriormente funzioni in strutture già solide, oppure casi in cui occorrerà dare sostegno in situazioni di particolare debolezza; queste possono andare dalla scarsità di risorse umane, alla precarietà organizzativa, all'esistenza di strutture regionali poco collegate con le realtà territoriali, ecc. Anche la gestione delle risorse potrà essere diversificata a secondo delle peculiarità riscontrate, andando da una gestione coordinata centralmente dagli organismi CCM ad un totale affidamento delle risorse stesse alle Regioni.

Allo scopo di costruire un adeguato raccordo tra il CCM e le Regioni sarà trasferito a queste ultime circa un terzo dell'intero budget del programma 2005, per un importo complessivo di 8 milioni di euro. Al riguardo, si precisa che degli 8 milioni di euro, 1,6 milioni di euro sono stati prelevati dal D.M. 6 luglio 2005 di approvazione del Piano di prevenzione e comunicazione sull'emergenza caldo in quanto uno dei progetti, denominato "Azioni a livello regionale: avvio dei registri attivi anziani fragili", non è più ritenuto strategico nell'ambito delle attività del CCM per l'anno 2005.

2. Sviluppo della capacità di risposta alle emergenze di salute pubblica

In linea con la missione del CCM, sarà rafforzata l'area di preparazione alle emergenze di salute pubblica, naturali e intenzionali, biologiche e non, ad esempio, focolai epidemici da agenti biologici, attacchi terroristici di natura biologica e non, emergenze ambientali.

Le emergenze di salute pubblica sono spesso motivo di preoccupazione ed allarme nella popolazione e richiedono catene di comando e interrelazioni istituzionali predefinite con chiarezza.

Si vuole sviluppare un progetto coordinato centralmente per la realizzazione del piano nazionale di allarme e risposta alle emergenze di salute pubblica, che affronti i seguenti aspetti: gestione dei flussi informativi, preparazione del sistema sanitario nelle sue diverse articolazioni (istituzionali e territoriali), funzioni di coordinamento, attività di comunicazione, consulenza tecnico-scientifica, interrelazioni con i settori non sanitari, gestione del piano. E' prevista la creazione di una "sala situazione" centrale, cui dovranno afferire i diversi flussi informativi utili all'identificazione di situazioni emergenziali, che sia in collegamento con una rete nazionale di comunicazione e intervento ai diversi livelli istituzionali. La "sala situazione" si dovrebbe configurare come uno snodo informativo cruciale tale da facilitare la lettura delle allerte in termini di rischi reali per la salute pubblica e la capacità di dare risposte coordinate e appropriate ai vari livelli, dallo stato di attenzione a quello di emergenza in presenza, ad esempio, di eventi inattesi/inusuali, pericolosi per la salute pubblica. A tal fine, è prevedibile anche l'utilizzo di personale del Ministero della Salute.

A questa linea progettuale afferiscono alcuni progetti del 2004, quali la sorveglianza sindromica, l'implementazione del sistema di sorveglianza e allerta ai confini del Paese, il piano di sostegno alle emergenze

biologiche, il perfezionamento dell'intelligence per attacchi biologici e chimici (progetto MEDINT della Sanità Militare).

Inoltre, nel 2005 si intende sostenere alcuni sistemi di sorveglianza dedicati a situazioni emergenziali:

- il sistema basato sulla rete dei Centri Antiveneni, già avviato con il programma 2004, che ha l'obiettivo di mettere a punto un modello di sorveglianza fondato sulle osservazioni effettuate dai Centri Antiveneni e che sia in grado di contribuire alla rilevazione tempestiva di sindromi associabili al rilascio accidentale o intenzionale di agenti pericolosi;
- la sorveglianza delle tossinfezioni alimentari, che ancora oggi soffre di limitata sensibilità nell'identificazione degli eventi sporadici e in forma epidemica.

3. Prevenzione e promozione della salute

Il programma 2004 è stato contraddistinto da un forte investimento su interventi di prevenzione di comunità e individuale delle patologie acute (malattie infettive, danni da incidenti), ma soprattutto delle malattie cronicodegenerative. Questi interventi, che costituiscono anche l'oggetto principale del Piano Nazionale della Prevenzione, si fondano sulla valorizzazione delle risorse del Servizio Sanitario Nazionale: professionali (medici di medicina generale, pediatri di libera scelta, specialisti come cardiologi, diabetologi, oncologi, ecc.) e organizzative (Distretti, Dipartimenti di Prevenzione, Ospedali, ecc.).

La collaborazione costruita tra queste risorse e il CCM durante l'attuazione dei progetti, inclusi nel programma 2004, dovrà essere sostenuta anche con il programma 2005, in particolare per i progetti riguardanti il rischio cardiovascolare, la sorveglianza nutrizionale e il contrasto al sovrappeso/obesità, il fumo di tabacco.

Rischio cardiovascolare

Con il programma 2005, tra le altre azioni, si vuole sostenere la sorveglianza degli eventi coronarici e cerebrovascolari, in modo da accompagnare la pianificazione e la valutazione degli interventi di prevenzione.

Coerentemente anche con quanto previsto nelle linee operative per i Piani Regionali di Prevenzione sulla prevenzione delle recidive degli accidenti cardiovascolari, sarà dato sostegno al Registro nazionale degli eventi coronarici e cerebrovascolari acuti (fatali e non fatali), coordinato dall'ISS, che ha l'obiettivo di stimare la frequenza di questi eventi nella popolazione di età compresa fra 35 e 74 anni. Il Registro nazionale, dove convergono i dati raccolti sul territorio, permette di produrre stime attendibili dei tassi di incidenza, di attacco, della letalità degli eventi coronarici e cerebrovascolari, oltre alla frequenza nell'utilizzo di procedure diagnostiche e terapeutiche in fase acuta e post-acuta.

Sorveglianza nutrizionale e contrasto al sovrappeso/obesità

In linea con la strategia di intervento per la prevenzione dell'obesità messa a punto dal CCM e coerentemente con le linee operative per i Piani Regionali di Prevenzione sulla sorveglianza e la prevenzione dell'obesità, questa linea progettuale sarà sviluppata secondo le seguenti direttrici:

- definizione di un sistema di sorveglianza su sovrappeso ed obesità, pattern nutrizionali e di attività fisica nella popolazione italiana nell'età infantile e tra i 18 e 65 anni, al fine di ottenere dati sufficientemente affidabili per monitorare gli andamenti temporali e le differenze territoriali, stabilire obiettivi realistici degli interventi e verificarne l'impatto;
- promozione e sostegno di interventi di prevenzione considerati di maggiore efficacia in termini di salute pubblica e raccomandati dall'Unione Europea o dall'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) (ad esempio, promozione della pratica di attività fisica, sviluppo di campagne di informazione nutrizionale, ecc.).

Data l'intersectorialità di questa linea progettuale, particolare attenzione sarà posta all'individuazione della partnership, mirando alla creazione di una rete di Istituzioni ed Enti (ad esempio, istituti centrali, come l'INRAN, le Regioni e le Province autonome, ecc.), che condividano obiettivi comuni e definiscano ruoli, regole e modalità di azione e valutazione.

Fumo di tabacco

Si proseguirà nelle attività volte all'implementazione della "Strategia nazionale per la riduzione dei danni del fumo", consolidando gli interventi avviati nel primo anno.

In particolare saranno realizzati interventi per favorire:

- il sostegno all'applicazione dell'art.51 della legge 3/2003 "Tutela della salute dei non fumatori", per far sì che aziende e altre strutture pubbliche e private divengano soggetti promotori di politiche attive contro il fumo; verranno individuate opportunità di grande impatto mediatico per la promozione di stili di vita salutari, come i giochi olimpici invernali di Torino 2006, che rappresentano un'occasione preziosa per diffondere messaggi sullo sport libero dal fumo;
- il sostegno agli interventi contro l'iniziazione del fumo, incluso l'avvio della sorveglianza tra gli adolescenti scolarizzati (progetto in collaborazione con OMS e CDC);
- il sostegno ai fumatori attraverso la promozione dei centri antitabacco, dell'intervento di *minimal advice* nell'ambito delle cure primarie e della disassuefazione assistita farmacologicamente.

4. Valorizzazione di fonti e flussi informativi esistenti

Il Servizio Sanitario Nazionale produce nella sua attività una serie estesa di dati orientati per lo più alla gestione amministrativa dell'assistenza sanitaria. Tali dati contengono in modo potenziale numerose informazioni preziose per la descrizione dello stato di salute del Paese, per la caratterizzazione epidemiologica di molte patologie e per la valutazione dell'assistenza/intervento sanitario.

Si vuole pertanto costruire un sistema che garantisca l'utilizzo epidemiologico di ampie basi di dati provenienti dal Servizio Sanitario Nazionale, così come da altre fonti, ad esempio le statistiche di mortalità, nell'ottica della creazione di una banca dati e di un servizio di fornitura di analisi semplificate delle informazioni disponibili, da offrire in primo luogo ad utenti istituzionali, quali Regioni, Aziende Sanitarie Locali, che li utilizzerebbero, ad esempio, nella pianificazione sanitaria, e non a scopi di ricerca.

Con il programma 2005, il CCM intende inoltre garantire un tempestivo utilizzo delle informazioni sui decessi disponibili presso le anagrafi comunali, allo scopo di consentire l'identificazione precoce di *cluster* di eventi acuti (ad esempio, eccesso di morti per sindromi influenzali, o durante ondate di calore, o per patologie ad origine incerta, ecc.). La mortalità, infatti, è il più solido degli indicatori epidemiologici, particolarmente appropriato per studiare le conseguenze più gravi sulla salute in seguito ad eventi peculiari, come i periodi molto caldi o freddi o le epidemie influenzali, e in particolare nei soggetti più fragili, come delle persone anziane o bambini piccoli.

Non esiste, però, nel nostro Paese un sistema che permetta di conoscere rapidamente i dati di mortalità a livello nazionale ed elaborarli in maniera tempestiva con appropriata metodologia epidemiologico-statistica. E', quindi, prioritario per il CCM costruire un sistema di rilevazione rapida della mortalità, che si basa sulla raccolta attiva dalle anagrafi comunali dei record individuali anonimi delle persone decedute durante ciascun mese dell'anno.

In linea con l'obiettivo di valorizzazione delle fonti informative esistenti, il CCM propone di costruire, insieme alle Regioni e alle Province autonome, un sistema di sorveglianza degli eventi acuti basato sui servizi di Pronto Soccorso, in raccordo con il progetto MATTONE "Pronto Soccorso e Sistema 118". In Italia, infatti, i servizi di Pronto Soccorso contengono un potenziale informativo non ancora sufficientemente valorizzato; è il caso, ad esempio, delle cause esterne e delle modalità di accadimento degli incidenti, che spesso rimangono informazioni "mute" ai fini della sorveglianza di questi eventi. Nel progetto afferiranno almeno tre linee progettuali della programmazione 2004: incidenti stradali e domestici e sorveglianza sindromica (sorveglianza di sindromi, come quella respiratoria o gastroenterica acuta, ottenuta catturando le informazioni sui motivi principali del triage e sulle diagnosi di dimissione dai servizi di Pronto Soccorso).

La realizzazione di tale sorveglianza è coerente con quanto viene fortemente raccomandato nelle linee operative sulla prevenzione degli incidenti domestici e stradali, inclusa nella pianificazione regionale ai fini dell'intesa Stato Regioni del 23 marzo 2005.

5. Interventi di sostegno rivolti ai soggetti vulnerabili

Viene proposta una nuova linea progettuale dedicata ai soggetti più vulnerabili della popolazione, non considerati nel programma 2004 del CCM, per promuovere specifici interventi strategici di prevenzione nel campo della salute mentale, della salute materno-infantile e della disabilità.

Salute mentale (piano nazionale per la prevenzione della schizofrenia e della depressione)

Il CCM intende sviluppare due azioni specifiche, mirate a contrastare l'insorgenza e l'evoluzione delle psicosi schizofreniche, da un lato, e della depressione, dall'altro. Ciò in base all'impatto "drammatico" dei dati di prevalenza di tali patologie, in termini di sofferenza individuale e di costi sociali.

La letteratura scientifica più recente è concorde sul fatto che, se la prevenzione primaria della schizofrenia e dei disturbi correlati rimane per ora "fuori portata", ci sono però eccellenti prospettive per l'intervento precoce e per lo sviluppo della prevenzione secondaria. Quest'ultima può condurre a:

riconoscimento precoce di nuovi casi, riduzione del ritardo nel mettere in atto un trattamento efficace, possibilità di ricevere un trattamento ottimale e prolungato nel "periodo critico" dei primissimi anni di malattia.

L'intervento precoce può aiutare a prevenire i notevoli deterioramenti nell'ambito biologico, psicologico e sociale che spesso possono verificarsi nei primi anni che seguono l'esordio psicotico. Significativi ritardi nell'inizio di un trattamento efficace possono vanificare gli sforzi preventivi. I benefici potenziali di un intervento precoce includono:

riduzione della morbilità, processo di guarigione più rapido, prognosi migliore, mantenimento di abilità psicosociali, conservazione di supporti familiari e sociali, minore necessità di ospedalizzazione.

Per quanto riguarda la depressione, le stime dell'OMS e i dati di letteratura suggeriscono sostanziali interventi di salute pubblica per contrastare la sua diffusione, soprattutto nelle fasce di popolazione a maggior prevalenza ed incidenza, in primo luogo le donne, ma anche i soggetti in età evolutiva e gli anziani..

Su una predisposizione della donna (vulnerabilità) ad ammalarsi di depressione nelle diverse età della sua vita (età fertile, gravidanza, puerperio, menopausa) dobbiamo oggi riconoscere anche l'azione favorente di importanti fattori socio ambientali con le conseguenze che questi possono determinare sul suo funzionamento mentale, sociale ed affettivo.

La depressione nell'anziano è una delle condizioni più comunemente associate al suicidio ed è ampiamente sottostimata e "sottotrattata". Particolarmente diffusa è una tipologia di disturbo depressivo "sottosoglia" che non risponde pienamente ai criteri diagnostici, ma è significativamente associata con un più alto rischio di sviluppare una depressione maggiore. Nell'anziano la depressione spesso è concomitante ad altre patologie.

In età evolutiva sono numerose le evidenze sul rischio depressivo, specie nella fascia preadolescenziale.

Sulla base di tali evidenze, si segnalano alcuni interventi ritenuti prioritari:

- Individuazione precoce della depressione post partum e dei suoi effetti nello sviluppo del bambino.
- Collaborazione tra scuola e servizi di salute mentale per l'individuazione precoce dei disturbi depressivi negli adolescenti (riduzione dei suicidi e dei tentativi di suicidio)
- Sviluppo di interventi integrati socio sanitari di sostegno alle persone anziane a rischio di disturbo depressivo, tramite l'implementazione dei servizi di prossimità di quartiere e di custodia sociale. (riduzione dei suicidi e dei tentativi di suicidio)
- Sviluppo di interventi di auto-aiuto.

Salute materno-infantile

In questo ambito, il CCM vuole promuovere soprattutto la prevenzione primaria di alcuni difetti congeniti, in particolare quelli del tubo neurale, attraverso l'apporto di acido folico. La popolazione bersaglio sarà rappresentata da tutte le donne italiane in età fertile che programmano una gravidanza o non la escludano attivamente.

Sarà potenziato il sistema di sorveglianza dei difetti congeniti, con particolare riferimento a quelli suscettibili di prevenzione con acido folico. L'intervento di prevenzione si baserà sulla promozione di un'alimentazione equilibrata e ricca di alimenti ad alto contenuto di acido folico e sulla promozione di supplementazione di acido folico nel periodo periconcezionale.

Disabilità

In questo ambito, il CCM intende sostenere azioni di sorveglianza, ma anche di comunicazione e di servizio verso una fascia della popolazione spesso inconsapevole anche delle offerte assistenziali e degli ausili disponibili per ridurre le conseguenze dei diversi stati di disabilità. Un maggior grado di consapevolezza e informazioni mirate permetterebbero una migliore integrazione del disabile in ogni ambito sociale, con particolare riferimento alla vita scolastica, professionale e di relazione nel suo complesso.

7. Sostegno alle azioni centrali del CCM

Con il programma 2005, si ripropone una serie di azioni centrali strutturali e funzionali del CCM, essenziali perché la "macchina" cammini e lo faccia in modo adeguato alle sfide poste dalla progettazione del CCM. Si propone inoltre una vasta campagna informativa sugli organi di stampa per la corretta informazione sul rischio di trasmissione dell'influenza aviaria con il consumo di pollo e derivati e, attraverso i canali pubblici della RAI digitale, sui corretti stili di vita a fini di prevenzione.

Come già sottolineato, i primi mesi di vita del CCM, incardinato sul piano istituzionale nel Ministero della Salute, hanno evidenziato alcune criticità organizzative soprattutto della Direzione Generale della Prevenzione Sanitaria, dov'è situato il Direttore Operativo del CCM.

Infatti, nonostante gli adeguamenti apportati a questa Direzione, resta una notevole difficoltà nell'accompagnare il lavoro del CCM, mancando alcune importanti funzioni trasversali, che consentano il continuo interscambio tra i diversi uffici.

Sarà pertanto necessario rinforzare le funzioni di integrazione e raccordo in staff al Direttore Operativo del CCM relative a linee di lavoro trasversali agli uffici della DG-PREV, come l'assistenza alla progettazione, la valutazione di processo e di risultato dei progetti, l'assistenza tecnica e la certificazione dei Piani Regionali di Prevenzione, l'organizzazione della risposta alle emergenze di salute pubblica, la collaborazione nelle attività di informazione, ad esempio, portale CCM.

Campagna informativa nelle scuole sugli stili di vita

La popolazione degli adolescenti è un target cruciale per la promozione di corretti stili di vita ai fini anche della prevenzione di molte patologie cronicodegenerative. Insieme al Ministero dell'Università e della Ricerca Scientifica, il CCM intende promuovere una campagna di informazione e di educazione alla salute nelle scuole, che si avvarrà di opuscoli informativi sui seguenti temi: alimentazione, fumo, alcool, doping, droghe, sessualità, affettività.

TABELLA 1	
Anno 2005 – CCM – Impegni di spesa programmati per le linee progettuali	
Linee progettuali	
1 – sviluppo della capacità di risposta alle emergenze di salute pubblica	400.000
sorveglianza tossinfezioni alimentari	200.000
rete centri antiveleni	200.000
2 – prevenzione e promozione della salute	3.600.000
sorveglianza nutrizionale e contrasto al sovrappeso/obesità	1.800.000
sorveglianza eventi cardiovascolari	1.500.000
fumo di tabacco	300.000
3 – valorizzazione di fonti e flussi informativi esistenti	500.000
costruzione di banche dati	200.000
sorveglianza rapida della mortalità	100.000
servizi di Pronto Soccorso - sorveglianza degli eventi acuti (incidenti stradali e domestici, sorveglianza sindromica)	200.000
4 – sostegno ai soggetti vulnerabili	1.200.000
salute mentale - piano nazionale depressione	500.000
disabilità	100.000
salute materno-infantile - acido folico per prevenzione malformazioni	500.000
salute materno-infantile - prevenzione violenza infantile	100.000
Totale	5.700.000

N.B. Si precisa che i progetti sopra riportati saranno attuati attraverso convenzioni e/o accordi di collaborazione stipulati con gli enti di cui all'art.1, comma 1, lettera a), della Legge n.138 del 26 maggio 2004, nonché con quelli di cui all'art.5 del D.M. 1° luglio 2004, che disciplina l'organizzazione del CCM

TABELLA 2	
Anno 2005 – CCM - Impegni di spesa programmati per le azioni centrali	
Totale azioni centrali del CCM	10.215.000
Spese per il <i>funzionamento</i> (ad es.: missioni componenti organi istituzionali e sottocomitati e gruppi di lavoro CCM; cancelleria; riviste; libri; apparecchiature informatiche; materiale informativo e opuscoli; miglioramento luoghi di lavoro; ecc.)	250.000
Spese per l' <i>attività</i> (ad es.: cooperazione e collaborazione con CDC USA, ECDC, CDC CINA, OMS, OCSE ed altre organizzazioni internazionali; affidamento servizi (ad esempio, servizio traduzione, redazionale, gestione sistema comunicazione interna, ecc.); patrocinio, organizzazione e finanziamento convegni, seminari e conferenze; ecc.)	300.000
Spese per il <i>personale</i> (ad es.: rimborso spese personale di prestito; medici sarsisti; contratti a tempo determinato ex giubilari; corsi di formazione ed aggiornamento; personale da attivare in caso di emergenze di salute pubblica; ecc.)	2.820.000
Sala situazione – rete nazionale *	2.000.000
Sostegno rete USMAF	745.000
Campagna informativa RAI	2.500.000
Campagna informativa sugli organi di stampa riguardo la sicurezza del consumo di pollame e uova	1.000.000
Registro centrale inquinanti chimici	100.000
Campagna informativa sugli stili di vita nelle scuole	500.000
* spesa centrale finalizzata allo sviluppo della capacità di risposta alle emergenze di salute pubblica	
N.B. La tabella 2 riporta gli impegni di spesa programmati per il 2005, che saranno gestiti direttamente dal Ministero della Salute. Le voci riportate tra parentesi sono da intendersi meramente indicative e, quindi, non esaustive	

TABELLA 3	
Anno 2005 – CCM – Impegni di spesa programmati	
Linee progettuali	
1 - sviluppo della capacità di risposta alle emergenze di salute pubblica (1)	400.000
2 - prevenzione e promozione della salute	3.600.000
3 - valorizzazione di fonti e flussi informativi esistenti	500.000
4 - sostegno ai soggetti vulnerabili (2)	1.200.000
Totale linee progettuali	5.700.000
Sostegno alle funzioni regionali del CCM (3)	8.000.000
Azioni centrali del CCM	10.215.000
Totale budget 2005 (4)	23.915.000

(1) vanno aggiunti 735.000 € già impegnati per la campagna informativa sull'influenza con apposito D.M. 18 ottobre 2005

(2) vanno aggiunti 800.000 €, già impegnati per la prevenzione dei danni da caldo, in base al D.M. 6 luglio 2005 che destinava 2.400.000 euro, prelevati dal fondo CCM 2005, al finanziamento del piano di prevenzione e comunicazione sull'emergenza caldo

(3) negli 8.000.000 di euro son inclusi 1.600.000 euro, che sono stati prelevati dal finanziamento approvato col D.M. 6 luglio 2005; da tale finanziamento è stata eliminata la parte di progetto riguardante le cosiddette "Azioni a livello regionale: avvio dei registri attivi anziani fragili"; detta somma sarà ripartita in favore delle Regioni

(4) al totale riportato, vanno aggiunte le somme di cui alle note 1 e 2, per un totale di 25.450.000 euro, corrispondente al budget 2005 del CCM; art. 1, comma 1, legge 138 del 26 maggio 2004

ALLEGATO 1

Riferimenti normativi

- maggio 2004: viene istituito il CCM - legge 138 art. 1
- la stessa legge (art. 2 bis) impegna il Ministero della Salute a portare avanti un programma per la promozione degli screening oncologici
- luglio 2004: viene definita l'organizzazione del CCM con apposito DM
- ottobre 2004: vengono perfezionati i Comitati Strategico, Scientifico e Tecnico con appositi DM
- dicembre 2004: viene approvato il programma annuale 2004, con le linee strategiche del CCM, con apposito DM; l'intero fondo (32 milioni € - legge 138/2004) viene trasferito nell'anno finanziario 2005
- marzo 2005: l'Intesa Stato-Regioni (seduta del 23 marzo 2005) affida al CCM un ruolo di coordinamento del piano Nazionale della Prevenzione 2005 – 2007 con compiti di indirizzo (allegato 2, punto 3) e certificazione dei piani regionali di prevenzione (art. 2, comma 1, lettera e)
- maggio 2005: trasmissione alle Regioni e Province autonome delle linee operative su:
 1. diffusione nella pratica della medicina generale della carta del rischio cardiovascolare;
 2. applicazione di modelli di *disease management* del diabete;
 3. estensione e miglioramento degli screening oncologici, incluso quello del cancro del colon-retto;
 4. piano vaccinazioni.
- luglio 2005: acquisizione dei Piani Regionali di Prevenzione relativi ai punti sopra elencati
- ottobre 2005: trasmissione alle Regioni e Province autonome delle linee operative su:
 1. obesità, con particolare riguardo all'obesità infantile e nelle donne in età fertile;
 2. recidive nei soggetti che già hanno avuto accidenti cardiovascolari
 3. incidenti stradali;
 4. infortuni nei luoghi di lavoro;
 5. incidenti domestici.