

Allegato A

Ministero, della salute



Centro Nazionale per la Prevenzione e il Controllo delle Malattie

PROGRAMMA 2012

1. Premessa

Il Centro nazionale per la prevenzione e il controllo delle malattie (CCM) nasce con legge 26 maggio 2004, n. 138, come organismo di coordinamento tra le Istituzioni sanitarie centrali e quelle regionali per le attività di sorveglianza e prevenzione oltre che di risposta alle emergenze

Secondo il DM 18 settembre 2008, di ulteriore modifica all'organizzazione ed al funzionamento del Centro nazionale per la prevenzione ed il controllo delle malattie, il CCM opera in base ad un programma annuale di attività, che deve essere approvato entro il 30 giugno con decreto ministeriale. Sulla base di tale programma, gli Enti partner (Regioni, ISS, INAIL ed AGENAS) presentano proposte di applicazione, prima, e progetti esecutivi, poi, che vengono approvati o meno dagli organi (Comitato scientifico e Comitato strategico) del CCM e quindi ammessi a finanziamento.

Lo svolgimento del descritto iter ha richiesto, nel 2011, molto tempo ed intenso lavoro. Nel presente, dal momento che il DPCM 20 ottobre 2010 fa durare in carica il CCM fino al 21 luglio 2012 e che il rinnovo dell'Organismo richiede diversi mesi, si rende necessario (così come avvenuto nel 2010, per identico motivo) anticipare la tempistica usuale in modo da arrivare alla scelta finale dei progetti esecutivi entro la predetta data del 21 luglio 2012.

2. L'esperienza maturata

Il CCM, dalla sua nascita ad oggi, si è sempre più orientato su un approccio globale ai temi della prevenzione delle malattie e della tutela della salute. All'interno di tale strategia, l'Organismo sta cercando di contemperare le esigenze che nascono da un approccio ai problemi che quanto più è scientifico tanto più è settoriale, con quelle "di sistema" (e, cioè, di sostenibilità istituzionale, organizzativa ed economica), sulla scia dell'impostazione del Piano nazionale della prevenzione 2010-2012 (PNP) che ha appunto individuato delle Linee di intervento (il cui sviluppo è affidato alle Regioni), cui corrispondono altrettante Linee di supporto (il cui sviluppo è, invece, affidato al Ministero).

In questo percorso di mutua partnership, l'Amministrazione sanitaria centrale e le Regioni hanno condiviso organi, percorsi e decisioni in ambito CCM, nella consapevolezza che il sostegno allo "stare bene" richieda tanto interventi mirati quanto interventi orizzontali e che la prevenzione universale, la medicina predittiva, la prevenzione nella popolazione a rischio, la prevenzione delle complicanze e delle recidive di malattia e la raccolta di dati di interesse sanitario siano e debbano continuare ad essere le leve attraverso le quali far ulteriormente crescere il capitale di salute del nostro Paese. In una parola: "*la prevenzione come cultura*", così come stabilisce il PNP.

Ciò preliminarmente posto, occorre sottolineare che a partire dal 2009, la parte più rilevante del programma CCM è stata espressamente dedicata al sostegno del PNP e di Guadagnare salute. In relazione a tale fortemente partecipata scelta, nel corso del tempo, il CCM ha sia sempre meglio esplicitato i criteri di ammissibilità al finanziamento (attraverso, ad esempio, la valorizzazione delle proposte che si basino su evidenze, che siano facilmente attuabili nella pratica del SSN, che abbiano il carattere della macroprogettualità, ecc.), sia affinato aspetti procedurali (quali, ad esempio, il sottoporre al preliminare e vincolante vaglio di Regioni, ISS, INAIL e Agenas la presentazione delle lettere d'intenti di applicazione al programma, il sottoscrivere gli accordi di collaborazione direttamente con gli Enti partner, ecc.). Va da sé che gli accennati interventi non sono fini a sé stessi ma vanno iscritti in una logica volta a trasferire l'esecuzione, i risultati e l'usufruità delle progettualità promosse dal CCM sempre più sul territorio dove i cittadini vivono ed operano. Nuovamente in una parola: "*la persona al centro del progetto di salute*", così come impone il PNP.

La risposta all'impostazione appena accennata del lavoro del CCM delle ultime tre annualità è stata estremamente positiva come può essere ben testimoniato dal rilievo che le proposte di applicazione al programma sono in costante ed impetuosa crescita, tanto che nel 2011 ne sono pervenute addirittura più di 600. Non di meno, questo stesso dato, oltre a riconoscere l'oggettivo aumento di appeal del CCM, è anche la spia di un pericolo – la estrema frammentazione degli interventi (in termini di obiettivi, target e risultati complessivi di salute) - che va assolutamente

evitato non solo in quanto sarebbe in stridente contraddizione con gli intenti strategici fin qui sostenuti ma anche perché potrebbe portare – come in effetti si è parzialmente verificato nel 2011 - al paradosso di item progettuali che a valutazione effettuata si ritrovano orfani. Il Comitato strategico del CCM, in sede di approvazione dei progetti esecutivi 2011, ha condiviso queste preoccupazioni e - per contrastare sul nascere il paventato rischio di una non desiderata frammentazione degli interventi progettuali – ha espresso la necessità di introdurre dei correttivi. Tali correttivi non possono che andare in due direzioni correlate:

- razionalizzare la scelta degli item raggruppandoli per grandi temi; e
- stabilire che ciascun Ente partner (e, cioè: ogni Regione e Provincia autonoma, ISS, INAIL e Agenas) non possa presentare più di quindici proposte di applicazione al presente programma.

Di tale orientamento tiene doverosamente conto il programma CCM 2012 (come esposto nel successivo paragrafo 4 e come stabilito nel successivo paragrafo 5).

3. Le prospettive

Il cammino del CCM riflette strettamente quello del PNP, motivo per il quale si rende necessario – sia pure schematicamente - fare preliminarmente il punto sull'orizzonte del piano riguardo ad almeno tre dimensioni essenziali:

- il PNP – ancorchè abbia scontato in partenza la necessità di un certo rodaggio – è comunque avviato sia sul versante delle Linee di intervento identificate nei Piani regionali della prevenzione (PRP) che su quello delle Linee di supporto ministeriali. E' del tutto probabile che - se si confermeranno gli orientamenti fin qui emersi – si possa andare fin dai primi mesi del 2012 ad un'Intesa Stato-Regioni che proroghi la vigenza del PNP per ulteriori 2/3 anni in modo da consolidare e dare una prospettiva di più lungo periodo a quanto tutte le strutture aziendali coinvolte vanno oggi realizzando sul territorio. Peraltro, il medesimo strumento normativo potrebbe essere lo strumento per enunciare le regole per la riprogrammazione dei PRP deliberati dalle Giunte Regionali a fine 2010, sia per dilatarne i termini, sia - qualora ce ne fosse la necessità – per intervenire sugli obiettivi di salute ricompresi o da ricomprendere nel PRP;
- tutte le Regioni sono state valutate positivamente per il 2010 ai fini della certificazione prevista dall'Intesa Stato-Regioni del 29 aprile 2010 (il che riconosce pienamente la qualità dello sforzo programmatico regionale) ed è già stato avviato il processo di valutazione relativo al 2011 sugli avanzamenti dei PRP. Quest'ultima circostanza impone una doverosa considerazione non tanto di merito (sul quale si avrà modo di riferire ampiamente nel prossimo programma CCM) quanto di metodo. Infatti, con Intesa Stato-Regioni del 10 febbraio 2011 è stato approvato il documento per la valutazione dei PRP, che – in maniera decisamente organica - esplicita oggetto, criteri, ruoli, responsabilità, procedure, tempistica e regole del processo valutativo e che, dunque, inserisce di fatto tra gli obiettivi del PNP anche la misurazione della sua performance. Questo fatto rappresenta una novità sostanziale nello scenario del nostro Paese e consente di poter offrire una prima risposta non solo a condivisibili motivi di accountability ma anche a precise osservazioni sul punto che rilevanti Istituzioni UE hanno recentemente espresso al Governo italiano;
- alcune linee di intervento del PNP sono condizionate da norme legislative spesso anacronistiche o dalla mancanza di indispensabili ed adeguate regolamentazioni applicative di norme generali restrittive. Anche le *policies* risentono negativamente di tale condizione, in quanto spesso manca al decisore politico una parte significativa delle informazioni – ed in specie di quelle epidemiologiche - che sono necessarie alle scelte, soprattutto in ragione della vigente situazione normativa relativa alla privacy. Orbene, nel mentre prosegue il cammino parlamentare (dopo l'approvazione da parte della Camera dei deputati) del ddl di iniziativa governativa 2935, che all'articolo 18 contiene appunto previsioni che legittimano l'istituzione di sistemi di sorveglianza e registri di mortalità, di tumori e di altre patologie

nonché di impianti protesici, si segnala che per adempiere con la dovuta tempestività al mandato della norma, una volta approvata dal secondo ramo del Parlamento, si rende necessario un preliminare lavoro congiunto Ministero-Regioni (supportati dalle Società scientifiche) fondamentalmente volto, da una parte, ad una prioritizzazione dei bisogni informativi (possibilmente anche sulla base della valutazione del *burden of disease*), dall'altra, al censimento delle attività di raccolta di dati epidemiologici e di ogni altra utile natura in essere e, da un'altra ancora, a studiare le modalità di ingegnerizzazione ed integrazione dei flussi informativi - e dei relativi contenuti (obiettivi informativi, interlocutori, tracciati record, gestione, coordinamento, ecc.) - riconosciuti come strategici nella presente fase storica, in coerenza, tra l'altro, con le finalità dell'ACP 1.2 di cui al DM 4 agosto 2011.

Detto dei tre aspetti sostanziali attinenti il PNP sopra schematizzati, occorre poi fare una dovuta annotazione che riguarda la presenza all'interno della normativa statale di norme e regolamenti stratificatisi negli ultimi ottant'anni - che impongono adempimenti dalla dubbia o inesistente utilità. Tale circostanza rappresenta di fatto una perdita secca di efficacia e di efficienza da parte del sistema di prevenzione e, per di più, è causa di un inutile spreco di tempo e risorse per il cittadino. Nella legislazione italiana, infatti, sono presenti norme che si basano:

- sulle idee dominanti nella comunità scientifica dell'epoca (ma che sono attualmente non più ritenute valide); oppure,
- sulla necessità di difesa da pericoli per la salute non più attuali.

La questione è nota da tempo e, nella scorsa legislatura, è stata affrontata attraverso la presentazione del d.d.l. di iniziativa governativa a titolo "Disposizioni per la semplificazione degli adempimenti amministrativi connessi alla tutela della salute" il cui iter parlamentare - dopo l'approvazione in Senato - non è potuto proseguire per l'interruzione della legislatura. Occorrerebbe, dunque, non disperdere il lavoro di analisi svolto in funzione del d.d.l. in parola, ma, anzi, aggiornarlo e rivederlo alla luce delle ultime acquisizioni scientifiche. In questo senso, almeno due aspetti di coerenza vanno annotati:

- da una parte, la politica del Governo è orientata alla semplificazione amministrativa, superando tutto ciò che è ridondante o francamente inutile e che, perciò, rappresenta una spesa ingiustificata per i servizi sanitari ed un costo (altrettanto ingiustificato) per i cittadini;
- dall'altra, la legislazione europea con sempre maggior decisione promuove il superamento del regime di tipo "autorizzativo" (tipico delle norme che ci si ripromette di abrogare) con un sistema di autocontrollo che si concretizza attraverso dichiarazioni di notifica, denunce di inizio attività e autocertificazioni, di cui la pubblica amministrazione può verificare la veridicità.

Da ultimo in questo paragrafo, meritano alcune seppur brevi considerazioni taluni aspetti (diversi da quelli riferiti nel precedente paragrafo) relativi alle applicazioni al programma CCM. Il CCM, infatti, ha fin qui promosso lo sviluppo, sotto diversi aspetti, del tema dello svantaggio (e del corrispettivo risultato pratico rappresentato dalle disuguaglianze, dall'accesso ai servizi agli esiti di salute) e va da sé che pure i PRP affrontano largamente la questione. Or bene, proprio la consapevolezza che alle disuguaglianze si associa la più ampia riserva di potenziale salute da cui attingere a livello di popolazione dovrebbe, allora, richiedere agli Enti partner del CCM un'attenzione ancora maggiore rispetto al passato nei confronti di interventi verso i gruppi di popolazione più vulnerabili ed, in special modo, verso quei target la cui debolezza "intrinseca" (cioè: il cui svantaggio) impedisce persino di conformarsi come domanda. In altre parole:

- se si vuole migliorare significativamente la salute della popolazione occorre indirizzare gli interventi di prevenzione anche e soprattutto in direzione dell'abbattimento dello svantaggio (sociale, economico, geografico, culturale, orografico, ecc.);
- il tema dello svantaggio si presta ad essere affrontato non solo in termini di riduzione dell'esposizione ai fattori di rischio prevenibili, ma anche nei confronti di tutte quelle

dimensioni (accettabilità, accessibilità, tempestività, responsiveness, ecc.) che attengono alla presa in carico dello stato di malattia;

- per solito ed al di là di specifici temi di volta in volta presi in considerazione, per la gran parte degli item dei programmi CCM è possibile una declinazione in tal senso;
- tutto ciò posto e avuto conto della realtà attuale, sarebbe auspicabile, in definitiva, che le proposte di applicazione ai programmi CCM raccogliessero la sfida per concorrere esse stesse a ridurre la distanza tra strati di popolazione più svantaggiata e strati di popolazione più fortunata.

4. L'impianto del programma e la grandezza del suo finanziamento

Anche alla luce di quanto precede, si ritiene di dover confermare anche per il 2012 l'usuale impianto del programma CCM e, cioè:

1) sostegno alle Regioni per l'implementazione del PNP e di Guadagnare salute

I. *sorveglianza epidemiologica innovativa*

II. *attività di prevenzione*

(1) *prevenzione universale;*

(2) *medicina predittiva;*

(3) *prevenzione della popolazione a rischio;*

(4) *prevenzione delle complicanze e delle recidive di malattia;*

2) sostegno a progetti strategici di interesse nazionale (cioè a progetti trasversali e di sistema di supporto alle Regioni non direttamente riferibili al PNP o a Guadagnare salute);

3) azioni centrali.

Nello specifico:

- per ciò che concerne i precedenti punti 1) e 2) si ritiene ragionevole, nella scelta dei temi da sviluppare, dare particolare evidenza e spazio a linee progettuali non in precedenza eseguite o in corso di attuazione;
- per ciò che concerne il punto 3), va annotato che l'area delle azioni centrali, funzionale alla pratica operatività del CCM, comprende interventi relativi alle sottovoci "funzionamento", "personale" e "attività" direttamente gestiti dal Ministero.

In tale contesto, preso atto delle effettive disponibilità economiche per il 2012 (pari a 20.467.415 euro), sembra ragionevole che, in linea con quanto stabilito gli scorsi anni, il suddetto finanziamento vada ripartito per i due terzi circa a favore delle linee progettuali (implementazione di PNP e Guadagnare salute e sostegno a progetti strategici di interesse nazionale) e per un terzo circa a favore delle azioni centrali.

La sottostante tabella enuclea le linee progettuali e le azioni centrali del Programma CCM 2012.

AREA	AMBITO	LINEA PROGETTUALE		ID
SOSTEGNO ALLE REGIONI PER L'IMPLEMENTAZIONE DEL PNP E DI GUADAGNARE SALUTE	SORVEGLIANZA EPIDEMIOLOGICA INNOVATIVA	Diseguaglianze di salute	Lo svantaggio e gli esiti di salute	1
	PREVENZIONE UNIVERSALE	Stili di vita	Modelli di intervento (informativi - comunicativi, organizzativi, ambientali, di sviluppo di comunità) per l'empowerment in ambiente scolastico ed in altri contesti (sport, lavoro ecc...)	2
		Ambienti di vita	Modelli di valutazione del rischio sanitario nelle aree a forte pressione ambientale	3
		Ambiente di lavoro	Patologie asbesto correlate	4
			Modelli di controllo e verifica della sicurezza alimentare nelle piccole imprese e in ambito di produzione primaria	5
		Malattie infettive	Utilizzo della metodologia della <i>risk analysis</i> per il controllo delle infezioni ospedaliere	6
	MEDICINA PREDITTIVA	Supporto all'implementazione e trasferimento di programmi di medicina predittiva di provata efficacia	Percorsi di identificazione, stratificazione e gestione del rischio dei tumori della mammella e del colon-retto	7
	PREVENZIONE POPOLAZIONE A RISCHIO	Gruppi di popolazione deboli	Modelli organizzativi ed operativi per il riconoscimento precoce dei disturbi del comportamento nell'età evolutiva	8
			Modelli organizzativi ed operativi per il riconoscimento precoce delle demenze nella popolazione anziana	9
	PREVENZIONE DELLE COMPLICANZE E DELLE RECIDIVE DI MALATTIA	La gestione del paziente complesso	Gestione dei pazienti con dolore cronico	10
			Gestione dei pazienti lungo sopravvissuti	11
			Modelli di presa in carico e gestione della multimorbidità	12

SOSTEGNO A PROGETTI STRATEGICI DI INTERESSE NAZIONALE	Azioni di sistema	Modelli di integrazione tra sociale e sanitario nella gestione della persona disabile	13
		Modelli di integrazione tra sociale e sanitario nella gestione dei pazienti in stato vegetativo e di minima coscienza e nei pazienti con postumi di mielolesioni	14
		Valutazione dell'impatto dell'organizzazione sulla sicurezza delle donazioni e dei trapianti	15
Totale finanziamento delle linee progettuali			13.500.000

AREA AZIONI CENTRALI		
AMBITO	VOCI	
funzionamento	Spese per: riunioni istituzionali; acquisto materiale di cancelleria, riviste e libri; acquisto apparecchiature informatiche; piattaforma web e sito CCM; servizio "1500" emergenze sanitarie; sistema di allerta rapido; servizio traduzione e stampa materiale informativo	
personale	Spese per: missioni*; rimborso spese personale comandato; medici sarsisti; personale a tempo determinato ex giubilari; corsi di formazione ed aggiornamento*; corsi di formazione ed aggiornamento per personale USMAF e PIF*.	
	Gli oneri relativi alle voci "missioni" e "corsi di formazione ed aggiornamento" e "corsi di formazione ed aggiornamento per personale USMAF e PIF" saranno contenuti nei limiti dei tetti di spesa previsti dalla normativa vigente	
attività	Spese per: <ul style="list-style-type: none"> - 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; - attività di informazione istituzionale al personale del SSN, della CRI e degli USMAF; sostegno alla rete USMAF nonché informazione istituzionale espressamente destinate a promuovere e sostenere le attività del CCM, quali: pubblicazioni, incontri ed eventi formativi, seminari; - sorveglianze routinarie; - collaborazioni internazionali; - supporto alle azioni centrali del PNP; - portale acque; - sostegno a progetti speciali: sostegno a percorsi di sorveglianza dei lavoratori esposti ad amianto; sostegno alla tutela della salute occupazionale; sostegno al network regionale dell'EBP; sostegno alla prevenzione di patologie e disabilità congenite; prevenzione della trasmissione verticale dell'HIV; ecc. 	
Totale finanziamento delle azioni centrali		6.967.415
TOTALE COMPLESSIVO		20.467.415

5. Sviluppo progettuale

Avuto conto di quanto precisato ai precedenti paragrafi 1. e 2., la procedura per poter proporre applicazioni e la relativa tempistica possono essere così sintetizzate:

- le Regioni – a seconda dei casi, singolarmente o in gruppo – raccolgono, vagliano e trasmettono entro il 10 aprile p.v. al Direttore operativo del CCM le proposte di progetto che danno concretezza alla programmazione 2012. Dette proposte, sotto forma di lettera d'intenti redatta secondo il formato standard, possono vedere il coinvolgimento (oltre che delle strutture del SSN e delle Regioni medesime, dell'ISS, dell'INAIL, dell'AGENAS, della Sanità militare, degli Istituti zooprofilattici sperimentali, di Università e di Istituti di ricovero e cura a carattere scientifico) anche di ogni altro Ente/ Istituto/ Fondazione/ ONG/ Associazione/ Società scientifica/ Agenzia internazionale ecc., pertinenti alla progettualità prescelta;
- proposte di progetto, sotto forma di lettera d'intenti, possono essere presentate autonomamente anche da ISS, INAIL ed AGENAS, con le medesime modalità e secondo la stessa tempistica valide per le Regioni;
- come specificato al paragrafo 2), ciascun Ente partner (e, cioè: ogni Regione e Provincia autonoma, ISS, INAIL ed AGENAS) non può presentare più di quindici lettere d'intenti;
- il Comitato scientifico del CCM esamina le lettere d'intenti pervenute entro la fine di aprile p.v.;
- per le lettere d'intenti valutate positivamente dal Comitato scientifico il Direttore operativo provvede a richiedere la stesura del progetto esecutivo, redatto secondo la modellistica standard;
- i Soggetti partner (Regioni, ISS, INAIL ed AGENAS) a cui sia stato richiesto il progetto esecutivo provvedono a trasmetterlo al Direttore operativo del CCM entro il 30 giugno p.v.;
- il Comitato scientifico del CCM esamina ed approva i progetti ritenuti congrui per consentire al Comitato strategico di potersi esprimere entro il 20 luglio p.v.

Da quanto sopra, si evidenzia, dunque, come ogni Soggetto interessato (come detto: strutture del SSN, Sanità militare, Istituti zooprofilattici sperimentali, Università, Istituti di ricovero e cura a carattere scientifico ovvero Ente/ Istituto/ Fondazione/ ONG/ Associazione/ Società scientifica/ Agenzia internazionale ecc.) possa applicare al programma CCM 2012 solo previo avallo della competente Regione o di ISS, INAIL ed AGENAS.

6. Criteri di ammissibilità/valutazione delle proposte

Nell'ambito della programmazione 2012 verranno prese in considerazione esclusivamente le proposte di applicazione che:

- non si configurino come progetti CCM in corso;
- riportino nel loro rationale - qualora la proposta rappresenti la prosecuzione di attività già promosse e concluse dal CCM o da altri Soggetti - i risultati ottenuti;
- non si configurino come progetti di ricerca eziologica primaria (per ciò che riguarda l'ambito della sorveglianza epidemiologica);
- non si configurino come progetti di ricerca (per ciò che riguarda l'ambito delle altre aree del sostegno al Piano nazionale della prevenzione e a Guadagnare salute e del sostegno a progetti strategici di interesse nazionale);
- vedano la partecipazione di almeno tre Enti partner;
- abbiano un costo ricompreso tra 150.000 e 500.000 euro;
- presentino un piano finanziario ben dettagliato nel quale, comunque, non possono essere presenti spese di *overhead* o altre spese riconducibili a tale voce di costo.

In particolare, per ciò che riguarda l'ambito epidemiologico, la valutazione delle proposte di applicazione terrà conto che esse:

- siano coerenti con le linee progettuali del presente programma;
- siano coerenti con la mission del CCM;
- siano a supporto di sorveglianze innovative;
- siano facilmente trasferibili nella pratica del SSN;
- abbiano il carattere di macroprogettualità;
- prevedano il coinvolgimento di più partner e altri Soggetti.

In particolare, per ciò che riguarda l'ambito delle altre aree del sostegno al PNP e a Guadagnare salute e del sostegno a progetti strategici di interesse nazionale, la valutazione delle proposte di applicazione terrà conto che esse:

- siano coerenti con le linee progettuali del presente programma;
- siano coerenti con la mission del CCM;
- promuovano interventi di provata efficacia;
- contengano – al loro interno - una fase di valutazione di impatto;
- siano facilmente trasferibili nella pratica del SSN;
- abbiano il carattere di macroprogettualità;
- prevedano il coinvolgimento di più partner e altri Soggetti.